

Nada Vaselić

**PSIHOPATOLOGIJA
DJETINJSTVA I MLADOSTI**

**UNIVERZITET U BANJOJ LUCI
Filozofski fakultet**

Prof. dr Nada Vaselić

PSIHOPATOLOGIJA DJETINJSTVA I MLADOSTI

Drugo dopunjeno izdanje
Prvo izdanje, Banja Luka 2012. godine
(Psihopatologija djece i adolescenata)

Izdavač

Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci
www.ff.unibl.org

Za izdavača

Srđan Dušanić
Dekan Filozofskog fakulteta

Recenzenti

Prof. dr Spasenija Čeranić, psiholog
Prof. dr Mira Spremo, spec. psihijatrije

Lektura i korektura

Prof. dr Igor Simanović

Štampa

"Grafomark" d.o.o. Laktaši

Tiraž

150

ISBN 978-99976-38-60-1

Slika na koricama

Bruno Amadio-Bragolin: *The-crying-boy-4*

SADRŽAJ

PREDGOVOR DRUGOM IZDANJU	VII
UVOD	1
Kriterijumi procjene normalno–patološko	2
Istorijski razvoj	4
TEORIJSKI MODELI	9
Psihodinamski model	10
Teorija emocionalnog vezivanja	17
Bihejvioralni modeli	22
Kognitivni modeli	24
Biološki model	26
Bio-psihosocijalni model	27
Multideterminisanost u nastanku psihopatologije.....	28
POTENCIJALNO RIZIČNI ČINIOCI ZA PSIHOPATOLOŠKA ISPOLJAVANJA	33
Konstucionalni tip djeteta	35
Porodica i psihopatološka ispoljavanja	40
Društvo i psihopatološka ispoljavanja	54

REZILIJENTNOST I ZAŠTITNI ČINIOCI	67
Strategije prevladavanja stresa.....	68
Granice rezilijencije	69
PSIHOLOŠKA PROCJENA DJECE I MLADIH.....	73
Specifičnosti psihološke procjene-klinički pristup	74
Osnovna psihodijagnostička sredstva	74
Timski pristup kliničkoj procjeni	81
Klasifikacioni sistemi.....	81
RAZVOJNI POREMEĆAJI.....	87
Specifični razvojni poremećaji govora i jezika.....	87
Specifični razvojni poremećaj školskih vještina.....	91
MENTALNA ZAOSTALOST	97
Podjela mentalne zaostalosti	99
Mentalna zaostalost i psihopatološka ispoljavanja	104
Obrazovanje djece sa intelektualnim smetnjama	108
PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI.....	113
Autizam i autizmu slična stanja	116
Obrazovanje djece sa pervazivnim razvojnim poremećajima.....	126
POREMEĆAJI ISHRANE.....	129
Anoreksija	129
Bulimija.....	137

Gojaznost	142
Ostali poremećaji ishrane	151
SNOVI I POREMEĆAJI SPAVANJA	155
Razvoj ritma spavanje–budnost	155
Poremećaji spavanja.....	157
POREMEĆAJI ELIMINACIJE.....	173
Neorganska enureza	173
Neorganska enkopreza	181
POREMEĆAJI POKRETA	187
Rani afektivno-tonični poremećaji.....	188
Hiperkinetički sindrom	188
Tik poremećaji	198
Turetov sindrom.....	203
Ostali poremećaji	206
PSIHOSEKSUALNI RAZVOJ I POREMEĆAJI	211
Polno samozadovoljavanje.....	213
Poremećaji polnog identiteta.....	215
Parafilije	218
Urođeni poremećaji psihoseksualnog razvoja.....	222
ANKSIOZNA STANJA I FOBIJE	225
Poremećaj separacione anksioznosti u djetinjstvu	230

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)	232
Strahovi i fobije.....	235
Specifične fobije	240
Školska fobija.....	242
DEPRESIVNOST.....	247
Vrste depresivnosti.....	250
Reakcije na gubitak	258
AGRESIVNOST I POREMEĆAJI AGRESIVNOSTI	267
Vrste agresivnosti.....	268
Pravci ispoljavanja agresije.....	276
Nesuicidalno samopovređivanje	277
Suicidalno ponašanje.....	279
Integrativni model	285
SOMATOFORMNI I DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI	291
Konverzivni poremećaji.....	291
Disocijativni poremećaji	296
PSIHOFIZIOLOŠKI POREMEĆAJI	301
Zdravstvena psihologija	303
Psihofiziološki poremećaji i stres	304
Vrste psihofizioloških poremećaja.....	310
SHIZOFRENIJA U ŠKOLSKOM I ADOLESCENTNOM UZRASTU	319

Karakteristične psihičke promjene	321
Koncept o porodičnoj uslovljenosti	327
POREMEĆAJI PONAŠANJA.....	331
Simptomi internalizujućeg sindroma	333
Simptomi eksternalizujućeg sindroma	335
Smetnje prilagođavanja.....	340
Adolescentna kriza	341
Rizična ponašanja	345
TERAPIJSKI PRISTUPI.....	353
EPILOG	361
LITERATURA	363
DODATAK	383
Rječnik stručnih riječi i pojmova	383
Spisak mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja sa početkom u djetinjstvu prema MKB-10	403
Index imena.....	407
Index pojmova.....	413

PREDGOVOR DRUGOM IZDANJU

Psihopatologija djetinjstva i mladosti rezultat je dugogodišnjeg rada i proučavanja psihopatoloških ispoljavanja i poremećaja kod djece i mladih. Povod za pisanje ove knjige je želja da studentima psihologije i srodnih oblasti omogućim upoznavanje sa ovom problematikom na organizovan i sistematičan način. Sadržaj knjige zadovoljava program studijske grupe Psihologija s tim da su uvršteni i neki dijelovi koji prevazilaze ovaj okvir. U prvom redu mislim na poglavlja koja se odnose na psihološku procjenu i terapijske pristupe koji bi, svaki za sebe, trebalo da čine posebnu cjelinu. Smatrala sam da bi prikaz kliničkih slika i uzročnih činilaca njihovog nastanka bio nedovoljan i nepotpun bez osnovnih informacija o kliničkoj procjeni i mogućim terapijskim pristupima konkretnom poremećaju. Dugogodišnje praktično iskustvo podstaklo me da nakon upoznavanja sa kliničkom slikom svakog pojedinog poremećaja slijedi logično pitanje i diskusija na temu kliničke procjene i izbora terapijskih mogućnosti. Sa ovim poglavljima daje se cjelovit pristup svakom poremećaju i potencijalnim pravcima praktičnog djelovanja.

U knjizi sam pokušala da obuhvatim većinu poremećaja koji se često sreću u praksi, iako jedan od njih ne pripada primarno psihopatologiji. Poglavlja o mentalnoj zaostalosti i ranim poremećajima psihičkog razvoja, uvršteni su, u prvom redu, zbog česte prisutnosti u psihološkoj kliničkoj praksi, ali i zbog češćih sekundarnih psihopatoloških ispoljavanja u odnosu na nekliničku populaciju. Za svaki od njih pokušala sam izdvojiti osnovne podatke i primjer iz prakse da bi studenti razumjeli i u praktičnom radu lakše prepoznali pojavne oblike navedenog poremećaja, uz osnovne informacije o uzročnim činiocima njegovog nastanka. Ukratko sam opisala i integrisala u tekst knjige 29 slučajeva iz vlastite kliničke prakse. Imena djece nisu stvarna, već su proizvoljno određena radi zaštite njihovog identiteta. Svaka podudarnost sa nekim poznatim djetetom je slučajna.

U prethodno štampanoj knjizi neopravdano je izostalo jedno važno poglavlje koje se odnosi na anksioznost, strahove i fobije kod djece, tako da je ovo izdanje dopunjeno i to poglavlje uvršteno. Većinu poglavlja sam dopunila i “osvježila” sa novijim podacima istraživanja. Naslov sam prilagodila nazivu predmeta (Psihopatologija djetinjstva i mladosti), koji studenti izučavaju u VI semestru studijskog programa Psihologije. Umjesto Psihopatologija djece i adolescenata, novi naslov glasi: Psihopatologija djetinjstva i mladosti. Ovom promjenom suštinski se ništa ne mijenja, ali je urađeno usaglašavanje naziva predmeta i knjige, što studentima olakšava i pojednostavljuje administrativne aktivnosti (prijavlivanje ispita i slično).

U namjeri da što bolje i preglednije organizujem gradivo, kao uzor poslužili su mi udžbenici *Handbook of Pediatric Psychology*, autor Michael C. Roberts (1995), *Razvojna psihopatologija i psihijatrija* (2003), autor Charles Wenar, *Psihijatrija djetinjstva i mladosti*, koju je napisala Nevenka Tadić (2000) i *Psihologija abnormalnog ponašanja*, Šerifović-Šivert (2009). Ova djela poslužila su mi kao temelj na kojem sam započela pisanje ove knjige i kojima sam se često vraćala u toku rada. U okviru raspoložive literature koristila sam i knjige koje su sadržavale tematske cjeline različitih autora, kao i naučne radove objavljene u relevantnim časopisima.

Studenti tokom svog studiranja kroz izučavanje ovog predmeta prvi put se sreću sa mnogim stručnim izrazima koje do sada nisu koristili, pa sam smatrala potrebnim da dodam rječnik osnovnih pojmova koji će ih uvesti u psihopatologiju djece i mladih. Namjera mi je da studenti od početka izučavanja predmeta iz uže naučne oblasti klinička psihologija, usvajaju i pravilno koriste ove pojmove kako bi gradili sopstveni stručni rječnik, što će im omogućiti interdisciplinarni pristup i ravnopravnu komunikaciju sa stručnjacima iz medicinskih i drugih srodnih oblasti, te doprinijeti razvoju profesionalnog identiteta u oblasti zdravstvene psihologije.

U svom praktičnom i teorijskom radu, a tako i prilikom pisanja ove knjige, nisam se držala jednog teorijskog okvira nego sam ponudila objašnjenja iz različitih teorijskih modela zavisno o konkretnom poremećaju. U pokušaju da sistematizujem gradivo tragala sam za teorijskom paradigmom koja bi najbolje objasnila psihopatološke entitete karakteristične za djecu i mlade, ali u tome nisam uspjela pa sam za svaki

poremećaj ponudila više teorijskih modela koji objašnjavaju nastanak poremećaja. Možda je nešto više prostora dato porodici iz okvira sistemske porodične terapije bez namjere da favorizujem ovaj pristup. Moje iskustvo je pokazalo da su porodična terapija i kognitivno-bihevioralni pristupi efikasni u radu sa djecom i mladima, što ne znači da i drugi ne mogu biti primjenljivi i vrlo korisni.

S obzirom na to da sam koristila prvo izdanje ove knjige u izvođenju predavanja i vježbi sa studentima psihologije u okviru predmeta Psihopatologija djetinjstva i mladosti, imala sam priliku da zajedno sa studentima uočimo nedostatke. Ovo je bila prilika, a i moja želja, da unaprijedim ovu knjigu i doprinesem kvalitetnijem izvođenju nastave. Nadam se da sam to i postigla. Studenti koji su posebno zainteresovani za psihopatologiju djece i mladih, dobrim dijelom su me podstakli da napišem drugo izdanje i na tome sam im zahvalna. Takođe, neizmjereno sam zahvalna što sam imala priliku da stičem iskustvo i učim od mnogobrojne djece i njihovih roditelja (oko 20 000) i što svoje bogato kliničko iskustvo mogu da podijelim sa studentima. Biće mi veliko zadovoljstvo ako se održi i poveća naučno i kliničko interesovanje budućih studenata za probleme i poremećaje djece i mladih.

Banja Luka, 2021.

Nada Vaselić

UVOD

Psihopatološka ispoljavanja djece i mladih razlikuju se od psihopatoloških ispoljavanja kod odraslih. Simptomi, koje ispoljavaju djeca i mladi, najčešće su privremeni i prolazni. Oni su u mnogim slučajevima usko povezani sa nemogućnošću da udovolje previsokim zahtjevima i nerealnim očekivanjima koje pred njih postavljaju odrasli. To su stanja koja, pored toga što opterećuju dijete i utiču na njegovu školsku efikasnost, socijalne i emocionalne odnose, u velikoj mjeri opterećuju porodično funkcionisanje. Simptomi odražavaju spoljni stres sa kojim dijete ne može da izađe na kraj i stoga produkuje simptome (Smirnof, 1970, Nagera, 1981, prema Tadić, 2000). Uloga simptoma u životu djeteta često je usko povezana sa reakcijama prilagođavanja. Ukoliko se pojedini simptomi ponavljaju i traju duže vrijeme moguće je da se zadrže i u odrasloj dobi. Kada govorimo o psihopatološkim ispoljavanjima neminovno se nameće potreba poznavanja zdravog razvoja. U različitim izdanjima međunarodnih klasifikacija ne govori se o zdravom razvoju, pa se uglavnom oslanjamo na klasifikaciju, odnosno izvještaje Grupe za unapređenje psihijatrije – GAP, (Group for the Advancement of Psychiatry, 1996). Prema izvještaju GAP-a ne postoji jedinstveni kriterijum zdravlja već je uključeno više funkcija, među kojima su najznačajnije: intelektualne, emocionalne i socijalne (GAP, 1996).

Intelektualno funkcionisanje karakteristično je za zdravu djecu i mlade i podrazumijeva odgovarajuće korišćenje sposobnosti, očuvano pamćenje, sposobnost testiranja realnosti, proces mišljenja koji odgovara uzrastu, određen stepen radoznalosti, opreza i mašte.

Emocionalno funkcionisanje uključuje odgovarajući stepen emocionalne stabilnosti, samopoštovanja, podnošenja frustracija i mogućnosti sublimacije, uz optimalnu sposobnost savladavanja anksioznosti i suočavanja sa konfliktnim situacijama.

Socijalno funkcionisanje uključuje odgovarajuću ravnotežu između zavisnosti o drugima i autonomije, optimalno prihvatljiv i odgovarajući odnos sa odraslima i sposobnost dijeljenja i empatije sa vršnjacima.

Zdrav razvoj i adaptivno funkcionisanje može biti opterećeno simptomima u pojedinim razvojnim fazama ili u pojedinim domenima zdravog funkcionisanja, što je predmet interesovanja psihopatologije djece i adolescenata. To je mlada naučna disciplina koju je vrlo teško objektivno definisati, ali je moguće navesti neke od bitnih aspekata kojima se ona bavi. Razmotrićemo neke od tih aspekata da bismo jasnije odredili pojam i sadržaj psihopatologije u djetinjstvu i mladosti, mada nijedan nije dovoljan za sveobuhvatnu definiciju (Davison i Neale, 1999). Objektivni i jedinstveni kriterijumi za opis zdravog funkcionisanja ne postoje. Prema izvještaju GAP-a naglašena je važnost ponašanja koja odgovaraju fazi razvoja, a ne uzrastu.

Kriterijumi procjene normalno–patološko

Kada se procjenjuje mjesto odraslih osoba na kontinuumu normalno–patološko, obično se oslanja na postojanje simptoma, patnje koju osoba trpi i ometenosti ili onesposobljenosti neke od važnih funkcija. Na uzrastu djece i mladih ovi kriterijumi zavise od mnogih razvojnih i situacionih faktora i nemaju isto značenje kao kod odraslih.

Značenje simptoma koji se mogu pojaviti tokom razvoja i simptoma odraslih osoba značajno se razlikuje. Na dječijem uzrastu mnogi simptomi nisu posljedica ozbiljnijih patoloških procesa već različitih pritisaka i uskraćivanja koja su sastavni dio procesa razvoja i socijalizacije. Simptomi su često znaci prolaznih nezrelosti i nedoraslosti zahtjevima unutrašnjih i spoljašnjih procesa (Kondić, 1998).

Jedna od značajnih odrednica psihopatologije djece i adolescenata je rijetkost ove pojave u opštoj populaciji. Neke druge pojave u psihologiji moguće je tumačiti i preko statističkih metoda, ali u psihopatologiji to nije slučaj. Statistička komponenta ne ukazuje koji je dio populacije kojim bi se jasno bavili psiholozi u domenu psihopatologije, jer ne postoji jedinstven i dovoljno pouzdan test koji bi bio osnova za bilo koji vid raspodjele u populaciji. Dijete ili mladi sa nekim od psihopatoloških ispoljavanja može

da bude u bilo kojoj kategoriji sposobnosti: prosječnih, iznadprosječnih, graničnih sposobnosti ili u kategoriji mentalne zaostalosti.

Druga važna, ali ne i dovoljna, komponenta je stanje lične patnje. Neka djeca i mladi koji ispoljavaju određeni vid psihopatoloških pojava više ili manje pate, što je subjektivno, ali to nije obavezno i jedinstveno u svim slučajevima. Kod nekih vrsta psihopatoloških stanja djeca i mladi ne pate i nisu nesrećni, već su njihovi roditelji, a često i nastavnici, nezadovoljni i zabrinuti za ponašanje djeteta i njegovo mentalno zdravlje pa su tako najčešće i inicijatori traženja stručne pomoći.

Jedno od mogućih stanovišta je da su psihopatološka ispoljavanja usko povezana sa kršenjem društvenih normi, najčešće u vidu asocijalnih i agresivnih ponašanja koja izazivaju neprijatnosti kod prisutnih. Ovo stanovište je djelimično prihvatljivo, jer mnoga psihopatološka ispoljavanja su dominantno povezana sa emocionalnim životom djeteta i ostaju neobuhvaćena ovakvim objašnjenjem. Takođe su i kulturne norme različite pa ponašanja koja su u jednoj kulturi prihvatljiva u drugoj nisu.

Dalje, djeca i mladi koja ispoljavaju neki vid psihopatologije u većoj ili manjoj mjeri onesposobljena su za obavljanje svakodnevnih aktivnosti i ostvarivanje postavljenih ciljeva što bi trebalo da bude obuhvaćeno definicijom. Neki od poremećaja izazivaju onesposobljenost, kao što je na primjer školska fobija zbog koje učenik ne može da prisustvuje nastavi i sudjeluje u školskim aktivnostima. Dok, djeca sa tikom, mogu obavljati sve aktivnosti neometano. Teško je odrediti koje vrste onesposobljenosti su posljedica psihopatoloških ispoljavanja. Wakefield (1992) smatra da je centralni dio psihopatološkog ispoljavanja štetna disfunkcija, to jest odsutnost prirodnog funkcionisanja neke strukture ili mehanizma ličnosti, koja toj ličnosti nanosi štetu. On smatra da jedino pozivanje na prirodno funkcionisanje za što je organizam predodređen može pružiti pouzdan kriterijum poremećaja (Davison i Neale, 1999).

Definicija bi trebalo da obuhvati i pojam neočekivanosti, što znači da je psihopatološka reakcija neočekivani odgovor na stresore iz životne sredine u kojoj dijete živi. Na primjer, odvajanja mlađe djece od roditelja radi polaska u predškolsku ustanovu ili školu, kod neke djece može se ispoljiti u mjeri koja je prenaplašena, neočekivana i ometa dijete i roditelje u

svakodnevnim aktivnostima i upliće se u njihov međusobni odnos (separaciona anksioznost).

Stavovi o psihopatološkim ispoljavanjima kroz istoriju su se mijenjali uporedo sa promjenom sistema vrijednosti i normi ponašanja u pojedinim društvenim uređenjima. Ono što se nekada smatralo patološkim danas nije slučaj, kao na primjer homoseksualnost. Razvoj kliničkih istraživanja dovodi do identifikovanja novih psihopatoloških ispoljavanja. Tako je klinička slika autizma kod djece opisana 40-ih godina prošlog vijeka, a tek 80-ih godina pojavljuje se u službenim psihijatrijskim dijagnozama i klasifikacijama.

Specifičnosti psihopatoloških ispoljavanja u toku razvoja odnose se na: statističku rijetkost, kršenje društvenih normi, ličnu patnju ili nesreću, onesposobljenost ili nemogućnost funkcionisanja i neočekivanost same pojave. Jedinствена definicija kojom bi se psihopatološka ispoljavanja obuhvatila u potpunosti je složen zadatak, utoliko više što je prisutna promjenljivost povezana sa uzrastom, načinom ispoljavanja simptoma i društvenim stavovima. Psihopatologija djece i adolescenata je novi pristup razumijevanju psihopatologije u kontekstu razvoja. Ona koristi sve dosadašnje teorijske modele i nijedan ne favorizuje. Uvažavajući navedenu složenost određenja pojma psihopatologije djece i mladih, a da bismo razumjeli pojave o kojima će biti govora u daljem tekstu, oslanjaćemo se na shvatanje psihopatologije kako je definisala Ksenija Kondić, (2007): “Psihopatologija djetinjstva i mladosti je naučna oblast koja se bavi nastankom, razvojem i pojavnim oblicima psihičkih teškoća i poremećaja koji otežavaju i komplikuju život djetetu, mladoj osobi i njihovoj porodici.”

Istorijski razvoj

Psihopatologija djece i adolescenata, u ranijoj literaturi proučavana pod nazivom psihopatologija djetinjstva i mladosti, ima svoje početke još u periodu između XVI i XIX vijeka. Njeni korijeni potiču iz oblasti specijalne pedagogije koja se bavila liječenjem i obučavanjem mentalno zaostale, hendikepirane djece i nešto kasnije pokušajima resocijalizacije delinkvenata (Leon/Leon, Perir/Perire, Pestaloci/Pestalozzi, Itar/Itard, Segin/Seguin, Burnvil/Bournville, Klapared/Claparede, Montesori/Montesori,

Nevil/Neville, i drugi, prema Smirnof, 1970). Pojavom psihoanalize počinje novo poglavlje u razvoju ove oblasti krajem XIX i početkom XX vijeka. Za početak razvoja psihopatologije djece i mladih smatra se Freudova prva i jedina analiza djeteta „Slučaj malog Hansa”, koja je štampana 1909. godine. Freud je analizirao fobiju petogodišnjeg dječaka i to posredno, preko njegovog oca koji je slijedio Freudova uputstva i tako pomagao dječaku da savlada svoje tegobe. Kroz brojne dijaloge, dječija pitanja i nedoumice, Freud je putem psihoanalize pretpostavio uzroke za sve kasnije psihičke patnje i bolesti. Smatralo se da su Hansov strah i anksioznost rezultat nekoliko faktora, uključujući rođenje sestre, njegovu želju da zamijeni svog oca kao majčin muž, konflikti zbog masturbacije i drugo. Freud je smatrao da je ta anksioznost ukorijenjena u nepotpunoj represiji seksualnih osjećaja i drugih mehanizama odbrane kojima se dječak koristio u borbi protiv impulsa upletenih u njegov seksualni razvoj. Hansovo ponašanje i emocionalno stanje popravilo se kada mu je otac sve objasnio, i njih dvojica postali emocionalno bliži. Kasnije, Freud je istoriju bolesti malog Hansa koristio kao osnovu za diskusiju o anksioznosti.

Do perioda između Prvog i Drugog svjetskog rata psihoanaliza je primjenjivana na djecu u onoj mjeri u kojoj je to bilo potrebno za razumijevanje psihopatologije odraslih. U tom vremenskom razdoblju Ana Freud je osnovala Bečku školu, a Melania Klein osnovala je Englesku školu, te su prilagodile psihoanalizu dječijem uzrastu i postavile temelje savremene teorije i prakse (psihoterapije) djece i mladih. Oblast proučavanja psihopatologije djece i mladih proširuje se sa zaostale, hendikepirane i delinkventne djece na neurotičnu i psihotičnu djecu. Počinju da se koriste terapijske tehnike primjerene dječijem uzrastu, kao što su terapija igrom i crtežom koje su specifični modaliteti analitičke terapijske tehnike odraslih. Pokušaji nacrtati psihoanalitičke dječije psihopatologije do tada su još uvijek počivali na nizu konstrukata bez jasnijeg teorijskog i metodološkog osnova. Osnivaju se prva savjetovališta za pružanje pomoći djeci i mladima sa emocionalnim smetnjama i smetnjama u ponašanju. Timski rad je postao realna potreba, a uočena je i potreba za razvojem metoda i tehnika rada sa porodicama djece i mladih sa psihopatološkim simptomima. U radu stručnih timova učestvovali su psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, pedagozi, radni

terapeuti, a zavisno od prirode psihopatološkog stanja uključivani su i stručnjaci drugih specijalnosti.

U našoj sredini i okruženju psihopatologija djece i adolescenata ubrzano se razvija od 90-ih godina prošlog vijeka kroz institucije sistema, ali isto tako i kroz razne projekte u nevladinom sektoru. Granice između razvojne psihopatologije i srodnih disciplina, kao što su psihologija, pedijatrija, psihijatrija, socijalni rad, dječija neurologija i defektologija, vrlo su fleksibilne i njihova dostignuća se prepliću i dopunjavaju. Ova oblast predstavlja sastavni dio teorijskog saznanja i stručne obuke svih stručnjaka koji se bave pitanjima djece i mladih kroz aktivnosti psihološke procjene (psihodijagnostike), savjetovanja, psihoterapije, edukacije, prevencije i istraživanja.

Na prostorima bivše Jugoslavije prvi počeci zaštite mentalnog zdravlja prepoznatljivi su prije Drugog svjetskog rata, ali tek nakon rata postepeno se razvija ova naučna disciplina. Razvoj je tekao sporo i sa izvjesnim zakašnjenjem u odnosu na savremena kretanja u svijetu. Psiholozi koji su radili sa djecom i mladima uglavnom su bili članovi timova i organizaciono su pripadali neuropsihijatrijskim ustanovama, tako da je razvoj ove discipline tekao paralelno sa razvojem opšte psihijatrije, a posebno psihijatrije djece i mladih. Ustanova za mentalne smetnje djece i mladih prvi put se pominje 1927. godine u Osijeku, kada je dr Milan Bedenić osnovao „Savjetovalište za odgojna pitanja i duševnu higijenu“ u okviru Školskog dispanzera. On je organizovao seminare za ljekare školske medicine i prosvjetne radnike. Teme su se odnosile na nastanak i prevenciju psihičkih poremećaja djece i adolescenata. Nakon nekoliko godina osnovano je „Društvo za mentalnu higijenu“ u Zagrebu u okviru Psihijatrijske klinike (1933).

Poslije Drugog svjetskog rata dolazi do snažnijeg razvoja institucija za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih u Beogradu. Dr Vojin Matić je održao tečaj za defektologe iz dječije psihijatrije (1947) i započeo usmjerenu edukaciju psihijatara. Dvije godine kasnije (1949) dr Matić je održao predavanje iz dječije psihopatologije na Višoj defektološkoj školi. Timski rad je postajao sve popularniji na ovim prostorima. Tako je grupa psihijatara, psihologa, pedagoga i socijalnih radnika na čelu sa dr Matićem

osnovala prvo Medicinsko-pedagoško savjetovalište u Beogradu, 1950. godine. Rad u svim navedenim institucijama zasnivao se na psihodinamskoj orijentaciji, a tokom narednih godina je obogaćivan i drugim pristupima. Dostignuća pojedinih naučnih oblasti (psihijatrija, psihologija, defektologija, dječija neurologija, pedagogija i socijalni rad) prepliću se i dopunjavaju, što upućuje na složenost ove problematike i neophodne saradnje i razmjene iskustava. Iste godine, na Filozofskom fakultetu u Beogradu počela je sa radom Katedra za kliničku psihologiju i uveden je predmet pod nazivom Psihopatologija djetinjstva i mladosti koji se i danas izučava.

Značajan doprinos razvoju psihopatologije djece i adolescenata ostvaruje se u raznim dijelovima bivše Jugoslavije kroz otvaranje dispanzera za zaštitu mentalnog zdravlja djece i omladine i pedagoško edukativnog rada u: Hrvatskoj (prof. dr Maja Beck-Dvoržak, doc. dr Milica Vlatković-Prpić, prof. dr Staniša Nikolić, prof. dr Vesna Vidović i drugi), Sloveniji (dr Anica Mikuš-Kos, prof. Meta Kramer, prof. Martina Tomori, dr Mojca Breclj i drugi), i Makedoniji (dr Miceva). Aktivnosti u ovim ustanovama su organizovane na sličan način, jedino su u Sloveniji bile organizovane prema uzrastu djece. U Hrvatskoj je otvoreno nekoliko savjetovališta za liječenje psihoseksualnih problema na čelu sa dr Marijanom Košičekom, a u isto vrijeme se otvaraju i terapijsko-rehabilitacione ustanove za tretman djece sa smetnjama u razvoju i mentalno nedovoljno razvijene kao što je Odjel pri bolnici „Jankomir“ u Zagrebu. Šezdesetih godina u Srbiji je počelo sa radom više ustanova za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih. Na prvom mjestu treba istaknuti Odjel za psihijatriju djece i omladine u okviru Instituta za mentalno zdravlje koji i danas radi u znatno širem i savremenijem obliku. U Srbiji su u ovom periodu radili priznati dječiji psihijatri: prof. Dr Vojin Matić, prof. dr Nevenka Tadić, prof. dr Svetomir Bojanin i drugi. Uz psihijatre u Beogradu su značajan udio ostavili i klinički psiholozi koji su se bavili dijagnostikom i terapijom: prof. dr Ksenija Kondić, prof. dr Jelena Vlajković, prof. dr Josip Berger, prof. dr Marija Mitić i drugi.

Počeci razvoja psihopatologije djetinjstva i mladosti u Bosni i Hercegovini neodvojivi su od neuropsihijatrijskih ustanova i vežu se za

1959. godinu kada je pri Neuropsihijatrijskoj klinici u Sarajevu otvoreno Odjeljenje za dječiju psihijatriju, u kojem je radila dr Nevenka Tadić koja je dala značajan doprinos razvoju psihopatologije djetinjstva i mladosti na ovim prostorima. Odjelom je rukovodila dr Nada Miletin i vremenom sve više je usvajan psihodinamski koncept. Značajan doprinos razvoju psihologije i psihijatrije u Bosni i Hercegovini dala je Karmela Jevđević, klinički psiholog sve do 1997. godine.

Nakon rata u Bosni i Hercegovini dolazi do značajnijih promjena. Obnovljen je rad Odjeljenja u Sarajevu uz angažovanje i kontinuirane edukacije psihijatara, psihologa i ostalih članova tima. Otvaraju se i nova odjeljenja u Banjoj Luci, Tuzli i Mostaru. Odjeljenje za dječiju i adolescentnu psihijatriju u Banjoj Luci počeo je sa radom 2002. godine, u sklopu Klinike za psihijatriju Univerzitetskog kliničkog centra.

Predmet Psihopatologija djetinjstva i mladosti uveden je u nastavu na Odjeljenju za psihologiju pri Filozofskom fakultetu Univerziteta u Banjoj Luci, od osnivanja, 1993. godine. I danas je obavezan predmet na prvom ciklusu studijskog programa psihologije.

U većini gradova Bosne i Hercegovine poslije rata otvoreni su Centri za mentalno zdravlje u okviru primarne zdravstvene zaštite stanovništva koji rade na principima timskog rada.

TEORIJSKI MODELI

Različita teorijska objašnjenja pomažu razumijevanju psihopatoloških pojava i stanja djece i mladih. Teorije opisuju kako se tokom razvoja mijenjaju i usložnjavaju sposobnosti razmišljanja, osjećanja i aktivnosti, te šta može doprinijeti da se neko dijete ili mlada osoba ponaša na određeni način. Teorijski modeli trebalo bi da doprinesu razumijevanju i objašnjenju pitanja na koja nailazimo u psihološkom radu sa djecom i mladima, kao i smjernice za odlučivanje i pravce djelovanja.

Teorije koje objašnjavaju psihopatologiju djece i mladih ponekad su veoma različite, čak i protivrječne. Svaka teorijska perspektiva naglašava nešto drugačije dijelove razvoja i tumače istu pojavu na različite načine. Zbog toga ih je bolje gledati kao odvojena, djelimična objašnjenja, koja u pojedinim situacijama više ili manje dobro odgovaraju i usmjerena su na objašnjenje pojedinih aspekata razvoja. Bez obzira na razlike koje postoje, sve teorije o ljudima ispunjavaju uglavnom iste funkcije. One uočavaju više od aktuelne situacije, i pokušavaju objasniti cijeli kontekst, u vremenu i prostoru, ne pridajući važnosti onome što je slučajno. U ovom poglavlju dajemo pregled nekoliko značajnih teorijskih stanovišta i osnovne informacije o teorijama koje su značajne za razumijevanje psihopatoloških ispoljavanja djece i mladih. Kod nekog djeteta jedna od perspektiva bolje odgovara kao polazna tačka nego ostale, dok je kod drugih nedovoljna da bi se sagledala cjelokupna slika. Međutim, one zajedno predstavljaju relativno dobru osnovu za razumijevanje, objašnjenje i poduzimanje određenih intervencija u radu sa djecom i mladima.

U savremenoj literaturi sve češće je prisutan termin „model“ koji se može definisati kao konstrukt podataka budući da sadrži malo od preciznosti i objašnjavajuće snage kakvu imaju modeli u prirodnim naukama. Model o psihopatološkim pojavama ima svoj vlastiti koncept organizovanja postojećih i stvaranja novih činjenica koji je objašnjen usko

specijalizovanim jezikom, ali ima i pragmatičnu funkciju, to jest da bude koristan profesionalcima koji se bave razumijevanjem i liječenjem smetnji u razvojnom periodu (Wenar, 2003).

U našem izlaganju o modelima ukratko ćemo prikazati osnovne specifičnosti nekoliko modela koje će nam pomoći da bolje razumijemo razna odstupanja od normalnog razvoja i moguće pravce psihopatoloških ispoljavanja djece i mladih. Najviše prostora posvećeno je psihodinamskom modelu i njegovim predstavnicima zbog značajnog doprinosa, ali isto tako značajan je i doprinos ostalih pristupa koje ćemo predstaviti: kognitivno-bihevioralnog, biološkog, kognitivnog i bio-psiho-socijalnog.

Psihodinamski model

Najzastupljeniji i široko prihvaćen je psihodinamski model koji je zasnovan na pretpostavci da psihopatološko proizlazi iz nesvjesnih konflikata. Pažnja je usmjerena na dinamiku samog poremećaja, što omogućava njegovo dublje sagledavanje i olakšava određenje mogućeg vida intervencije. Ovdje će ukratko biti predstavljeni najznačajniji teoretičari psihoanalize i osnovne informacije o njihovim konceptima koji su značajno uticali na razvoj psihopatologije djece i mladih (Kondić i saradnici, 1998):

- Sigmund Frojd (Sigmund Freud, 1856–1939): učenje o nesvjesnom, faze psihoseksualnog razvoja, strukturni model ličnosti, intrapsihički konflikt, učenje o neurozama;
- Pol Federn (Paul Federn, 1871–1950): tjelesno osjećanje Ja, Granice Ja, pojmovi depersonalizacije i derealizacije;
- Ana Frojd (Anna Freud, 1885–1982): podjednako značenje Ono, Ja i Nad-ja, mehanizmi odbrane kao adaptivne snage „Ja“, važnost ponašanja realnog objekta;
- Melani Klajn (Melanie Klein, 1882–1960): teorija objektnih odnosa (dobar, zao, unutrašnji, parcijalni, cjelovit objekat itd.), introjeksija-projeksija, učenje o fantazmima;
- Rene Špic (Rene Spitz, 1887–1974): organizatori psihe, pojam istovremenosti, odnosno kritičnog perioda, konstantnost objekta;
- Erik Erikson (Erik Erikson, 1902–1994): osjećanje bazične sigurnosti, epigenetski pristup, značaj društvenih faktora;

– Margaret Maler (Margaret Mahler, 1896–1985): značaj autistične, simbiotske i faze separacije-individuacije, početna urođenost psihičkog aparata.

Ovdje ćemo se ukratko podsjetiti dva aspekta Freudove teorije koja su najznačajnija za razumijevanje psihopatologije dječijeg uzrasta: strukturalnu i genetsku ili psihoseksualnu teoriju.

Strukturalna teorija

Prema Freudovom učenju, čovječijim razvojem upravljaju nesvjesni nagoni i motivi. Podsvijest utiče na sve što čovjek radi i misli. Za svako ljudsko ponašanje postoji razlog i ništa se ne dešava slučajno. Smatra se da iskustva iz ranog djetinjstva utiču na kasnija ponašanja i događaje u životu, te u izvjesnoj mjeri određuju ponašanja odraslih. Freud je razlikovao tri sloja ličnosti: ego, id i super-ego.

Prema klasičnoj Freudovoj teoriji, id je izvor cjelokupne psihičke energije, koja proizlazi iz bioloških potreba i nagona, a djeluje prema principima trenutnog i direktnog zadovoljenja potreba („sve odmah i sada“). Izvor je nesvjesnih impulsa koji zahtijevaju neposredno i potpuno zadovoljenje, odnosno kako to Freud kaže, pražnjenje. Seksualni nagon je među najznačajnijima po svojoj važnosti za razvoj ličnosti.

Ego se stvara zbog potrebe ida za maksimalnom gratifikacijom, a sačinjavaju ga funkcije kao što su: percepcija, pamćenje i shvatanje. One omogućavaju egu da pronade realne načine zadovoljenja ida. Ego funkcionira po principu koji je Freud nazvao princip realnosti i počinje se razvijati kada dijete nauči da ne može dobiti sve odjednom i da se zadovoljavanje potreba može odložiti za kasnije. Ego je kontakt sa stvarnošću i funkcionira prema principu realnosti, a racionalno mišljenje koje je u skladu sa realnim zbivanjima, naziva sekundarnim mišljenjem. Ego traži od ida da odgodi neposredno zadovoljenje, te da sekundarni proces mišljenja odgađa i upravlja ponašanjem. Ego se počinje razvijati na uzrastu od oko šest mjeseci. Funkcija ega je da posreduje između zahtjeva stvarnosti i prohtjeva ida.

Super-ego je neka vrsta savjesti, unutrašnji regulator koji sadrži moralne standarde ispravnog i pogrešnog ponašanja koje predškolsko dijete

preuzima od svojih roditelja i vremenom ih internalizuje. Jedan od osnovnih zadataka super-ega je da kontroliše id, a javlja se na uzrastu između pet i šest godina, kada se dijete počinje identifikovati sa zahtjevima i normama odraslih, u prvom redu roditelja. Kada je razvijen super-ego, djetetu nije neophodan neko ko će mu reći šta smije, a šta ne smije uraditi, ono samostalno odlučuje. U situacijama kada dijete prekrši pravila ponašanja, super-ego ga kažnjava tako što prouzrokuje osjećaje stida, krivice i strah od kazne.

Teorija psihoseksualnog razvoja

Za razumijevanje psihopatologije djece i mladih značajna su znanja o psihoseksualnom razvoju, kao i odstupanja u pojedinim fazama tog razvoja. Freud je smatrao da se ličnost razvija kroz četiri odvojene psihoseksualne faze i u svakoj od njih je naglašena osjetljivost različitih dijelova tijela:

- oralna faza – tokom prve godine dijete postiže najveće zadovoljenje impulsa ida kroz doživljaje koji se vezuju za usta: sisanje i hranjenje,
- analna faza – vezana je za drugu godinu života u kojoj su glavna zadovoljenja impulsa Ida usmjerena na anus i funkcije pražnjenja ili zadržavanja izmeta,
- falusna faza – traje od treće do pete ili šeste godine u kojoj su osnovni izvori od podraživanja genitalnih organa,
- genitalna faza – vrijeme odraslosti u kojoj preovladavaju heteroseksualni interesi.

U svakoj fazi dijete teži zadovoljavanju potreba putem aktivnosti koje su vezane za navedene djelove tijela i razrješava konflikte između nagonskih zahtjeva i onoga što je realno i moguće u sredini u kojoj živi. Načini razrješavanja su osnova osobinama ličnosti koje traju tokom života. Period između šeste i dvanaeste godine je period latencije koji se ne smatra psihoseksualnom fazom. Prema klasičnoj psihoanalizi, ličnost je uglavnom definitivno formirana na uzrastu oko pet godina.

Jedan od važnih pojmova koje je Freud uveo je fiksacija kojom objašnjava da se energija može „zadržati“ ili fiksirati u različitim fazama zavisno od načina na koji je djetetu bilo pružano ili uskraćivano zadovoljstvo. Prema Freudovom učenju, najvažnija razvojna kriza dešava se

na uzrastu oko četiri godine, u falusnoj fazi kada je dijete preplavljeno seksualnom željom za roditeljem suprotnog pola, ali zbog straha od roditelja istog pola dijete može potisnuti čitav konflikt u nesvjesno. Ova želja i potiskivanje označeni su kao Edipov kompleks za dječake i Elektrin kompleks za djevojčice. Konflikt se najčešće rješava snažnijom identifikacijom sa roditeljem istog pola.

Još jedno Freudovo nasljeđe koje je postalo dio našeg svakodnevnog razmišljanja jesu takozvani odbrambeni mehanizmi. Kada osjeti prijatnu od ida i od super-ega, ego se koristi različitim odbrambenim mehanizmima kako bi se odbranio od pretjeranih zahtjeva i opasnih impulsa, a najzastupljeniji su: potiskivanje („zaboravljanje“ onog što je neprijatno), projekcije (prebacivanje vlastitih potreba, osjećaja i stavova na osobe u okolini), i regresija (reagovanje na „nezreo“ način). Tokom života odbrambeni mehanizmi pomažu proces neutralizovanja zahtjeva koji prijete da budu prejaki. Prema psihodinamskoj teoriji, psihički zdrava djeca grade posebno jak ego koji je u stanju da upravlja zahtjevima super-ega i ida.

Na razvojnu psihologiju najviše se odrazilo mišljenje da se razvoj odvija kroz faze i da su prve godine od posebnog značaja. Freudova teorija doživjela je mnoge zamjerke u prvom redu da je previše subjektivna i teško ju je ispitati u naučnom smislu. Takođe, naglašavani značaj ranog djetinjstva za razvoj ličnosti normalnog djeteta nije dobio neku veću empirijsku (iskustvenu) podršku. Novija istraživanja daju veći značaj kvalitetu dugoročnih odnosa između roditelja i djece nego pojedinačnim događajima iz djetinjstva. Takođe, sve je više istraživača u svijetu i kod nas, koji se interesuju za povezanost ranih traumatskih iskustava sa opštim zdravstvenim stanjem odraslih.

Učenje Anne Freud

Anna Freud (1895–1982), kćerka Sigmunda Freuda, obogatila je psihoanalizu proučavanjima slučajeva iz prakse. Pažnju je više usmjerila na svjesne i voljne snage ličnosti i stvarna doživljavanja djeteta. Ona je smatrala da dijete na rođenju nema urođene psihičke sklopove, pa nema ni ranih sukoba, suprotnih nagonskih težnji. Smatrala je da se „ja“ izgrađuje u stvarnim odnosima sa okolinom, pa se neuroze (anksioznosti) mogu pojaviti

tek oko pete ili šeste godine života (Kondić i saradnici, 1998). Posebnu pažnju je posvetila praćenju pravaca i odstupanja od razvoja u određenim vremenskim razmacima, te činiocima koji ugrožavaju normalan razvoj djeteta. Anna Freud (1965) je pisala o adaptacijskoj funkciji nekih psihopatoloških pojava u životu djeteta, kao što je anksioznost koja ima značajnu ulogu u stvaranju odbrambenih mehanizama i procesa adaptacije, pa tako i u očuvanju integriteta ličnosti u razvoju. Nelagodnost, koju osjeća anksiozni „ego“, može da se smanji na nekoliko načina, a jedan od njih je upotreba odbrambenih mehanizama. Odbrambeni mehanizam je nesvjesno korišćena strategija kojom se ego štiti od anksioznosti (Freud Anna, 1966), a najčešći su: potiskivanje, poricanje, pomjerenje, poistovjećivanje, negacija, izolacija, reaktivna formacija i drugi (više u knjizi Smirnof: *Psihoanaliza djeteta*). Ukratko ćemo opisati nekoliko često upotrebljivanih mehanizama odbrane kod djece i mladih.

Odbrambeni mehanizmi

Introjeksija je mehanizam koji učestvuje u normalnom procesu strukturacije ličnosti. Kroz introjeksiju voljenog objekta može se izbjeći bolna svjesnost o odvojenosti ili prijetnji od gubitka objekta. U patološkom obliku introjeksija se najjasnije ispoljava kod psihotičnih depresija bilo da se radi o dječijem, adolescentnom ili odraslom dobu. Upotreba introjeksije kao odbrane u odraslom dobu obično je znak regresije (Ćeranić, 2005). Na primjer, poslije smrti majke dječak od 15 godina počeo je da ispoljava simptome bolesti koje je majka ispoljavala neposredno pred smrt, osamljivao se i oblačio njenu odjeću. Introjeksija se može javiti u normalnom „radu tuge“ u funkciji zadržavanja izgubljenog objekta, ali u nekim slučajevima može poprimiti psihopatološka obilježja.

Negacija je rana i primitivnija odbrana koja se javlja prije potiskivanja. Kao što je otvaranje usta prva forma prihvatanja i unošenja nečega unutra što predstavlja podlogu za introjeksiju, tako je zatvaranje usta, stezanje usana, najranija forma odbijanja da se nešto prihvata i predstavlja negaciju (Ćeranić, 2005). Negacija se koristi u sklopu normalnog razvoja, ali i kao patološka odbrana koja je povezana sa testiranjem realnosti i mogućim oštećenjima funkcije ega. Na primjeru

negacije impulsa koji su bliski svjesnom možemo prepoznati negaciju u izjavama, kada dijete kaže: „Nikako ne smijem psovati i govoriti proste riječi“; ili kod adolescenata: „Nikada ne bih dozvolio da probam drogu ili alkohol“.

Projekcija je prvobitni mehanizam koji djeluje snažno kod djece i adolescenata kada vlastite neprihvatljive impulse ili osjećanja pripisuju drugima, testirajući tako realnost. Važna osobina projekcije je pripisivanje neželjenih, rjeđe dobrih namjera drugima, iako ove namjere izvire iz vlastitog nagoniskog materijala ličnosti, agresivnog ili libidnog. Djeci su najčešće drugi krivi za pad, neuspjeh ili neki oblik neprihvatljivog ponašanja. Evo nekoliko primjera projekcije koje često možemo sresti u radu sa djecom. Kada dijete dobije slabu ocjenu, obično roditeljima saopštava: „Nastavnik mi nije dozvolio da ispričam sve što znam ili drug me je ometao i nisam mogao da se koncentrišem na pitanje...Povrijedio sam koljeno, jer mi je drug namjerno podbacio nogu da padnem...“ U okviru psihopatoloških pojava ovaj mehanizam zauzima značajno mjesto u formiranju simptoma fobija, a najizraženiji i najviše korišćen je u paranoidnim i narcističkim stanjima.

Potiskivanje zauzima ključno mjesto među mehanizmima odbrane. Tokom normalnog razvoja, djeluje nesvjesno i neprimjetno održavajući tako granice „ja“. Njegov zadatak je da spriječi prodiranje mentalnih predstava o nagonima i nagonске težnje u svjesnost, kao i spoljna zbivanja koja bi mogla da pokrenu strepnju. Prema mišljenju A. Freud, potiskivanje se izgrađuje uporedo sa razvojem „ja-sistema“, a prema mišljenju M. Klein potiskivanje je prisutno od prvih mjeseci života i prije razvoja govora. Razlikuje se prvobitno i naknadno potiskivanje. Prvobitno potiskivanje koristi se rano da obuzda prvobitne izdanke ida i prije njihovog dopiranja do praga svjesnosti, a naknadno s ciljem potiskivanja sadržaja koji su već tokom razvoja bili u ravni svjesnog i protiv uticaja i djelovanja super-ega. Potiskivanje nikada nije potpuno uspješno. Sve ono što je potisnuto u nesvjesno pokazuje neprekidnu težnju da prodre u svijest. Potiskivanje je patološko kada djeluje neuspješno trošeći velike količine energije, sputava djelovanje ega i onesposobljava ga da koristi druge, korisnije odbrane.

Učenje Margaret Mahler

Na učenju Mahlerove, dječijeg analitičara (Mahler, 1968), u najvećoj mjeri počiva današnje shvatanje uzroka, dinamike razvoja, i modaliteta ispoljavanja poremećaja ranog djetinjstva. Mahlerova je značajno doprinijela razumijevanju emocionalnog razvoja u prve tri godine života u kojima se uspostavlja konstantnost libidinalnog objekta i selfa, kao osnova stabilnog integriteta ličnosti. Naglasila je da od psihičkih procesa do tri godine zavisi da li će se kod djeteta preduprediti teška patologija ili će se stvoriti devijacije, zbog kojih se ona neće moći izbjeći. Poslije treće godine, razvojni neuspjesi mogu dovesti do neurotskih poremećaja, ali ne i do psihoza. Ona je označila faze infantilnog razvoja drugačije od Freuda, a za kriterijum koristila je razvoj objektnih odnosa. Hartmanova postavka o nediferenciranoj matrici, tj. postavka da djetetu za normalan razvoj stoji na raspolaganju odgovarajući psihički aparat i prosječna očekivana sredina u koju dolazi (sa majkom kao centralnom figurom), poslužila je Mahlerovoj (1968) kao polazište za njena istraživanja najranijih početaka psihizma. Na putu postizanja identiteta, dijete tokom prve tri godine života prolazi kroz tri faze ili genetske konstrukcije koje se odnose na razvoj objektnih odnosa:

- *Normalna autistična faza* obuhvata period neposredno nakon rođenja i traje do kraja prvog mjeseca. Neuspjeh da se napusti ova autistična membrana dovešće do teške patologije čiju je kliničku sliku, prije Mahlerove, opisao Kaner (1944) i označio je kao infantilni autizam.
- *Normalna simbiotska faza* razvoja je aktuelna tokom drugog mjeseca života (odgovara narcističnoj fazi prema Freudu). Dobro simbiotsko iskustvo je u osnovi životnog optimizma, empatije, povjerenja u ljude i emocionalne razmjene. Loša simbioza dovodi do psihotičnih poremećaja u djetinjstvu (simbiotska psihoza). Mahlerova je posebno zaslužna za rasvjetljavanje psihoza u ranom djetinjstvu.
- *Faza separacije-individuacije* označava period između četvrtog i petog mjeseca, i tri godine kada postepeno dolazi do separacije i individuacije.

Mnogi psihoanalitičari su godinama razvijali Freudove teorije i poglede. Oni su, bez izuzetka, prihvatili njegova razmišljanja o nesvjesnom, seksualnom nagonu i o značaju ranog djetinjstva, ali su takođe dali i lični

doprinos. Među njima su: Erich Fromm (1900–1980), Donald W. Winnicott (1896–1971), Melanie Klein (1882–1960), Margaret Mahler (1901–1985) i Erik Erikson (1902–1994).

Teorija emocionalnog vezivanja

Afektivno vezivanje znači stvaranje snažne i trajne emocionalne veze između djeteta i majke, mada može postojati afektivna vezanost i sa drugim osobama sa kojima je dijete u bliskim odnosima. Osnivač teorije afektivnog vezivanja je Bowlby, ljekar i psihoanalitičar (John Bowlby, 1907–1990). Prema njegovom shvatanju, većina dječijih poremećaja uslovljena je nedostatkom emocionalnog vezivanja za blisku odraslu osobu u toku djetinjstva. On uvodi novi pojam afektivnog vezivanja (umjesto psihoanalitičkog pojma emocionalna zavisnost) i definiše afektivnu vezanost kao specifičan, neravnopravan odnos koji se u najranijem djetinjstvu formira između majke i djeteta i traje tokom čitavog života (Stefanović-Stanojević, 2004).

Tridesetih godina prošlog vijeka Bowlby je proučavao emocionalne probleme koje su ispoljavala djeca u institucijama (na primjer u dječijem domu) i naglasio značaj odvajanja djeteta od majke u prvih pet godina života. Ispitujući djecu u bolnicama, u kojima su ona boravila bez roditelja tokom liječenja, zaključio je da djeca koja su duže vrijeme bila odvojena od roditelja češće ispoljavaju simptome psihopatoloških pojava tokom razvoja. Smatrao je da je separaciona anksioznost ili anksioznost usljed odvajanja od roditelja/staratelja, odlučujuća u nastanku poremećaja djece i odraslih. Praktična implikacija ovih zaključaka je promovisanje ideje o hospitalizaciji roditelja sa djecom u zdravstvene ustanove ili češćim i dužim posjetama djeci za vrijeme bolničkog liječenja.

Istraživanja, koja su rađena kasnije (Klark, 1981, prema Stefanović-Stanojević, 2004), pokazala su da kratkotrajna separacija djeteta od porodice predstavlja uzrok prolazne tuge, odnosno da je takva separacija manje štetna za formiranje ličnosti od nekih drugih životnih okolnosti djeteta, kao što su dugotrajne nesloge, konflikti i nasilje. Istraživači upozoravaju da najčešće postoji kontinuitet u kvalitetu iskustava djeteta i upravo to preuveličava značaj ranih odnosa. Od sedamdesetih godina prošlog vijeka Bowlbyjevi

sljedbenici i dalje se bave značajem ranih iskustava za kasniji razvoj ličnosti, ali težište sa koncepta separacije djece od majke pomjeraju i proširuju na posmatranje kontinuiranog odnosa djece sa osobama koje ih njeguju. Iako je teorija afektivne vezanosti nastala kako bi se objasnila emocionalna veza između djeteta i osobe koja brine o njemu, Bowlby smatra da sistem afektivne vezanosti postoji i djeluje kroz čitav život pojedinca (Stefanović-Stanojević, 2004). Afektivno vezano ponašanje postaje organizovano unutar njegove ličnosti i određuje emocionalne veze tokom života. Prema teoriji afektivne vezanosti, jednom uspostavljen tip afektivne vezanosti u djetinjstvu djeluje i strukturira kvalitet odnosa u adolescenciji i zreloj dobi (Hazan i Shaver, 1987).

Dominantni obrasci porodične afektivne vezanosti mladih prema novijim saznanjima su: sigurni, preokupirani, odbijajući i plašljivi obrazac (Stefanović-Stanojević, 2004).

Sigurno afektivno vezane pojedince karakteriše uživanje u ličnoj autonomiji, povjerenje prema ljudima, lako se zbližavaju sa drugima, pokazuju ravnotežu između potrebe za pripadanjem i potrebe za autonomijom.

Preokupirano afektivno vezane pojedince odlikuje izrazita želja za emocionalnim stapanjem s drugom osobom, zavisnost od drugih bliskih osoba, strah da nisu dovoljno voljeni.

Izbjegavajuće afektivno vezane pojedince karakteriše izbjegavanje bliskosti s drugim ljudima i nepovjerenje, negacija značaja bliskosti i naglašavanje značaja nezavisnosti.

Plašljivo afektivno vezane pojedince karakteriše visok stepen zavisnosti od drugih, istovremeno imaju negativna očekivanja od drugih, te su skloni izbjegavanju bliskosti, da bi izbjegli bol zbog potencijalnog odbacivanja.

Prema saznanjima mnogih autora, nesigurno afektivno vezivanje u djetinjstvu mogući je preduslov problema u ponašanju, kontrolisanju impulsa, konflikata i suprotstavljanja roditeljima i ozbiljnih problema u odnosima sa vršnjacima (Srouffe, 1983; Lewis i saradnici, 1984; Ericsson i saradnici, 1985; Troy i Srouffe, 1987; Easterbrook i Goldberg, 1990). Mladi koji su imali loša iskustva u prvim godinama odrastanja u većem su riziku

za kasnija psihopatološka ispoljavanja. Nesigurna afektivna vezanost u djetinjstvu je rizični faktor koji vjerovatno povećava mogućnost kasnijeg psihijatrijskog poremećaja kod djeteta, iako će se kod manjeg broja djece razviti taj poremećaj (Srouffe, 1988).

Obrasci porodične afektivne vezanosti povezani su sa psihopatološkim ispoljavanjima mladih. Siguran obrazac afektivne vezanosti, najčešće odlikuje funkcionalne porodice, a odbacujući, preokupirani i plašljivi više su povezani sa različitim psihopatološkim ispoljavanjima. Odbacujući obrazac afektivne vezanosti statistički značajno je povezan sa odbacujućim vaspitnim stilom oca i majke, što ukazuje na značaj porodične afektivne vezanosti u roditeljstvu. Takođe, porodična afektivna vezanost značajno je povezana sa unutrašnjim stresorima u porodici i sa otpornošću mladih i porodice na stres (Letić, 2007).

Koncept podijeljene i nepodijeljene porodične sredine

O uticaju porodičnih odnosa na razvoj djece postoje rezultati mnogih istraživanja koji ističu značaj emocionalnih osobina i ponašanja djece i mladih, i porodične sredine na osnovu koncepata podijeljene (shared environment) i nepodijeljene (non-shared environment) porodične sredine. Predstavnicima ovog pristupa, koji je bio aktuelan krajem prošlog vijeka su Thomas Chess, Anica Mikuš-Kos, Garmezy i drugi. Poznato je da djeca koja odrastaju u istoj porodici sa istim roditeljima, materijalnim uslovima i još mnogo toga zajedničkog, različito doživljavaju svoju porodičnu sredinu. Takođe, njihove interakcije sa članovima porodice su veoma različite. To što im je isto (zajedničko) možemo nazvati podijeljena porodična sredina (shared environment). Međutim, svako pojedino dijete ima različito mjesto u porodici, specifičan odnos sa svakim od roditelja i ostalih članova porodice. Ista porodica ima različite efekte na svako pojedino dijete. Tu specifičnost nazivamo nepodijeljena porodična sredina koja doprinosi individualnim razlikama u iskustvu i razlikama u razvoju.

Rezultati ovih istraživanja ukazuju na važnost nepodijeljene porodične sredine, koja je važnija za razvoj djeteta od podijeljene. Specifičan odnos roditelja i drugih članova porodice prema djetetu važniji je od opšteg porodičnog raspoloženja. Iskustva dobijena izvan porodice često

su bogatija u pogledu obimnosti nepodijeljene sredine, na primjer vršnjačka iskustva, iskustva iz svakodnevnog života ili društva. Ta zapažanja upućuju na razmišljanja o promjeni fokusa sa odnosa dijete–porodica, na pojedinačno dijete – pojedinačan član porodice. Isto važi za odnos dijete – šira sredina (Mikuš-Kos, 1999). Novija saznanja više se oslanjaju na važnost afektivne vezanosti sa pojedinim članovima u okviru porodice, a manje značaja pridaju uticajima porodice kao cjelovitog sistema. Sadašnji stav je, da nije toliko važna stvarna ili opšta porodična sredina, kao što su važni specifični uticaji, koji djeluju na pojedinačno dijete, a što je u skladu sa teorijom afektivne vezanosti, prema kojoj postoji tendencija da se traži i održi bliskost s određenom osobom, koja ne mora biti uži član porodice, pogotovo kada je pojedinac pod stresom (Bowlby, 1969). Dijete može biti u istoj porodici od nekih članova „odbačeno” a nekima biti ljubimac. Takođe, dijete može biti posebno vezano za oca ili brata ili djeda ili neku drugu osobu sa kojom ima dugotrajnu emocionalnu povezanost.

Eriksonova teorija

Erikson je kao petnaestogodišnjak počeo s podučavanjem djece u jednoj umjetničkoj školi u Beču, koju je vodila Anna Freud. Već tada ga je zainteresovala dječija psihoanaliza. Dok je Freud smatrao da je razvoj djeteta okončan sa pubertetom, Erikson je smatrao da se razvoj nastavlja tokom cijeloga života kroz osam jasnih razvojnih faza. U svakoj fazi čovjek može postići dobro ili loše rješenje, a svaka od njih je obilježena posebnom krizom ili izazovom što vodi različitim načinima formiranja ličnosti. Razrješenje krize u prethodnoj fazi određuje kako će se pojedinac nositi sa sljedećom fazom. Erikson je usmjeren više socijalno nego Freud i po njegovom shvatanju nagoni su dobili jasniju socijalno-psihološku formu u toku procesa razvoja.

Prvih pet faza u Eriksonovoj šemi uglavnom su slični Freudovim. Naredne tri obuhvataju period zrelosti i starost sve do smrti. Za nas je posebno značajna peta faza u kojoj Erikson uvodi pojam kriza identiteta, između 12. i 20. godine. U ovim fazama psihosocijalni razvoj vezuje se sa tjelesnim, tako što se uz pojedine organe u toku različitih faza spajaju različite količine psihičke energije. Svaki razvojni korak sadrži tjelesne,

lične i socijalne aspekte i na taj način on čini jednu cjelinu. Erikson je optimističniji od Freuda u pogledu ljudskih sposobnosti za promjenu i vjerovao je da se razrješenje bilo koje psihosocijalne faze može mijenjati odgovarajućom psihoterapijom (Erikson, 1959, prema Hwang i Nilsson, 2000).

U Tabeli 1 prikazani su stadijumi razvoja prema Eriksonovom učenju.

Tabela 1. *Rezime Eriksonovih stadijuma*

Uzrast približan raspon u godinama	Psihosocijalna kriza (glavni konflikt)	Pozitivna razvojna postignuća	Negativna razvojna postignuća
od 0 do 1,5 g.	Povjerenje–nepovjerenje	Nada, povjerenje, može odgoditi zadovoljenje potreba	Sumnjičavost, obeshabrenost, povučенost, nepovjerenje, rezignacija
od 1,5 do 3 g.	Autonomija–sramota i sumnja	Volja, samokontrola, pozitivna samosvijest	Prisilne radnje, loša kontrola impulsa
od 3 do 6 g.	Inicijativa–krivica	Radost, uspjeh, radoznalost	Sputavanje, nedostatak inicijative, pasivnost
od 6 do 12 g.	Aktivnost–inferiornost	Kompetentnost, dostatnost kao čovjeka	Nedovoljnost
od 12 do 20 g.	Identitet – konflikt uloga	Integrirana slika sebe, vjera u budućnost	Disharmonična slika sebe, prkos, negativni identitet, pretjerano prilagođavanje, depresija
od 20 do 40 g.	Bliskost–izolacija	Ljubav, bliskost	Poricanje, strah od bliskosti
od 40 do 60 g.	Prroduktivnost–stagnacija	Briga, odgovornost za dolazeće generacije	Poricanje, samovoljnost
od 60 i više	Integritet–očaj	Mudrost	Gnušanje, prezir, beznadežnost

*Hwang i Nilsson, 2000.

Bihevioralni modeli

Prema bihevioristički orijentisanim teoretičarima, ljudsko ponašanje je rezultat učenja i uticaja okoline. Razne oblike psihopatoloških ispoljavanja djeca uče kao i druga ponašanja. Težište je na onome što su djeca naučila, koja pravila i podsticaji, tj. nagrade i kazne su oblikovali njihovo ponašanje u porodici i životnoj sredini. Za ponašanje djeteta važno je kako se porodica ponašala ranije u sličnim situacijama i šta su to roditelji i drugi odrasli činili (a manje šta su govorili). Socijalno usmjerena bihevioristička teorija fokusira se na verbalne i praktične aktivnosti i funkcionisanje odraslih kao modela koje djeca oponašaju.

Karakteristično za pogled na čovjeka unutar biheviorizma, ili „stare“ psihologije učenja, bilo je da je čovjek shvatan pasivnim („reaktivnim“) i, praktično, potpuno pod uticajem sredine. Izraz psihologija učenja potiče od toga da se koncentrisao na to kako se proces učenja odvija kod životinja i ljudi. Kad bihevioristički orijentisani psiholozi traže objašnjenje nekog ponašanja, oni najprije gledaju na neposredne razloge za to, te posljedice do kojih će takvo ponašanje dovesti, kao i na to koji su to činioци u okolini koji funkcionišu stimulirajuće. Biheviorizam sadrži izvjesne zakone ponašanja, koji se odnose na pojačanje, ponavljanje i vjerovatnost da će se neko ponašanje naučiti. Prema shvatanju biheviorista, život je kontinuirani proces učenja, koji se odvija kroz odnos između podražaja i reakcije. Jedan je dio reakcija automatski i prirodan, na primjer, refleks treptanja, dok su druge komplikovanije i naučene, kao vožnja bicikla. Dvije su osnovne vrste uslovljavanja, klasično i instrumentalno.

Klasičnim uslovljavanjem bavio se ruski fiziolog Ivan Pavlov (1849–1936), koji je 1904. godine dobio Nobelovu nagradu, proučavajući, između ostalog, odnos između podražaja i reakcije kod pasa i njihovog lučenja pljuvačke.

Drugi poznati primjer klasičnog uslovljavanja jeste eksperiment kojeg je Watson izveo s ciljem da prouči da li se Albert (dječak koji je imao oko jednu godinu) mogao usloviti na strah od bijelog miša, prema kojem prije eksperimenta nije pokazivao nikakav strah. Watson je, dok Albertu pokazuje miša, istovremeno udarao čekićem u jednu željeznu šipku, zvuk

koji je plašio dječaka. Nakon nekoliko puta što je vidio miša sa prirodnim zvukom Albert se uplašio, počeo plakati čak i kada bi vidio samo miša, što upućuje na saznanje da je on razvio jedan uslovni strah od miša koji ima tendenciju da se generalizuje na slične igračke životinja, i stvari kojih se dječak ranije nije plašio. Ima više svakodnevnih primjera klasičnog uslovljavanja, a u svim ovim primjerima jedan izvjesni stimulus povezo se s nekim drugim koji je ranije prouzrokovao reakciju. Prema teoriji klasičnog uslovljavanja, reaguje se na stimulse.

Instrumentalno uslovljavanje je Skinnerova forma učenja, a Skinner je drugi poznati predstavnik bihejviorizma (Burhas Frederic Skinner, 1904–1990). U instrumentalnom uslovljavanju uči se da određeno ponašanje uzrokuje određenu reakciju, a zatim da se takvo ponašanje upravo i izvodi da bi se izazvala reakcija okoline („instrumentalan“ znači da se nešto čini kako bi se postigla određena posljedica). Ono što pojačava izvjesno ponašanje zove se potkrepljenje. Pozitivno potkrepljenje je nešto što čini vjerovatnijim da će se jedno ponašanje ponoviti. Na primjer: odlična ocjena iz matematike doprinosi pozitivnom osjećanju i pojačanoj motivaciji prema učenju matematike. Negativno potkrepljenje podrazumijeva nešto neprijatno ili se uklanja nešto poželjno, pa se smanjuje vjerovatnoća ponavljanja ponašanja. Mnogi današnji psiholozi smatraju zastarjelim većinu Skinnerovih i Votsonovih shvatanja.

Prema postavkama bihejvioralne teorije, psihopatološki obrasci ponašanja mogu da se usvoje, pored klasičnog uslovljavanja i instrumentalnog učenja, i učenjem po modelu.

Učenje po modelu je značajan vid učenja, posebno za djecu i mlade, a predstavlja vrstu socijalnog učenja za koju je karakteristično ugledanje onoga ko uči na uzor ili model, na osobu čije se ponašanje i/ili osobine usvajaju (Trebješanin, 2004). Pojam, učenje po modelu u psihologiju je uveo američki psiholog Albert Bandura. Za većinu djece uzor ili model je osoba za koju su emocionalno vezani, koju poštuju i obožavaju. U djetinjstvu najčešći modeli su roditelji, stariji brat ili učitelj, a u adolescentnom uzrastu modeli su češće sportisti, pjevači, političari ili neke druge javne ličnosti. Mnogi vidovi ponašanja nastali su na osnovu posmatranja, imitacije i identifikacije sa značajnim osobama.

Djeca i mladi se mogu identifikovati, sticati znanja i vještine na osnovu pozitivnih modela (poznati sportisti, umjetnici i/ili drugi uspješni u svome poslu), ali poznato je da neka djeca i mladi imaju negativne modele koji mogu biti popularni u vršnjačkim grupama (delinkventi, mladi skloni zloupotrebi raznih supstanci: alkohol, cigarete, droge i slično).

Kognitivni modeli

Jean Piaget (1896–1980) predstavnik je ovog modela koji je među vodećima na području razvojne psihologije. Fokus kognitivnog modela su pitanja: kako su konstruisani i kako se razvijaju procesi razmišljanja kod čovjeka, kako oni utiču na doživljavanje i razumijevanje svijeta, te kako sve ovo utiče na ponašanje (Hwang i Nilsson, 2000). Na čovjeka se gleda kao na misaono, racionalno i svjesno biće koje stvara svoju sliku svijeta polazeći od vlastitih iskustava i aktivno tražeći znanje da bi izgradio jednu smislenu sliku vanjske stvarnosti. Kognitivne teorije su u izvjesnoj suprotnosti prema, prije svega, psihodinamskoj teoriji, iako postoje i sličnosti. Piaget je ukazao na postojanje četiri glavna stadijuma u kognitivnom razvoju, koji su vezani za uzrast djeteta. Djeca dojenačkog uzrasta upoznaju svoju sredinu i stvari oko sebe preko svojih čula i psihomotornih vještina. Predškolska djeca mogu baratati predmetima nezavisno od toga šta sa njima rade. Počela su razmišljati simbolički („kao da“), što se ogleda u njihovoj upotrebi jezika i fantazije. Djeca školskog uzrasta mogu razmišljati logički na konsekventniji način, ali samo dok je riječ o konkretnim stvarima iz svijeta oko njih. Mladi i odrasli mogu, u varirajućoj mjeri, razmišljati apstraktno. Do svojih otkrića, pojmova i teorija Piaget je došao metodom eksperimenta i ispitivanjem dječjeg mišljenja putem kliničkog intervjua. Razvoj inteligencije prolazi kroz četiri glavna stadijuma ili perioda, čiji je redoslijed postojan i nepromjenljiv, a to su: senzomotorni period (od rođenja do pojave simboličke funkcije, oko druge godine), preoperacionalni period (od 2 do 7 godina), period konkretnih operacija (od 7 do 11) i period formalnih operacija (od 11–12 do 15–16), što je predstavljeno u Tabeli 2. Uzrast u godinama naznačen je aproksimativno.

Tabela 2. Sažetak Piagetovih stadijuma

Stadijumi	Uzrast	Obilježja
Senzomotorni	od 0 do 2 god.	Intelektualni razvoj zasnovan na senzornom i motornom aparatu; odsustvo simbolizacije
Preoperacionalni	od 2 do 7	Pojava funkcije simbolizacije, jezika; intuitivno mišljenje (nije zasnovano na zaključivanju)
Konkretno operacionalni	od 7 do 11	Sistematsko i logičko razmišljanje, ali samo u vezi sa konkretnom realnošću; konzervacija pojmova
Formalno operacionalni	od 11 /12 do adolescencije	Opšte ideje i apstraktni konstrukti, logičko razmišljanje (hipotetsko-deduktivno mišljenje)

* Prema Hwang i Nilsson, 2000, str. 37.

Ova četiri stadijuma su kao stepenice. Svaka sljedeća faza gradi se na prethodnoj, što znači da je potrebno da dijete potpuno ovlada mogućnostima jednog stadijuma pa tek onda prelazi na sljedeći. Ljudi su u stalnoj interakciji sa svojom sredinom i kroz taj uzajamni uticaj odigrava se proces adaptacije koji podrazumijeva uspostavljanje ravnoteže između dva komplementarna procesa asimilacije i akomodacije. Asimilacija znači da se nova iskustva dodaju ranijima bez potrebe da se mijenjaju neke „strukture“ i „šeme“. Akomodacija znači da se kognitivne strukture moraju mijenjati i modifikovati prema novom iskustvu i saznanju. U nastojanju da razumiju i shvate svijet oko sebe i ono što se u njemu događa ljudi teže da dostignu mentalnu ravnotežu, koja se postiže pomoću mentalnih pojmova ili, izraženo Piagetovim riječima, mentalnih šema, koje stvaraju harmoniju između slike u svijesti i iskustava. Kognitivna je teorija usmjerila pažnju na razmišljanje djece i odraslih i na njihove aktivne mentalne procese. Težnja da se razumije što se događa u glavi djeteta, njihovo traženje onog što je značajno i njihova potreba za novim znanjima, doveli su do novog pogleda na djecu i njihovo učenje.

Piagetove teorije su naišle na mnoge neistomišljenike. Psihoanalitičari su ih smatrali nevažnim za emocionalni život. Bihejvioristički teoretičari su ih smatrali potpuno nenaučnim, a interakcionisti su smatrali da nisu davale dovoljno značaja socijalnom

aspektu. Tvrđilo se, da Piagetova zamisao o univerzalnim stadijumima, nije održiva. Uprkos ovim kritikama, postoji i grupa neopijažeovaca koji i dalje zadržavaju i mijenjaju njegovu teoriju koja, kako oni tvrde, sadrži previše korisnih i ispravnih zaključaka da bi se mogla odbaciti (Berk, 1991).

Biološki model

Ovaj model pripada organskom kontekstu i polazi od opšte pretpostavke da su određena psihopatološka ispoljavanja posljedica organskih smetnji, te se bavi klasifikovanjem i objašnjavanjem psihopatoloških ponašanja na isti način kao u slučajevima tjelesnih bolesti, što znači kroz dijagnostičke entitete. Biološki model uključuje različite karakteristike ljudskog tijela koje su od važnosti za razumijevanje razvojnih poremećaja: genetski materijal, činioci koju su važni za strukturu i funkciju tijela, a posebno mozga, zatim činioci koji određuju urođene individualne razlike koje nazivamo temperament. Efekti psihičkih smetnji na organsku osnovu tijela značajni su kod rasprave o poremećajima uzimanja hrane, kao što su anoreksija i bulimija. Kod drugog smjera uticaja moguće je uočiti psihičke posljedice tjelesnih bolesti i hroničnih stanja. Takođe, značajna je uloga genetskih faktora kod stanja koja u izvjesnoj mjeri mogu biti povezana sa raznim vidovima psihopatoloških ispoljavanja (Downov sindrom, Turnnerov sindrom i drugi). Postoje dokazi da biološki činioci igraju važnu ulogu u nastanku psihopatoloških stanja posebno kod raznih vidova razvojnih odstupanja kao što su: pojedini tipovi mentalne zaostalosti, autizam, hiperaktivnost i problemi u učenju (Vasta, Haith i Miller, 1997).

Izvjesni autori zastupaju krajnje stanovište da geni sami po sebi određuju nenormativno ponašanje; umjereniji smatraju da se nasljeđuje samo osjetljivost (vulnerabilnost) za određena psihopatološka ispoljavanja, dok stvarno psihopatološko ispoljavanje kod pojedinog djeteta zavisi o uslovima socijalne sredine (Rutter, 1990).

Zagovornici biohemijskog modela nastoje otkriti biohemijska sredstva koja mogu pridonijeti nastanku raznih vidova psihopatoloških ispoljavanja.

Kod neurofiziološkog modela pretpostavlja se da je nenormativno ponašanje posljedica naslijeđenih, kongenitalnih ili stečenih patoloških

promjena mozga. Ovaj model u središte razumijevanja psihopatoloških stanja stavlja funkcionisanje mozga.

Bio-psihosocijalni model

U primijenjenoj psihologiji u zdravstvenom sistemu tradicionalno je bio zastupljen biomedicinski model. Krajem prošlog vijeka ovaj model sve više ustupa mjesto bio-psihosocijalnom modelu koji je obuhvatniji i primjereniji praktičnim potrebama dijagnostike, terapije i tretmana. Georg Engel, po specijalizaciji internista i psihijatar, u časopisu Science pod naslovom "The need for a new medical model" (1977), kritikovao je postojeći biomedicinski model i postavio temelje novog bio-psihosocijalnog modela. Engel smatra da uvođenje novog, šireg modela zdravlja i bolesti, ne umanjuje neospornu važnost biološkog modela, već da se time samo nadopunjava preusko shvatanje zdravlja i bolesti. Prema bio-psihosocijalnom modelu predmet interesovanja nije samo bolest nego bolestan čovjek. Engel navodi konkretne razloge zbog kojih smatra da je novi pristup nužan jer pacijenti s istom dijagnozom i istim laboratorijskim nalazima mogu imati sasvim različit tok bolesti zbog upliva raznovrsnih psihosocijalnih faktora. Takav pristup podrazumijeva uključenost stručnjaka iz psiholoških, socijalnih, ekonomskih, antropoloških i drugih oblasti nauke koji svojim znanjima mogu doprinijeti boljem razumijevanju, pouzdanijoj procjeni i efikasnijem tretmanu. Prema bio-psihosocijalnom modelu, biološki, psihološki i socijalni činioci imaju približno jednak doprinos u određivanju zdravlja i patoloških stanja. Ovaj model zasnovan je na dinamičkoj ravnoteži između sljedećih faktora funkcionisanja:

- bioloških: ćelije, organi, tkiva, (područje genetike i fiziologije),
- psiholoških: kognicija, emocije, motivacija (iskustva i ponašanje),
- socijalnih: porodica, škola, širi socijalni kontekst i (percipirana) podrška.

Pojava psihopatoloških ispoljavanja, kao i moguće smetnje mogu biti posljedica neravnoteže navedenih faktora i mogu istovremeno djelovati na nekoliko nivoa. Kako su ti procesi međusobno povezani, promjene na jednom nivou dovode do promjena u drugim nivoima. Stresori iz porodične ili šire sredine mogu dovesti do pojave nekog od oblika psihopatoloških

ispoljavanja, ali su mogući uticaji u suprotnom smjeru: pojava i/ili pogoršanje psihopatološkog stanja može izazvati bio-psihosocijalnu neravnotežu zavisno o osobinama ličnosti pojedinca i faktora podrške. Porodica ima značajnu ulogu u postizanju i održavanju bio-psihosocijalne ravnoteže posebno u razvojnom periodu i u prelaznim životnim ciklusima.

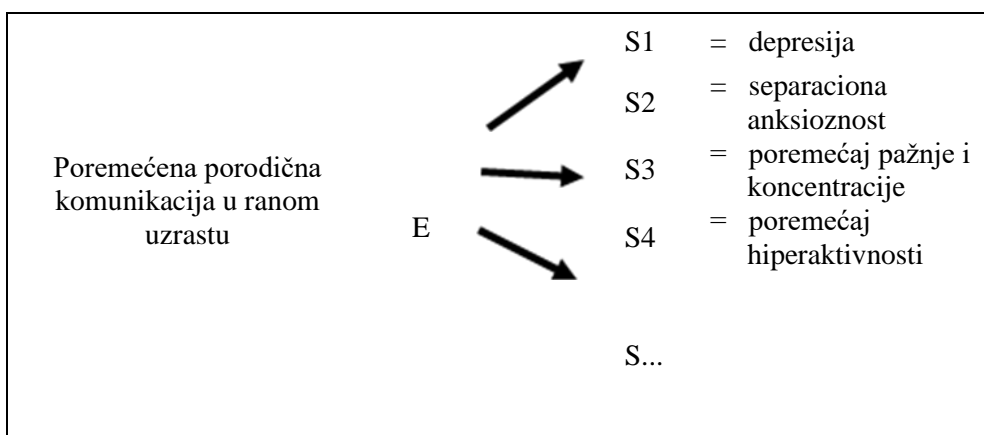
Multideterminisanost u nastanku psihopatologije

Ne postoji jedinstven model psihopatologije djece i mladih kao što ne postoji ni sveobuhvatna i jedinstvena teorija razvoja. Opšta pretpostavka je da postoji zajednička karakteristika svakog razvoja i da se isti principi mogu primijeniti kako na njegove normalne, tako i na psihopatološke tokove. Osnovni zadatak psihopatologije je da razumije zašto se pojedino dijete razvija sa određenim smetnjama, zašto je normalan razvoj krenuo u pogrešnom pravcu (Wenar, 2003). Traganje za jednim uzrokom je suviše pojednostavljeno i površno. Dijete sa svojim osobinama, ponašanjem, interesima i sposobnostima utiče na ponašanje roditelja, braće, sestara i drugih značajnih ljudi u njegovoj sredini. Značaj individualnih osobina pojedinog djeteta za njegove odnose sa sredinom zavisi od očekivanja i zahtjeva sredine. Na primjer, dijete sa lošim intelektualnim sposobnostima imaće manje problema u odnosu sa roditeljima ukoliko oni imaju realna očekivanja i nemaju visoke ambicije u pogledu djetetovog obrazovanja. Dijete sa istim sposobnostima, čija porodica ima visoke i nerealne zahtjeve za postizanje visokog nivoa obrazovanja, može reagovati raznim neprilagođenim vidovima ponašanja koji, dugoročno gledano, vode ka psihopatologiji. Stepem usklađenosti dječijih osobina i sposobnosti sa zahtjevima i očekivanjima okoline značajan je faktor dječije stabilnosti i zdravog razvoja.

Ranije su se kliničari usmjeravali na jednu smetnju, a istraživači pokušavali ispitivati „čiste“ slučajeve, smatrajući prisutnost drugih psihopatoloških fenomena usputnim. Postajalo je sve jasnije da se određene smetnje, kao što su anksioznost i depresija ili poremećaji ponašanja i hiperaktivnost, javljaju istovremeno. Jasno je da psihopatološka ispoljavanja imaju brojne uzroke koji su međusobno povezani i mijenjaju se tokom vremena. Ovo upućuje na multideterminisanost uzroka nastanka

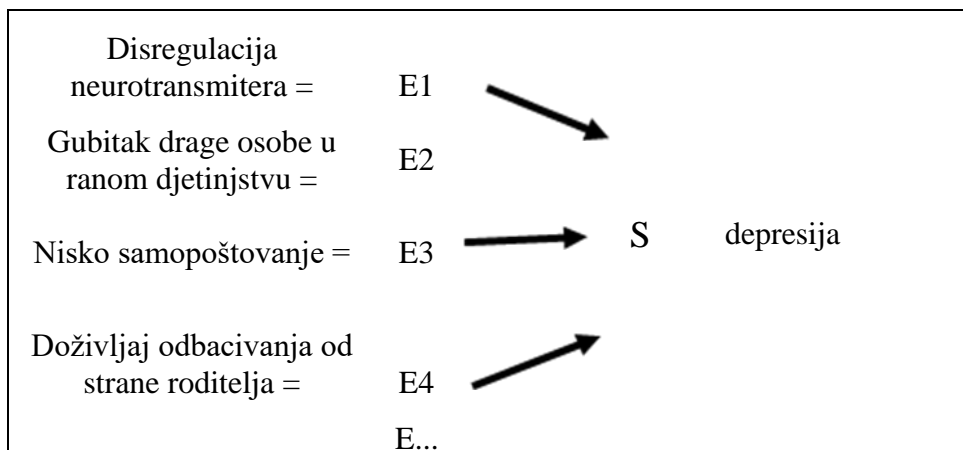
psihopatoloških ispoljavanja i potrebe za intergisanjem tih faktora u smislene modele. Nastanak psihopatoloških ispoljavanja značajno je određen uzrastom i razvijenošću pojedinih psihičkih sistema, najčešće se radi o nelinearnoj dinamici razvoja koja se manifestuje kroz multifinalnost i ekvifinalnost (Vulić-Prtorić, 2001). Multifinalnost podrazumijeva da različita simptomatologija može poticati iz jednog izvora, dok ekvifinalnost podrazumijeva da isti simptom može biti rezultat različitih etioloških faktora. Mnoga istraživanja su potvrdila da su djeca depresivnih roditelja u većem riziku za razvoj depresije. Epidemiološki rezultati (Cicchetti i Toth, 1998, prema Vulić-Prtorić) pokazuju da djeca depresivnih roditelja razvijaju mnoge različite simptome, a ne samo depresivne.

Na sljedećem primjeru depresije kod djece i adolescenata objašnjeni su pojmovi multifinalnost i ekvifinalnost (Vulić-Prtorić, 2001). Multifinalnost (Slika 1) je kada više različitih simptoma (S) nastaje iz istog izvora (E).



Slika 1. *Multifinalnost*

Ekvifinalnost (Slika 2) znači da jedan poremećaj ili ista simptomatologija (S) mogu biti rezultat više etioloških faktora iz različitih izvora (E).



Slika 2. Ekvifinalnost

Multideterminizam u nastanku psihopatologije takođe podrazumijeva dvosmjerni uticaj kako roditelja na dijete tako i djeteta na roditelje, iako njihov doprinos nije podjednak. Kod djece i mladih često srećemo istovremeno dvije ili više psihopatoloških pojava koje se ispoljavaju različitim redosljedom kod istog djeteta, što je označeno pojmom *komorbiditet*. Proučavanje komorbiditeta važno je zbog preciznije psihološke procjene, boljeg sagledavanja odnosa između mentalnih poremećaja i pružanja doprinosa razumijevanju njihovog nastanka. Pod osnovnim poremećajem podrazumijeva se smetnja zbog koje je najviše narušeno funkcionisanje djeteta ili mlade osobe i taj poremećaj presudno utiče da se roditelji obrate za pomoć i liječenje, bez obzira na hronološki redosljed pojavljivanja osnovnog i komorbidnog poremećaja. Komorbidni poremećaji često imaju značajan uticaj na tok, prognozu i ishod tretmana osnovnog poremećaja. Proučavanje komorbiditeta ima i epidemiološke implikacije (Latas i Starčević, 1998). Ipak, najvažniji razlog ispitivanja komorbiditeta kod svakog pojedinca je u eventualnoj modifikaciji pristupa osnovnom poremećaju i prilagođavanja terapijskog postupka komorbidnom poremećaju. Longitudinalno istraživanje (Sameroff, 2000) ukazuje na potpunije shvatanje komorbidnosti koja je opisana kao oblik tzv. multipatologije koja nastaje kada postoji veliki broj rizičnih i mali broj zaštitnih faktora u razvoju djeteta ili mlade osobe. Veći broj rizičnih faktora

doprinosi složenijoj simptomatologiji, pravcima ispoljavanja i komorbidnosti.

Kao što je vidljivo iz dosad izloženog, u razvojnoj psihopatologiji dominantan je holistički i integrativan pristup. Nastanak psihopatoloških pojava objašnjava se raznim modelima koji obuhvataju svu složenost ponašanja. Nijedan model ne može se smatrati dominantnim već se procjenjuje njihova interakcija kroz razvoj u procesu multidimenzionalne procjene.

POTENCIJALNO RIZIČNI ČINIOCI ZA PSIHOPATOLOŠKA ISPOLJAVANJA

Djeca i mladi različito reaguju na slične stresne događaje ili na hronično nepovoljne životne okolnosti. Isti činioci kod neke djece izazivaju poremećaje, a kod druge djeluju podsticajno. Za razvoj bilo kojeg poremećaja odgovorni su rizični i zaštitni činioci koji mogu dolaziti iz različitih nivoa: individualnog, porodičnog i sredinskog. Mnogi istraživači (Garmezy, Rutter, Sameroff) ispitali su uticaj i značaj rizičnih i zaštitnih faktora. Sigurna i stabilna porodična sredina i drugi zaštitni činioci mogu pružiti odgovarajuću podršku u situacijama adaptacije na gubitak i emocionalne krize. Pored poznavanja mogućih rizičnih faktora, važno je poznavanje opšteg životnog konteksta i zaštitnih faktora. Neki činioci su rizični za određene oblike patologije ili u određenom uzrastu djeteta dok su zaštitni za neke druge. Često se citira jednačina prema Albi (Albee, 1979), koja glasi:

$$\text{Psihosocijalne smetnje} = \frac{\text{Biološki i sredinski faktori kao faktori rizika}}{\text{Otpornost, sposobnost prevladavanja, izvori pomoći i podrške}}$$

Psihosocijalne smetnje ili psihopatološka ispoljavanja rezultat su odnosa (sadejstva), s jedne strane, raznih rizičnih, a s druge zaštitnih faktora. U složenom djelovanju rizičnih faktora, posebno mjesto zauzimaju zaštitni činioci ili procesi koji se „upliću” u odgovor pojedinaca na nepovoljan uticaj i sprečavaju ili ublažavaju očekivani nepovoljni ishod. Obje grupe faktora, rizični i zaštitni, praktično se ne mogu posmatrati odvojeno, a djeluju u tri dimenzije: individualnoj, porodičnoj i na nivou sredinskih faktora ili okruženja u kojem pojedinac živi.

Efekat ugrožavajućih ili nepovoljnih faktora zavisi od kombinacije tih faktora ili procesa, ali i od osobina djeteta. Najčešći činioci rizika su konfliktna porodična sredina, zlostavljanje, traumatska iskustva, mentalne

bolesti roditelja ili gubitak roditelja, a efekat zaštitnih faktora posebno je primjetan kada djeluju rizični faktori. Kod nekih će prouzrokovati psihofiziološke ili psihosocijalne smetnje, dok kod drugih neće. Faktori rizika povećavaju mogućnost da djeca postižu slabije rezultate u svakodnevnom funkcionisanju. Djeca mogu prevazići mnoge faktore rizika, posebno blaže i umjerene. Opasnost za socioemocionalnu stabilnost i kapacitet za suočavanje sa rizičnim faktorima djece i mladih su rizični faktori koji se akumuliraju i traju u dužem vremenskom periodu. Faktori rizika su kumulativni i često su međusobno povezani. Na primjer, dijete koje živi u siromašnoj socijalnoj sredini može imati lošije obrazovanje, zbog toga može biti uvučeno u opasne aktivnosti grupe vršnjaka što posljedično može dovesti i do školskog neuspjeha i nižih profesionalnih aspiracija. Kada se ovome pridruži izloženost konfliktu među roditeljima, život sa jednim roditeljem, bolesti zavisnosti nekog od roditelja i/ili siromaštvo, čak i dijete sa visokom otpornošću može reagovati sa raznim simptomima u emocionalnom i/ili socijalnom funkcionisanju. Prelazi iz jedne životne faze u drugu takođe su periodi povećanog rizika. Na primjer, osjetljivo i teže prilagodljivo dijete može doživjeti školski neuspjeh prilikom prelaska iz osnovne u srednju školu ili prelaska iz nižih razreda u sistem višepredmetne nastave (šesti razred po sadašnjem sistemu školovanja).

Hronično nepovoljna i rana traumatska iskustva odražavaju se na psihosocijalni razvoj djece i mladih, što je u značajnoj mjeri određeno: prirodom pojedinih neugodnih iskustava, brojem i intenzitetom izazivača stresa, otpornosti djeteta i zaštitnih faktora kod djeteta i porodice (individualna i porodična rezilijentnost) i zaštitnih faktora u zajednici i sredini u kojoj dijete živi.

Tokom razvoja prisutna su razvojna ometanja, na koja su odgovori djece individualni zavisno od njihove sposobnosti prilagođavanja nepovoljnim okolnostima (rezilijentnosti). Dijete se teško može oduprijeti kontinuiranim i negativnim uticajima, bez odgovarajuće pomoći i podrške. Pri pokušaju sistematizovanja potencijalnih izvora rizičnih i zaštitnih faktora, moguće je izdvojiti tri ključne grupe:

- konstitucionalni tip djeteta,
- interakcije unutar porodice,

- interakcije u okviru šire socijalne sredine.

U Tabeli 3 predstavljeni su rizični faktori koji su vezani za osobine djeteta i adolescenta, porodice i sredine u kojoj živi.

Tabela 3. *Rizični činioci (Pearce i Holmes, 1994)*

Dijete	Porodica	Okruženje (sredina)
Specifične poteškoće u učenju (mentalna zaostalost)	Snažan konflikt među roditeljima	Siromaštvo i nizak socijalni status
Genetski faktori	Razdvajanje ili razvod roditelja	Beskućništvo ili nesiguran smještaj
Usporen razvoj	Nedostatak konzistentnog vaspitanja	Diskriminacija, rasizam
Težak temperament	Neprijateljski odnos roditelj–dijete	Nepredvidljive i nepokorive krize
Problemi sa komunikacijom	Zlostavljanje i zanemarivanje	
Hronično stanje	Psihijatrijski poremećaj roditelja	
Slab školski uspjeh	Alkoholizam roditelja ili narkomanija	
Nisko samopoštovanje	Kriminalitet roditelja	
	Slaba mreža prijatelja	

* Cited in Newman i Blackburn, 2002, p. 8

Konstitucionalni tip djeteta

Dijete se rađa sa jedinstvenom organizacijom bio-psihofizioloških funkcija koje utiču na jasno ispoljavanje razlika, što je moguće primijetiti i u najranijem uzrastu, kod novorođenčadi. Specifičnosti ličnih i životnih situacija roditelja utiču na kvalitet roditeljstva, na prirodu dijade majka–dijete i otac–dijete. Primjetno je u svakodnevnom životu da su djeca u istoj porodici vrlo različita i pored toga što imaju zajedničke roditelje i rastu zajedno. Djeca se međusobno razlikuju po urođenim temperamentnim karakteristikama. „Temperament predstavlja jednu od osnovnih karakteristika ličnosti kao cjeline jer opisuje vrstu i stepen njenog emocionalnog reagovanja” (Krstić, 1996). Svako dijete sa svojim

specifičnim stilom reagovanja i drugim temperamentnim ili ličnim osobinama određuje kvalitet i količinu interakcija u sredini, te na taj način oblikuje svoju vlastitu sredinu. Ista porodična sredina ne znači da na svu djecu u toj porodici djeluju isti uticaji i u istoj mjeri (Mikuš-Kos, 1999). Osobine temperamenta u znatnoj mjeri određuju kako će neko odreagovati na stres. Djeca sa „problematičnim temperamentom” su ranjivija i kod njih je veća vjerovatnoća da će se pojaviti različiti problemi u ponašanju (Rutter, 1987). Proučavanje o interakcijama između dječjeg temperamenta i njegove porodične sredine razlikuje dvije grupe djece (Chess i Thomas, 1996): „djeca koja se lako vaspitavaju” (neproblematičnog temperamenta) i „djeca koja se teže vaspitavaju” (problematičnog temperamenta). „Djeca koja se lako vaspitavaju” odlikuju se: prevladavajuće pozitivnim raspoloženjima, ritmičnošću fizioloških funkcija, niskim ili umjerenim intenzitetom reakcija na nadražaje iz sredine, dobrom prilagođenošću na nove okolnosti. Ovoj grupi pripada većina djece, koja u normalnoj životnoj sredini rastu bez većih problema. Kod njih se pojavljuju vaspitni, psihosocijalni i/ili psihopatološki problemi samo ako su izloženi izrazito nepovoljnim uticajima sredine i intenzivnih faktora rizika.

„Djecu koju je teže vaspitavati” odlikuju sljedeće osobine: neregularan ritam bioloških funkcija, spora i slaba adaptabilnost, prevladavajuće negativno raspoloženje, mnogo reakcija povlačenja i izbjegavanja pri novom i nepoznatom. Grupa djece „koja se teže vaspitava“ mnogo je više ugrožena u pogledu pojava raznih vaspitnih problema i psihopatoloških ispoljavanja. Ta djeca imaju već u prvim godinama života znatno više fizioloških, emocionalnih i problema u ponašanju u odnosu na vršnjake koji odrastaju u sličnim sredinama. Teže vaspitljiva djeca su posebno ugrožena u nepovoljnoj porodičnoj sredini. Oni su skloniji ispoljavanju emocionalnih smetnji i neprilagođenih oblika ponašanja. Manje su otporni na stresore, sposobnosti savlađivanja su im slabije i skloniji su raznim psihopatološkim ispoljavanjima. Mladi koji su u ranijim fazama razvoja pripadali grupi „djece koju je teže vaspitavati” obično su skloniji neprilagođenim ponašanjima i psihopatološkim ispoljavanjima u odnosu na djecu koja su primijećena kao „lako vaspitljiva djeca”. Novija istraživanja ukazuju na mogućnost poboljšavanja psihosocijalne prognoze za djecu

„teškog temperamenta” intervencijama koje su fokusirane na interakciju roditelj–dijete (Teerikangas i saradnici, 1998, prema Vulić-Prtorić, 2001).

Hronična stanja kod djece podrazumijevaju tjelesna oboljenja ili pogođenost koja traje više od tri mjeseca i ometaju dijete u svakodnevnim aktivnostima, uobičajenim za njegov uzrast (Wallander i Thompson, 1995, prema Davis, 1998). Hronična bolest vremenski traje sa mogućim kraćim prekidima ili promjenama u intenzitetu, ali se ne može izliječiti. Najčešća hronična stanja kod djece su: dijabetes, astma, epilepsija, cerebralna paraliza i druge. Odnos prema hroničnim bolestima i razumijevanje psiholoških efekata zavisi od stepena razvojne zrelosti u vrijeme dijagnostikovanja osnovne bolesti. Razumijevanje hronične bolesti nije ograničeno kognitivnim razvojem, jer je poznato da i mlađa djeca imaju iskustva i doživljaj hronične bolesti, budući da duge i česte hospitalizacije doprinose smetnjama emocionalnog razvoja (Davis, 1998). Hospitalizacija, medicinske intervencije i tretmani djeluju različito za svako dijete, a što zavisi od: uzrasta, stepena razumijevanja, koping vještina, ozbiljnosti bolesti, kvaliteta bolnica i zdravstvenih usluga, podrške roditelja, porodice i institucija društvenog sistema. Sve informacije o bolesti trebalo bi prilagoditi uzrastu i kognitivnoj razvijenosti djeteta. Što je dijete mlađe, informacije bi trebalo da budu jednostavnije i kraće. Hronično oboljela djeca često i dugo izostaju iz škole, ne uspijevaju da postignu i usvoje školska znanja i vještine predviđene programom, izdvojeni su od vršnjaka i uskraćeni za mnoge razvojne stimulse. Najčešća psihopatološka ispoljavanja kao posljedica hroničnog toka neke od organskih bolesti ili medicinskog stanja češće se pojavljuju kod djece u pubertetu, kada su anksiozna i depresivna stanja u porastu i kod zdravih vršnjaka. Najčešće se zapažaju: depresivni poremećaji različitog intenziteta, poremećaji ponašanja, emocionalne smetnje dok su psihijatrijska oboljenja rjeđa (Vaselić, 2018).

Maladaptivni perfekcionizam predstavlja lično postavljanje visokih zahtjeva i nemogućnost ostvarenja tih visokih ciljeva. Perfekcionizam se smatra poželjnom osobinom i povezuje se sa uspjehom u raznim područjima djelovanja. Najjednostavnija definicija perfekcionizma je: Perfekcionizam je težnja za nepogrešivošću, a perfekcionista su osobe koje žele biti savršene u

svim područjima života (Flett i Hewitt, 2002), Ranije se perfekcionizam posmatrao kao isključivo unidimenzionalan pojam. Međutim, danas je jasno da je perfekcionizam kompleksne prirode. Tako Frost (1990, prema Flett i Hewitt, 2002) navodi šest faktora koji leže u osnovi ovog pojma: visoki lični standardi, nesigurnost, prevelika zabrinutost zbog greške, želja za redom i strukturom, visoka očekivanja i kritičnost roditelja. Prva četiri faktora perfekcionizma odnose se na lične osobine, dok se posljednja dva više odnose na trenutne zahtjeve roditelja.

Slaney i Riceu (2001, prema Flett i Hewitt, 2002) smatraju da upravo ta razlika između posjedovanja perfekcionistačkih ciljeva i pokušaja ostvarenja, tj. održanja tih ciljeva igra ključnu ulogu u razlikovanju adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma.

Porodica i porodični odnosi imaju značajnu ulogu u razvoju, načinima ispoljavanja i razumijevanju perfekcionizma. U praksi nisu rijetki primjeri odličnih učenika koji ispoljavaju razne vidove psihopatoloških ispoljavanja. Izražena perfekcionistačka stremjenja kod učenika mogu pokrenuti razne simptome, kao što su: izbjegavanje škole, školska fobija, anksioznost, depresivnosti, te razni vidovi psihofizioloških reakcija.

Sa novijim saznanjima, kako u istraživačkom tako i u kliničkom radu, nameće se pitanje u kojoj mjeri je perfekcionizam poželjna osobina odnosno kada postaje nepoželjna. Djeca školskog uzrasta i mladi koji postavljaju previsoke, često teško dostižne ciljeve (da postignu odlične ocjene iz svih predmeta, da budu najbolji u svojoj generaciji, da budu najbolji u sportu, muzici i slično), mogu postepeno da razviju maladaptivni perfekcionizam koji će sve više da ih ometa u svakodnevnom funkcionisanju i da se odražava na opšte zdravstveno stanje, u prvom redu ma mentalno zdravlje i čestu pojavu psihofizioloških reakcija.

Aktuelna istraživanja se sve više usmjeravaju na proučavanje opšteg i specifičnog oblika perfekcionizma. Moguće je da se adaptivni i maladaptivni perfekcionizam razlikuju u tome što je adaptivni perfekcionizam vezan samo za neka specifična polja u životu pojedinca, dok je maladaptivni globalan, tj. uključuje sve aspekte života (postignuće, međuljudske odnose, izgled i slično). Maladaptivni perfekcionizam je često udružen sa raznim simptomima kod djece i mladih, najčešće

psihosomatskih. U Tabeli 4 predstavljena su osnovna obilježja adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma i moguće je uočiti razliku između njih.

Tabela 4. *Razlika između maladaptivnog i adaptivnog perfekcionizma*

Maladaptivni perfekcionizam	Adaptivni perfekcionizam
Ne doživljava zadovoljstvo od rada.	Doživljava satisfakciju i zadovoljstvo od rada.
Rigidni i visoko postavljeni zahtjevi.	Prilagođeni standardi situaciji.
Nerealno i nerazumno visoko postavljeni zahtjevi.	Dostižni standardi.
Previše generalizovani visoki standardi.	Visoki standardi su dostižni u odnosu na nivo sposobnosti.
Strah od neuspjeha.	Stremljenje ka uspjehu.
Fokus na izbjegavanju grešaka.	Potreba da se radi ispravno.
Tenzija/anksioznost u odnosu na zadatke.	Opušteno, ali oprezno ponašanje.
Veliki raspon između postignuća i standarda.	Usklađenost između postignuća i standarda.
Osjećaj lične vrijednosti zavisn od postignuća.	Osjećaj lične nezavisnosti od postignuća.
Udružen sa...	Pravovremeno završavanje zadataka.
Motivisanost ka izbjegavanju negativnih posljedica.	Motivacija za postizanjem pozitivnog fidbeka/nagrade.
Ciljevi (postići uspjeh) za samopovećanje...	Postignute ciljeve vrednuju drugi iz soc. sredine.
Neuspjeh je udružen sa oštrom samokritikom.	Neuspjeh vezuje za razočarenje i ponovni pokušaj.
Crno-bijelo mišljanje: perfekcionizam naspram neuspjeha.	Uravnoteženo razmišljanje.
Uvjerenje da jedino treba biti odličan.	Želja za uspjehom.
Kompulzivne tendencije i sumnje.	Razumna očekivanja od aktivnosti (rada).

* Flett i Hewitt, 2002.

Rezultati istraživanja, koje se odnosilo na povezanost somatizacije sa školskim uspjehom kod učenika osnovnih i srednjih škola u Banjoj Luci (N=400), izdvajaju roditeljski kriticism koji je statistički značajno povezan sa subskalom somatizacije ($p < .01$). Oko 19% varijanse somatizacije može se objasniti činiocima perfekcionizma. Visoka očekivanja, kritičnost roditelja i postavljanje visokih zahtjeva vode ka maladaptivnom perfekcionizmu i somatizaciji onih učenika kod kojih je perfekcionizam

prisutan kao predisponirajuća osobina ličnosti (Vaselić, Drobac Pavičević i Zečević, 2018).

Porodica i psihopatološka ispoljavanja

Porodica je značajan faktor razvoja djece i mladih, što potvrđuje većina psiholoških teorija. Međusobni odnosi roditelja i djece i kvalitet njihove emocionalne povezanosti i podrške olakšava funkcionisanje njenih članova i predstavlja zaštitu od uplitanja raznih patoloških oblika ispoljavanja. Jedna od uobičajenih podjela porodica je podjela na potpune i nepotpune. Prema tradicionalnim shvatanjima, nepotpune porodice posmatraju se kao nefunkcionalne i nedovoljno dobre za uspješan razvoj i odrastanje djece, pa time postaju rizični faktor za razna psihopatološka ispoljavanja. Nepotpunost porodice podrazumijeva nedostatak oca ili majke, što narušava porodičnu strukturu i remeti njeno prirodno stanje. Postoji više kriterijuma na osnovu kojih se porodica karakteriše kao nepotpuna. Činjenica da u nekim porodicama nedostaje jedan roditelj nije dovoljna za isključivanje iz grupe porodica koje uspješno ispunjavaju svoje funkcije. Fizička prisutnost roditelja u porodici ne podrazumijeva i njegovu psihološku prisutnost. Tradicionalna podjela, koja porodice razlikuje na osnovu prisustva ili odsustva jednog roditelja, nije zadovoljavajuća i ne odlikava stvarno stanje funkcionalnosti porodice. U potpunoj porodici dolaze do izražaja tri vrste emocionalnih veza: između bračnih partnera, između roditelja i djece, i između same djece. Tamo gdje nedostaje bilo koja od ovih veza, porodicu treba smatrati nepotpunom. Iz toga proističe da je nepotpuna porodica, ne samo ona u kojoj nedostaje jedan od roditelja, već i ona u kojoj su majka i otac prisutni, ali je slaba ili ne postoji emocionalna veza između njih, ili između njih i djece. Psihološka unutrašnjost porodice podrazumijeva dvije važne dimenzije (Piorkowska-Petrović, 1990):

Psihološka dimenzija podrazumijeva psihološko prisustvo i ulaganja svih članova porodice, međusobno uvažavanje i poštovanje, afektivnu vezanost i identifikaciju.

Interaktivna dimenzija podrazumijeva uzajamnu povezanost u procese komunikacije i kontakata koji se odvijaju između članova i ona se mijenja kako izvan tako i unutar porodice, barem za ona očekivanja koja

održavaju granice porodice: učestalost kontakata, njihovu predvidljivost i kvalitet (Gongla i Thompson, 1987, prema Piorkowska-Petrović, 1990).

Jednoroditeljske porodice sve su brojnije u modernom društvu. One se među sobom razlikuju koliko i porodice sa oba roditelja. U nekim potpunim porodicama učešće u svakodnevnom životu praktično ima samo jedan roditelj. Kriterijumi za svrstavanje porodica sa jednim roditeljem i djetetom (djecom) u grupu porodica uopšte, jeste zajednički identitet članova porodice, postojanje pravila za rješavanje konflikata, zadovoljavanje osnovnih potreba članova porodice, emocionalna veza, postojanost međusobne komunikacije i odnosa (Piorkowska-Petrović, 1990). Ovakvo određivanje porodice upućuje da se ne isključuju porodice sa jednim roditeljem iz grupe zdravih, savremenih porodica. Kada se roditelji razvedu, brak kao institucija prestaje da postoji, ali to ne mora da izazove dezintegraciju porodice kao nužnu posljedicu. Nakon razvoda briga o djeci ne prestaje ni za jednog roditelja i sve češći je model tzv. „podijeljenog roditeljstva” koje karakteriše učešće oba roditelja. Porodice sa jednim roditeljem, u današnje vrijeme, normalna su pojava, a sve češće predstavlja lični izbor i životni stil. Nepotpuna porodica je strukturno dezorganizovana, ali ne mora da znači da je u isto vrijeme i dezintegrisana i da je obavezno plodan teren za razna psihopatološka ispoljavanja. Ova obilježja porodičnog funkcionisanja osnova su najfundamentalnijoj dvosmjernoj klasifikaciji na: funkcionalne i disfunkcionalne porodice. Koncept funkcionalnost i disfunkcionalnost ekvivalent je konceptu zdravlja i normalnosti, odnosno bolesti i patologije porodice tako da govorimo o zdravim i funkcionalnim porodicama nasuprot patološkim i disfunkcionalnim porodicama (Whitaker i Keith, 1981).

Koncept funkcionalnosti koristi se često za definisanje normalnosti porodice. Funkcionalno obično znači da porodica funkcioniše i opstaje kao zajednica, obezbjeđuje egzistenciju, rješava probleme, razvija povezanost između članova i teži osjećanju blagostanja.

Koncept disfunkcionalnosti opisuje porodične obrasce koji dovode do pojave simptoma, konflikata i nezadovoljstva njenih članova. Ukoliko u okviru ovog koncepta posmatramo cijelu porodicu, obično se pojavljuje previše patologiziranja i optuživanja članova porodice za nastajanje

problema. Zato je adekvatnije označiti samo određeni obrazac kao disfunkcionalan i potpunije ukazati na nivo sistema u kome je on takav. Poznato je da disfunkcionalnost na jednom nivou može podstaći disfunkcionalnost i na drugim nivoima (na primjer nestabilnost u braku roditelja može biti disfunkcionalna za razvoj djece). Osnovna obilježja patoloških ili disfunkcionalnih porodica su (Lewis, 1976, prema Skinner, 1981):

- vrlo ograničeno osjećanje cjeline,
- suštinska netrpeljivost i međusobno neprihvatanje,
- borba oko afirmisanja sopstvenog modela porodičnog življenja,
- međugeneracijske granice su nejasne,
- razvoj porodice je u zastoju.

U studiji Lewisa i saradnika (Lewis, 1976, prema Skinner, 1981) utvrđene su glavne razlike u strukturi i funkcionisanju tri grupe porodica u odnosu na mentalno zdravlje djece. Tako su izdvojene porodice koje proizvode: a) mentalno zdravu djecu, b) srednje disfunkcionalnu djecu, i c) disfunkcionalnu djecu. S obzirom na predmet proučavanja, ovdje će biti kratko predstavljena obilježja porodica u kojima se najčešće pojavljuju srednje disfunkcionalna djeca koja ispoljavaju poremećaje ponašanja i emocija, a karakterišu ih:

- rigidna kontrola ponašanja i malo dogovaranja pri donošenju odluka,
- roditelji se bore da dominiraju ili su u dominantno-submisivnom odnosu,
- identiteti članova porodice, posebno roditelja, dobrim su dijelom definisani (najčešće kao muški i ženski stereotip), ali po cijenu emocionalne distance i smanjene spontanosti,
- komunikacije odlikuje relativna jasnoća, ali i rigidnost i stereotipnost,
- kontradiktorno ponašanje i nepovjerenje u međusobnim odnosima,
- osnovni emocionalni ton je hostilnost, ljubomora i ograničavanje,
- promjene i gubici praćeni su velikim bolom i teškoćama.

Disfunkcionalnosti u porodici i psihopatološka ispoljavanja

Poznato je da nepovoljna porodična sredina utiče na psihosocijalni razvoj djece, ali je isto tako poznato da većina djece iz nepovoljnih porodičnih i socijalnih sredina, u psihosocijalnom smislu, ostaju mentalno zdrava. Sistemska teorija posmatra porodicu kao cjelinu u interakciji, a psihopatološka ispoljavanja pripisuje prije disfunkciji porodičnog sistema, nego pojedincu koji je samo jedan njegov dio. Planirane ili neplanirane promjene izazivaju stres i remete prirodnu ravnotežu koja je značajna za život svake porodice. Svaka promjena je u izvjesnoj mjeri stresogena i odražava se na funkcionisanje pojedinaca u okviru porodice i porodice kao cjeline-sistema. Stresori za porodicu mogu biti: smrt člana porodice, dugotrajna hronična bolest, dijete sa smetnjama u razvoju, alkoholizam ili bolest zavisnosti nekog od članova porodice, učestale svađe i konflikti između roditelja, svađe između djece i roditelja, promjena škole, razvod roditelja i slično. Prateća pojava stresa je anksioznost i uznemirenost koja stvara ili aktivira već postojeći konflikt. Ukoliko se ne odgovori pravovremeno i kroz konstruktivna rješenja na promjenu koja ima status stresa, pojavljuju se prvi simptomi ili znaci psihopatoloških ispoljavanja. Intenzitet stresa nije jedini, a ni presudni faktor pojave disfunkcionalnosti. Porodica reaguje na stres svojim adaptivnim mehanizmima. Na ishod adaptacije, pored intenziteta i prirode stresa, značajno utiče nivo ranijeg funkcionisanja porodice i kvalitet njenih resursa. Istovremeno, stres i simptom za porodicu predstavljaju rizik od disfunkcije, ali i potencijalnu šansu za promjenu, jer obezbjeđuju prostor i vrijeme koji su potrebni da se promjena bezbjedno odigra tako da može imati i evolutivnu funkciju. Funkcija simptoma u porodičnom sistemu je dvostruka. Prema shvatanju jednog od vodećih porodičnih terapeuta (Salvadora Minuchin, 1974), simptom održava porodični sistem, ili je sam podržavan od porodičnog sistema. Navešćemo samo neke od oblika funkcionisanja u porodici na koje je potrebno obratiti pažnju u kontekstu disfunkcionalnih porodica.

Komunikacija u porodici

Čest izvor konflikata i nerazumijevanja u okviru porodica je komunikacija. Riječ komunikacija odnosi se na razmjenu misli, gestova i osjećanja.

Roditelji su u stalnoj, neprekidnoj komunikaciji i razmjeni sa svojom djecom da bi odgovorili na dječije potrebe. Dobra komunikacija olakšava funkcionisanje porodice i u najtežim prilikama. Komunikacija ima dva nivoa: verbalni (opisni) i neverbalni (metakomunikativni), koji izražavaju odnose između onih koji komuniciraju. Kada se pojave problemi u funkcionisanju porodice, na relaciji roditelji–djeca, u prvi plan izbijaju problemi u komunikaciji. Loša komunikacija stvara napetost i netrpeljivost koja psihološki značajno opterećuje sve članove porodice. Neadekvatna i nedovoljna komunikacija u porodici je povezana sa neadekvatnim i konfliktnim odnosima, što je jedna od važnijih osobina porodica sa problemima. U takvim porodicama komunikacija je često jednostrana, rigidna i/ili blokirana. Roditelji su kruti i uzdržani, češće pričaju zbog ličnih ciljeva, a manje zbog dječjih potreba, postoje teme o kojima se uopšte ne govori. Komunikacija između roditelja i djece često je neodgovarajuća za dijete i za roditelja ili prekinuta, što ostavlja mogućnost za udaljavanje i isključivanje roditelja iz aktuelnog života djece, posebno mladih u osjetljivom periodu razvoja. Kada nema dovoljno pozitivnih komunikacija i povratnih informacija, nema ni mogućnosti rasta i razvoja pojedinaca u takvim porodicama. Česte su roditeljske dileme i pitanja: Kako da razgovaramo? Šta da mu/joj kažem kada na svaku moju riječ burno odreaguje? Iza ovakvih pitanja obično se krije klasični model komunikacije, koji u sebi sadrži implicitno neprihvatanje ponašanja djece, posebno mladih, i nosi u sebi skrivene (obično negativno konotirane) poruke. Karakteristike komunikacije koje se najčešće vezuju za dobro porodično funkcionisanje su otvorenost i jasnoća, a koja je jasno sažeta i promovisana u Gordonovom modelu (Gordon, 1998). Gordonov model komunikacije doprinosi dobrom osjećanju učesnika u komunikaciji i razvija osjetljivost da se prepoznaju potrebe članova porodice i da se međusobno uvažavaju mišljenja i osjećanja. Za razliku od klasičnog modela komuniciranja, Gordon u svom modelu uspješnih odnosa predlaže komuniciranje na osnovu čiste komunikacije, jezika prihvatanja („ja-poruke“), i tehnike aktivnog slušanja.

Jezikom prihvatanja poručuje se djetetu da može slobodno da izrazi svoja osjećanja i probleme i da je prihvaćeno takvo kakvo jeste. Takav pristup smanjuje strah od odraslih i otvara mogućnost samovrednovanja i

mijenjanja. Čista komunikacija je i ona koja je očišćena od nejasnih poruka i netačnih značenja.

Aktivno slušanje je tehnika jezika prihvatanja kojom se, pored slušanja, dekodiraju i provjeravaju informacije dobivene od sagovornika, tako da mu se šalje poruka o tome kako smo ga čuli i razumjeli. Roditelji koji kažu ono što misle i ohrabruju djecu da otvoreno izgovore svoje potrebe i osjećanja, povećavaju spremnost da se grade i slijede pravila u atmosferi povjerenja. Povjerenje u komunikaciji stvara se uvažavanjem međusobnih potreba i interesa svih članova porodice.

Neadekvatni stilovi roditeljstva

Samo prisustvo roditelja uz zadovoljavanje osnovnih egzistencijalnih potreba nije dovoljno. Djeci je potrebna psihološka uključenost u njihove svakodnevne živote, kroz interesovanja za ono što rade, za što se interesuju, šta ih opterećuje. Djeca koja su često kritikovana, ponižavana i omalovažavana od svojih roditelja obično pokazuju osjećanje manje vrijednosti, slabiji školski uspjeh, ličnu nesigurnost, nisko samopoštovanje, češće se povlače u sebe, sklonija su ispoljavanju tjelesnih simptoma. Odbacivanje djece od jednog ili oba roditelja nosi značajan rizik za pojavu psihopatoloških simptoma.

Razvoj u pubertetu i adolescenciji predstavlja privremeni prekid ranijih dobrih odnosa između djeteta i roditelja, posebno majke. Tipično je povećanje sukoba, neuspješnost roditelja u disciplinovanju i kontroli djeteta, te smanjenje roditeljskih ispoljavanja topline i emocija. Mladi koji pokazuju delinkventno ponašanje izazivaju roditeljsko neprijateljstvo, kažnjavanje i povlačenje, a mladi koji razvijaju socijalnu kompetentnost izazivaju roditeljsko zadovoljstvo i podstiču veću nezavisnost.

Djeca koja su kažnjavana agresivnim oblicima ponašanja (verbalnim i neverbalnim) i sama su sklonija poremećajima u ponašanju u vidu raznih oblika agresivnosti ili povlačenja sa pretežno depresivnim raspoloženjima. Istraživanja i klinički izvještaji u brojnim američkim studijama potkrepljuju stanovište da se odbacivanje može uplesti u čitav niz kliničkih poremećaja od neuroze, poremećaja ponašanja, psihosomatskih reakcija, raznih alergijskih reakcija, školskih problema, mucanja, poremećaja tjelesne sheme

pa čak i shizofrenije (Todorović, 2005). Posebno su štetni negativni uticaji iz porodice koji se ponavljaju i traju, te dugoročno dovode do raznih oštećenja i disfunkcionalnosti djeteta.

Prezaštitnička ili hiperprotektivna porodična sredina pretpostavlja preuzimanje većine svakodnevnih aktivnosti koje je dijete spremno da obavi, kao i zaštitu od mogućih uticaja izvan porodice. Takva djeca uglavnom zauzimaju pasivan stav u vidu povlačenja i izbjegavanja kada se nađu u situaciji da se bore za sebe, svoje mišljenje ili poziciju. Roditelji/staratelji često rade umjesto njih, a ne za njih. Ovaj roditeljski stil često se sreće u porodicama djece sa hroničnim stanjima i smetnjama u razvoju.

Jedan od simptoma porodične disfunkcionalnosti je *parentifikacija* koja se definiše kao pritisak odraslih da pretvore djecu i mlade u funkcionalne staratelje na način koji je neprikladan njihovim godinama (Milojković i saradnici, 1997). Na primjer, usljed gubitka oca porodice, maloljetni sin preuzima veći dio roditeljskih obaveza kojima nije dorastao. Parentifikacija nije destruktivna ukoliko predstavlja prolazno pomjeranje u ulogama, ali može postati destruktivna ukoliko osiromašuje dječiji socioemocionalni život i povjerenje u odrasle. Parentifikovano dijete najčešće žrtvuje sopstvene želje i potrebe da bi održalo porodičnu ravnotežu.

Psihopatologija roditelja

Jedan od značajnih rizičnih faktora za psihopatološka ispoljavanja kod djece su različiti oblici psihopatologije roditelja: depresija, bolesti zavisnosti, poremećaji ličnosti, hronične bolesti i dr. Iako neka od navedenih stanja imaju genetsku predispoziciju, mnogi istraživači vjeruju da genetski uticaji ne mogu u potpunosti objasniti negativne efekte roditelja na psihopatologiju djece (Sher, Grekini Villiams, 2005, u Šerifović-Šivert, 2009). Podaci istraživanja ukazuju da većina mentalno oboljelih roditelja živi u stanjima materijalnog siromaštva, slabe socijalne podrške i da nisu u stanju zadovoljiti osnovne razvojne potrebe djece. Djeca, čiji su roditelji označeni kao duševni bolesnici, ne razlikuju se značajnije od djece zdravih roditelja u pogledu školskog uspjeha, socioemocionalnog funkcionisanja i percepcije

budućnosti, ali pokazuju specifične probleme vezane za odnos roditelj–dijete koji je često posljedica neracionalnih i neprimjerenih stavova roditelja u konkretnim situacijama (Dekić, 2004). Djeca depresivnih roditelja su najčešće nesigurno afektivno povezana sa roditeljima (Cicchetti i Toth, 1995) i žive u sredinama u kojima je prisutna velika doza stresa (Hammen, 2002, prema Šerifović-Šivert, 2009). Međutim, uprkos genetskim opterećenjima i nepovoljnim uslovima odrastanja, većina djece ove grupe roditelja razvije odgovarajuće strategije, pretežno koje su orijentisane na rješavanje problema te, uz odgovarajuću pomoć i podršku zdravih članova porodice i institucija, izrastu u funkcionalne odrasle osobe.

Razvod roditelja

U modernom društvu sve je više djece i mladih koji pokazuju određene poteškoće funkcionisanja u svakodnevnim aktivnostima, a koje se mogu povezati sa dugotrajnim bračnim problemima roditelja i razvodom. Razvod roditelja predstavlja traumatsko iskustvo i gubitak za sve članove porodice, a posebno za mlađu djecu koja su u potpunosti zavisna od svojih roditelja. Razvod zauzima značajno drugo mjesto od 43 potencijalno traumatska događaja na Skali socijalnog prilagođavanja (Holmes i Rahe, 1967). Rutter, Taylor i Hersov (1994) ispitivali su razvod braka i gubitak roditelja koji se najčešće smatraju rizičnim faktorom za pojavu simptoma psihopatologije kod djece i mladih. Rezultati su ukazali da su samo u rijetkim slučajevima ova iskustva dovela do dugotrajnih psihopatoloških posljedica. Djeca su osjetljiva na promjene u emocionalnom stanju roditelja i primjećuju kada su roditelji opterećeni emocionalnim problemima vezanim za razvod, a posebno kada jedan roditelj napusti porodicu. Reakcije djece na situaciju razvoda zavise od: uzrasta djeteta, socioemocionalne zrelosti, odnosa sa svakim od roditelja, odnosa između roditelja prije razvoda i tokom razvoda, vještine i empatije u međusobnoj interakciji roditelja i interakciji s djecom, kao i o dostupnoj mreži socijalne podrške u porodici i izvan nje. Postoje velike individualne razlike, ali i neke sličnosti u reakcijama djece određenog uzrasta. Najčešći znaci kojima dijete pokazuje da je razvod uticao na njegov život su: razdražljivost, plač, promjene u osnovnim navikama (san, apetit), povlačenje ili strah da se udaljava iz porodice, nekontrolisano dnevno i/ili

noćno mokrenje, mucanje i drugi. Nakon razvoda većina djece tuguje prolazeći kroz faze ljutnje, poricanja, pregovaranja, tugovanja, do prihvatanja koje omogućava okretanje ka budućnosti. U tom je procesu veoma važno oduprijeti se izazovu da se djetetu gubitak nadoknadi materijalnim stvarima ili posebnim privilegijama, što pojedini roditelji često rade. Emocionalne rane djeca najbolje zacjeljuju uz brigu i podršku bliskih osoba, a ne kroz stvari i materijalna davanja. Većina djece uspješno prevladava razvod roditelja i odraste u zdrave osobe, ali kod neke djece emocionalne poteškoće i posljedice razvoda roditelja prate ih i u odrasloj dobi (Buljan Flander i Karlović, 2004).

Djeca čiji se roditelji razvode, često pomisle da su oni krivi i odgovorni za razvod: da imaju slabe ocjene, da se nisu dobro ponašali, da su se često svađali sa bratom/sestrom, da nisu slušali roditelje i sl. Djeca i njihovo ponašanje nikada nisu krivi za razvod roditelja, jer je to odluka odraslih i djeca ne mogu učiniti ništa da to stanje promijene (Buljan Flander i Zarevski, 2010). Posljedice koje ostavlja razvod roditelja na djecu mogu se posmatrati kao kratkoročne i dugoročne. Kratkoročne posljedice razvoda su brojne i često vrlo prepoznatljive. Međutim, situacija razvoda je hronična stresna reakcija za dijete i posljedice su obično dugoročnije. U kojoj mjeri će dijete iskazivati poteškoće, zavisi dobrim dijelom od ponašanja roditelja. Roditelji mogu otežati situaciju koristeći djecu kao „špijune“ koji prenose informacije o tome šta se događa s drugim roditeljem ili kao „poštare“ kada ne komuniciraju direktno s drugim roditeljem. Posebno je teška situaciju u kojoj se djeci nameće zadatak da izaberu s kojim će roditeljem živjeti. Djeca ne donose odluku o starateljstvu ili kontaktima s drugim roditeljem. Iako se djetetove želje uzimaju u obzir, konačnu odluku donosi sud, a na prijedlog stručne službe Centra za socijalni rad. Veoma je važno omogućiti kontakte sa drugim roditeljem, sa kojim dijete ne živi, iako se roditelji ponekad pitaju treba li kontakte ograničiti s obzirom na to da djeca mogu pokazivati neke promjene u ponašanju prije i nakon kontakta (tužno ili ljutito raspoloženje, izlivi bijesa, odbijanje odlaska ili povratka roditelju/staratelju). Neka djeca ne pokazuju nikakve reakcije na razvod, djeluje kao da nemaju nikakvih poteškoća, ali kako rastu, načini na koji se odnose sa drugima i sudjeluju u odnosima, posebno romantičnim vezama, često odražavaju osjećaje

povezane s razvodom roditelja. Razvod roditelja kod mladih može se odraziti i na stavove o ideji braka, izboru partnera i percepciji sopstvene porodice.

Zanemarivanje i zlostavljanje djece

Razni oblici nasilja nad djecom poznati su od davnina i spominju se još u antičko doba. Ovaj problem je značajnije zainteresovao stručnjake i širu javnost tek nakon objavljenog članka Kempea i saradnika 1962. godine, pod nazivom „Sindrom pretučenog djeteta“, u kojem su opisane kliničke manifestacije fizičke zlostavljanosti kod djece (Melton, 2005, prema Buljan Flander, 2007). Nakon ovog događaja, počelo je sistematsko istraživanje zanemarivanja i zlostavljanja djece i predloženo je nekoliko teorija za objašnjenje nastanka i održavanja zlostavljanja i zanemarivanja koje su uticale na razvoj opštih smjerova istraživanja, te na razvoj programa tretmana i prevencije.

Na osnovu poređenja definicija i određivanja zajedničkih elemenata tih definicija koje se odnose na zlostavljanja i zanemarivanja djece, Svjetska zdravstvena organizacija je 1999. godine predložila definiciju zlostavljanja djece ili zloupotrebe kao „svih oblika tjelesno i/ili emocionalnog lošeg postupanja, polnog zlostavljanja, zanemarivanja ili nemarnog postupanja, ekonomskog ili drugog iskorištavanja, koji nanose stvarnu ili potencijalnu štetu djetetovom zdravlju, preživljavanju, razvoju ili dostojanstvu, u kontekstu odnosa odgovornosti, povjerenja ili moći“ (Krug, Mercy, Dahlberg i Zwi, 2002, WHO).

Zanemarivanje je najčešći oblik zlostavljanja djece, a podrazumijeva nezadovoljavanje neke od djetetovih osnovnih životnih potreba, a može izazvati oštećenje zdravlja. Zanemarivanje može ozbiljno uticati na fizičko i mentalno zdravlje, ali i dovesti do smrti djeteta, naročito ako je zanemarivanje trajalo dugo i ako je počelo u prve tri godine života. Zanemarivanje se u pravilu široko definiše kao nebriga i propuštanje roditelja da zadovolji emocionalne i razvojne potrebe djeteta, uključujući potrebu za odgovarajućom ishranom, odjećom, smještajem, zdravstvenom brigom, obrazovanjem, intelektualnim poticanjem i emocionalnim razumijevanjem (White, Snyder, Bourne i Newberger, 1987). Dakle, za

razliku od zlostavljanja, zanemarivanje je propuštanje da se nešto učini, a ne neposredno nanošenje povrede ili štete djetetu. Ova definicija je široka tako da većina roditelja može sebi postaviti pitanje zanemaruje li povremeno svoje dijete. O zanemarivanju se govori tek kad nedostatak roditeljske brige ugrožava razvoj djeteta i njegovu bio-psihosocijalnu ravnotežu.

Pored zanemarivanja, jedan od rizičnih faktora su razni oblici nasilja nad djecom, koji se, radi bolje sistematizacije i praktičnih razloga, mogu podijeliti na: fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje. U posljednje vrijeme, svjedočenje nasilju u porodici izdvaja se kao poseban oblik emocionalnog zlostavljanja. Kad se govori o ugrožavanju djece u porodici, obično se razlikuje zlostavljanje i zanemarivanje, koji mogu biti fizički i/ili emocionalni. Uz to se kao posebna kategorija ugroženog razvoja djece u porodici ističe seksualno zlostavljanje. U većini studija i istraživanja, kao i u praksi, operacionalizacija tih pojmova nije precizna, oni se međusobno preklapaju, a kriteriji razlikovanja pojedinih oblika ugrožavanja djece u porodici nisu jednoznačni (White, Snyder, Bourne i Newberger, 1987. i drugi). Najjasniji su kriterijumi za procjenu fizičkog zlostavljanja, dok su kriterijumi za definisanje emocionalnog, odnosno psihološkog zlostavljanja ili zanemarivanja, manje precizni. Neki istraživački podaci ukazuju da su ređi prisutni pojedinačni, izolovani oblici nasilja, a puno češće su više njih i međusobno povezani i isprepleteni (Vaselić i Ivanović, 2013).

Fizičko zlostavljanje obično se označava kao ponašanje roditelja koje karakteriše prisutnost neslučajne povrede i iskazivanje otvorene tjelesne agresije prema djetetu. Može uključiti udaranje, gnječenje, paljenje, grebanje, davljenje, vezivanje, izlaganje visokoj temperaturi ili hladnoći, sprečavanje spavanja i drugo. Iako je pri određivanju fizičkog zlostavljanja još uvijek odlučujuća vidljiva tjelesna povreda, u današnje vrijeme sve se više naglašava važnost okolnosti i prirode samog ponašanja roditelja. Promjene u ponašanju djece mogu ukazati na zlostavljanje.

Emocionalno zlostavljanje podrazumijeva uskraćivanje ljubavi tako da se dijete osjeća odbačenim. Roditelji koji emocionalno zlostavljaju svoju djecu skloni su zlonamjernom kriticismu, prijetnjama, ismijavanju, ponižavanju, i ova djeca su često optužena za greške koje nisu počinila. Često se definiše kao hroničan stav ili postupanje roditelja/staratelja koje

ometi razvoj djetetove pozitivne slike o sebi (Killen, 2001). Djeca koja su emocionalno zlostavljana obično imaju umanjenu intelektualnu efikasnost, a u okviru emocionalnog razvoja i funkcionisanja imaju narušene samopoštovanje i samopouzdanje, socijalnu kompetentnost i sliku. Emocionalno zlostavljanje često je udruženo sa fizičkim i seksualnim.

Seksualno zlostavljanje se definiše kao „uvođenje djece i adolescenata u seksualne aktivnosti sa odraslim osobama ili bilo kojom starijom djecom, ako postoji razlika u starosti, veličini i moći, pri čemu se dijete koristi kao seksualni objekt za zadovoljenje potreba zlostavljača, pri čemu dijete nije sposobno da se odupre ili da razborito podnese pristanak zbog neravnoteže moći ili bilo kojeg oblika mentalne, odnosno tjelesne sposobnosti” (WHO SZO, 2002). Prosječan uzrast seksualno zlostavljane djece je između 9 i 10 godina. Dječake su, mnogo češće od djevojčica, zlostavljali nepoznati, dok su djevojčice mnogo češće zlostavljali članovi porodice, često očevi i očusi. Većina zlostavljača su muškarci, 10 ili više godina stariji od žrtve. Dječaci su često zlostavljani od strane starijih adolescenata (Wenar, 2003).

Minhauzen sindrom (MSP) predstavlja poseban oblik zlostavljanja gdje počililac (najčešće roditelj/staratelj) izaziva fizičke ili psihičke znake ili simptome bolesti kod djeteta o kojem se stara, a zatim ga uporno podvrgava medicinskom ispitivanju i liječenju. Ovaj sindrom je teško prepoznatljiv, čak i iskusnim profesionalcima, jer je zamaskiran manipulativnošću roditelja koja je vješto prekrivena izrazitom „brigom i zaštitom djeteta“. Engleski psihijatar Roy Meadow ukazao je na teško dijagnostikovanje ovog poremećaja, koji ima ozbiljne konotacije ne samo u medicinskom, već i u kriminološkom i pravnom kontekstu i uveo ga u stručnu literaturu 1977. godine. Smatra se da je motiv za patološko ponašanje osobe sa MSP sadržan u nesvjesnoj potrebi za posrednim prihvatanjem uloge bolesnika, pri čemu ne postoje ili su sporedni spoljašnji podsticaji, kao što je, na primer, ekonomska dobit. Tok Minhauzenovog sindroma je hroničan, a prognoza loša. Do sada nije opisan konzistentan, efikasan i specifičan program liječenja osoba sa ovim sindromom.

Slučaj 1

Majka, udovica sa dvoje djece, koja je emocionalno i fizički zlostavljala svog devetogodišnjeg sina i šestogodišnju kćerku primoravajući ih da, tokom zadnjih deset godina zajedno s njom, redovno posjećuju zdravstvene ustanove zbog raznih pritužbi na zdravstveno stanje djece (simptomi glavobolje, vrtoglavice, stomačne smetnje, povrede...). Više puta je insistirala da se djeca pregledaju u specijalizovanim ustanovama u Beogradu, takođe su više puta bolnički ispitivani. Medicinski nalazi su uvijek bili uredni i ukoliko je neko od ljekara odbio da upućuje djecu na dalje pretrage ili posumnjao u navode majke, žalila se svim institucijama, čak i predsjedniku države. Majka je bila nezaposlena, bez socijalne podrške sa sumnjama na psihičke probleme i poremećaje koje je negirala i priznavala samo simptome djece. Kod djece je uočena redukovana intelektualna efikasnost i slabiji školski uspjeh, često izostajanje sa nastave zbog ljekarskih pregleda i bolničkih ispitivanja, posebne smetnje su se mogle primijetiti posebno u emocionalnom, a nešto manje u socijalnom funkcionisanju i ponašanju.

Značajne promjene u društvu sa naglaskom na demokratiji i ljudskim pravima doprinijele su da žrtve nasilja slobodnije progovore o svojim iskustvima i da se češće obraćaju institucijama i centrima za socijalni rad, što je dalje podstaklo mnoga istraživanja i održavanja skupova posvećenih ovoj oblasti. Prema Amermanu (1990) mogu se razlikovati tzv. tradicionalni i integrativni modeli objašnjenja ugroženog razvoja djece u porodici.

U tradicionalne modele, koji dominiraju sedamdesetih godina, uvrštava se psihopatološki model (npr. Steele i Pollock, 1968, prema Amerman, 1990), socio-kulturalni (npr. Gelles, 1973; Gil, 1970, prema Amerman, 1990) i socijalno-situacijski (Parke i Collmer, 1975, prema Amerman, 1990). Zajedničko im je da uzroke zlostavljanja traže u jednoj grupi faktora, kao što su psihopatološke osobine roditelja ili stresori iz socijalne sredine. Empirijske provjere tih modela pokazale su da nijedan od njih konzistentno ne karakteriše sve porodice u kojima je evidentirano zlostavljanje djece. Tako, npr. pri provjeri psihopatološkog modela, pokazalo se da iako postoji veza između raznih osobina ličnosti roditelja i

zlostavljanja djece, tek su kod 10–15% roditelja koji zlostavljaju djecu utvrđeni psihijatrijski poremećaji (Ammerman, 1990).

Osamdesetih godina pojavljuju se prvi integrativni modeli koji objašnjavaju ugroženost razvoja djece u porodicama kojima su sažeti činioci rizika u porodici i smatraju da je nasilje posljedica interakcije sociokulturnih faktora i stresora koji proističu iz različitih nivoa društva, porodice, roditelja i samog djeteta (Ajduković i Pečnik, 1994). Ovim modelom se objašnjava, pored fizičkog zlostavljanja djece, i zanemarivanje i psihičko zlostavljanje. Ovo je jedan od rijetkih modela koji nije usmjeren jedino na zlostavljanje djece, već kao rezultat nepovoljne interakcije činilaca rizika navodi, uz tjelesno zlostavljanje djeteta, i zapuštanje i psihološko zlostavljanje. Detaljniji opis modela prikazan je u radu N. Pečnik (1993), a zajedničko im je da svoja objašnjenja zlostavljanja i zanemarivanja u porodici traže u interakciji roditelj–dijete–okolina.

Posljedice zanemarivanja i zlostavljanja djece

Mnoga zlostavljana djeca rijetko se igraju, a kada se igraju često su potištena i djeluju odsutno. Kod nekih je prisutno idealizovanje roditelja zlostavljača (što je rezultat fragmentacije koja dovodi do nemogućnosti realnog procjenjivanja sebe i drugih). Zlostavljana djeca koriste odbrambeni mehanizam disocijacije kako bi se zaštitila od psiholoških posljedica traume. Disocijacija i poricanje omogućavaju djetetu da se u priličnoj mjeri oslobodi simptoma, te da izbjegne sjećanje na zlostavljanje. Moguća je pojava posttraumatske stresne reakcije i samodestruktivnog ponašanja (samoranjavanje, upotreba alkohola, droga, polno rizično ponašanje). Posljedice zlostavljanja javljaju se u više međusobno povezanih područja (Ajduković, 2001):

- neurološka oštećenja,
- oštećenja soci-emocionalnog razvoja,
- socijalnih odnosa,
- mentalnog zdravlja.

Nasilje u porodici jedan je od osnovnih vidova kršenja ljudskih prava. U Republici Srpskoj, 2005. godine, usvojen je Zakon o zaštiti od nasilja u porodici koji ima dvostruku ulogu: neke odredbe propisuju zaštitne

mjere za žrtvu, a druge, sankciju za počinioca. Posebno je važno pružiti zaštitu žrtvama nasilja primjenom niza zaštitnih mjera, kao što su udaljenje počinioca iz stana, kuće ili nekog drugog stambenog prostora, ili zabrana približavanja žrtvi. (Zakon Republike Srpske o zaštiti od nasilja u porodici, br. 01-020-748/05).

Navedeni su samo neki od rizičnih faktora u okviru porodice koji su značajni za nastanak psihopatoloških stanja kod djece. Poznato je da je simptom kod djeteta najčešće odraz porodičnih disfunkcija. U nekim slučajevima, posebno u ranom uzrastu, dovoljno je inicirati promjene u porodici da bi se redukovale ili nestale smetnje i simptomi kod djeteta.

Društvo i psihopatološka ispoljavanja

Sredinsko okruženje u najširem smislu i institucije u koje je dijete prirodno uključeno mogu biti izvor konflikata i raznih vidova psihopatoloških pojava. Uvažavanje socijalnog konteksta znači da posmatramo sistem koji obuhvata pojedinca i porodicu u neposrednom životnom okruženju sa usmjerenjem prema potrebama, individualnim resursima i resursima u zajednici, preprekama korišćenja raspoloživih mogućnosti i otvaranja novih alternativa.

Predškolske ustanove, škole i druge institucije značajne su za sve razvojne faze i odrastanje djece. Pozitivni uticaji iz neposrednog okruženja djeteta značajni su za svu djecu, a posebno za djecu iz disfunkcionalnih porodica i za djecu kojoj porodica ne može pružiti odgovarajuću psihološku podršku i zaštitu. Mnoga djeca žive u krajnje nepovoljnim porodičnim okolnostima koje nije moguće mijenjati (djeca hroničnih alkoholičara ili mentalno bolesnih roditelja i slično). U takvim slučajevima porodični odnosi su najčešće teško poremećeni i nedostupni za terapijske intervencije, pa je moguće usmjeriti preventivnu ili zaštitnu intervenciju u školu, vrtić ili vršnjačku grupu gdje je dijete prirodno uključeno.

Socijalni činioci i kvalitet života određuju upotrebu postojećih resursa u zajednici. Siromašni manje koriste različite stručne službe za djecu, preventivne programe, programe promocije mentalnog zdravlja, obrazovne i kulturne vrijednosti, informacije. Mnoga istraživanja ukazuju da djeca iz siromašnih porodica imaju slabiji pristup raznim rekreativnim i

edukativnim materijalima i aktivnostima od ranog djetinjstva tokom odrastanja: rjeđe idu na izlete, slabije posjećuju biblioteke, muzeje i pozorišne predstave, nemaju mogućnosti za specifičnim podučavanjima iz raznih vještina jer im to porodični prihodi ne omogućavaju.

Tradicionalni medicinski model (dominantno patocentričan) sve više prostora ustupa ekološkom modelu, koji je svoje filozofsko izvorište našao u orijentaciji ka zdravlju i fokusiran je na holistički pristup, tj. na interakciju između čovjeka i njegove okoline. Centralni koncept ekološkog pristupa pojedincu i njegovoj sredini je adaptacija shvaćena kao recipročni odnos koji se temelji na povratnoj sprezi između pojedinca i sredine, pa je cilj rada proučavanje i tretiranje obrazaca njihovih međusobnih odnosa (Vidanović, 1998). U Tabeli 5 ilustrovane su specifičnosti odnosa prema zdravlju i bolesti prema shvatanjima medicinskog i ekološkog modela.

Tabela 5. *Medicinski i ekološki model zdravlja i bolesti*

	Medicinski model	Ekološki model
Osnovno polazište	Proučavanje i tretman bolesti	Proučavanje i promocija zdravlja
Odnos prema bolesti	Bolest kao poremećaj tjelesnog stanja	Loše zdravlje kao izraz neravnoteže između sistema u interakciji
Odnos prema zdravlju	Zdravlje kao odsustvo bolesti	Zdravlje kao izraz optimalnog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja
Uzroci bolesti	Nastojanje da se utvrde specifični uzroci u biohemijском funkcionisanju organizma (redukcionistički pristup)	Uočavanje obrazaca funkcionisanja među faktorima i nivoima uticaja (holistički pristup)
Način intervencije	Obezbjedenje tretmana iz spoljašnjih izvora	Stimulisanje unutrašnjih kapaciteta za prevladavanje bolesti.
Uloga profesionalaca	Nosilac izlječenja	Pomagač koji olakšava proces dostizanja optimalnog zdravlja.
Uloga pacijenta/klijenta	Pasivni saradnik koji prima medicinsku intervenciju.	Aktivni voditelj procesa unapređenja sopstvenog stanja.
Uloga društva	Bolest je privatna stvar; društvo pokriva određene troškove liječenja, kao dio svoje socijalne funkcije.	Zdravlje je interes društva; zajednica je odgovorna za stvaranje zdrave okoline.

* Adaptirano prema Ann Weick, *The Philosophical Context of a Health Model of Social Work*, Socialn Casework, Family Service America, 1986, prema Vidanović, 1998.

Oslanjajući se na orijentaciju ka zdravlju, ekološki model poklanja podjednaku pažnju činiocima ličnosti i sredine, kao i njihovom međusobnom uticaju. Predškolske i školske ustanove zauzimaju značajno mjesto u sistemu podizanja i vaspitavanja djece. Odnosi sa vršnjacima tokom odrastanja imaju različitu ulogu, a najznačajniji su u adolescentnom periodu. U novije vrijeme više pažnje se pridaje vršnjačkim odnosima i više istraživanja je usmjereno u tom pravcu (prijateljstva, omiljenost u društvu, vršnjačko nasilje). Izvor stresa i neprilagođenih oblika ponašanja može postati: vrtić, škola, odnosi sa vaspitačima, učiteljima, nastavnicima i vršnjacima.

Predškolske ustanove su potreba savremene porodice i predstavljaju oblik institucionalnog zbrinjavanja djece za vrijeme radnog vremena roditelja. Zbrinjavanje djece u ustanove ima izvjesne prednosti, jer smanjuje zabrinutost i strahovanja roditelja, mogućnosti socijalizacije su veće i raznovrsnije, a iskustva stečena u grupi sa drugom djecom i vaspitačima su dragocjena. Međutim, boravak u ustanovama za djecu može imati i negativnih pojava (Soulé; Noel, 1985, prema Tadić, 2000). Jedna od njih je i prekid odnosa su značajnim članovima porodice, posebno na uzrastu između prve i treće godine života, kada je visoka osjetljivost na odvajanje.

„Ova vrsta socijalizacije djeluje nametnuto, nediferencirano, jednoobrazno i može sputavati i osiromašiti ličnu kreativnost i jačanje pojedinačnog identiteta u korist masovnog i opšteg društveno određenog i usmjerenog identiteta. U grupama se nameću jednoobrazni modeli ponašanja i sva djeca u isto vrijeme zadovoljavaju fiziološke potrebe, odlaze na spavanje u iste krevete. U našim predškolskim ustanovama uglavnom su zaposlene žene, te su mogućnosti sa poistovjećivanjem sa oba pola umanjene. U svakodnevnom životu većinu vremena u toku dana djetetu nije ponuđen svijet odraslih oba pola“ (Tadić, 2000, str. 114).

Potencijalne krize u toku školovanja

Tokom osnovnog i srednjeg školovanja, u psihološkom smislu, za dijete su veoma važna tri vremenska događaja koja su povezana sa sveukupnim

razvojem. To su potencijalno krizna razdoblja u toku školovanja (Daneš, 2003):

– *Polazak u osnovnu školu*, za dijete predstavlja ulazak u svijet novih kognitivnih, emocionalnih i socijalnih iskustava. Socioemocionalna zrelost i kompetentnost djeteta ima značajniju ulogu u procesu prilagođavanja. Većina djece uspijeva da se prilagodi ovim zadacima i zahtjevima i da se uključi u proces školovanja. Djeca koja su barem jednu do dvije godine bila uključena u neki od predškolskih programa i koja su imala iskustva odvajanja od porodice znatno brže i uspješnije se prilagođavaju školskoj sredini. Manji broj djece ispoljava probleme vezane za odvajanje od roditelja i strahove od nepoznatih osoba.

Osnovna škola predstavlja miran period razvoja za većinu djece. Školske godine znače vrijeme stabilnog i ravnomjernog rasta, sa kontinuiranim poboljšanjem fizičkih i motornih vještina. Najčešća psihopatološka ispoljavanja kod djece osnovnoškolskog uzrasta su emocionalne smetnje, separaciona i drugi oblici anksioznosti, razni strahovi (školska fobija, strah od procjenjivanja i druge), mucanje, školski neuspjeh, psihofiziološke reakcije, hiperaktivnost (ADHD poremećaj) i drugi.

– *Polazak u srednju školu* predstavlja najburniju fazu odrastanja s porastom odgovornosti za svoje postupke. Promjena sredine za neku djecu može biti izvor stresa jer se pred njih postavlja mnogo nepoznatog i novog: novi drugovi i nastavnici, borba za socijalni status u novom nesigurnijem i složenijem socijalnom okruženju.

Srednja škola predstavlja razvojno burno razdoblje. U ovom razvojnom periodu dešavaju se značajne fizičke i psihičke promjene i česte promjene raspoloženja. Ovo razdoblje je neodvojivo od pojmova pubertet i adolescencija čiji je krajnji cilj konačna faza razvoja ličnosti. Tokom srednjoškolskog obrazovanja najčešća psihopatološka ispoljavanja su: maladaptivni oblici ponašanja, anoreksije, bolesti zavisnosti, anksiozno-depresivna stanja i reakcije, psihosomatske reakcije, neurotski perfekcionizam i drugi. Navedena stanja najčešće se negativno odražavaju na školski uspjeh.

– *Završetak školovanja* i donošenje životne odluke o profesionalnim usmjeravanju i daljmem školovanju ili radnom angažovanju.

Ova prelazna razdoblja tokom školovanja mogu se smatrati potencijalno kriznim, jer je dijete osjetljivije i emocionalno ranjivije na nove i nepoznate životne situacije iz neposrednog socijalnog okruženja. Psihološki tok sazrijevanja ličnosti usložnjava se ukoliko se u ovom periodu dogode traumatski događaji, individualne ili porodične krize.

Stavovi i očekivanja učitelja mogu posredno da doprinesu školskom neuspjehu i problemima u ponašanju. McLoyd (1998) smatra da učitelji i nastavnici imaju tendenciju da učenicima nižeg socijalnog statusa pružaju manje pozitivne pažnje i manje ih pohvaljuju za dobre rezultate, a prilikom ocjenjivanja postoji tendencija ka nižem vrednovanju. Tokom vremena frustracije, povezane sa školskim neuspjehom i negativnom razmjenom sa učiteljima, povećavaju vjerovatnoću poremećaja ponašanja, depresije ili agresivnosti kod neke djece.

Neuspjeh u školi jedan je od najčešćih razloga koji dovode do poremećenih odnosa između roditelja i djece, posebno u višim razredima. Neuspjeh u početku školovanja obično je povezan sa nižim intelektualnim sposobnostima, zdravstvenim smetnjama i neprilagođenosti učenika na grupu djece. U višim razredima neuspjeh je češće povezan sa izostancima iz škole, slabom motivacijom, neredovnim i nedovoljnim učenjem, čestim promjenama u školi i slično. Česte promjene učitelja, nedovoljna i/ili neodgovarajuća saradnja roditelja i učitelja doprinose slabijoj motivaciji i slabijem školskom uspjehu. Višepredmetna nastava, koja postaje aktuelna od šestog razreda, stvara teškoće većem broju učenika. Tada učenici stiču prva iskustva sa neuspjehom koji može uticati na dalji tok školovanja i podstaknuti negativna osjećanja koja se ispoljavaju u vidu tuge, depresivnih raspoloženja, povlačenja i izolacije, straha od reakcije roditelja, uznemirenosti, izbjegavanja razgovora o školi i/ili odlaska u školu. Neuspjeh u školi nije uvijek posljedica slabijih intelektualnih sposobnosti. Poteškoće u socioemocionalnom razvoju djeteta, kao i funkcionisanju porodice i sredine u kojoj živi, često značajno doprinose školskom neuspjehu. Neki učenici pokazuju slab uspjeh u školi, ali su uspješni u raznim vanškolskim aktivnostima. Slaba motivacija učenika je jedan od mogućih razloga školskog neuspjeha, kao i stavovi roditelja u vidu nerealnih i visokih zahtjeva, neuključenosti u školski život djeteta ili previše

angažovanja u školskim aktivnostima. Česti su primjeri roditelja koji sate i sate provode učeći zajedno sa djetetom. Kod takve djece često je motivacija vrlo niska i pored školskog neuspjeha pojavljuju se i druge smetnje u ličnom i porodičnom funkcionisanju. Sa školskim neuspjehom povezani su poremećaji ponašanja, deficit pažnje i hiperaktivnost.

Izbjegavanje škole može se ispoljiti kroz odsustvovanje sa pojedinih časova, odsustvovanje na nekoliko dana, a u rjeđim slučajevima i nekoliko mjeseci. Uzroci povremenih izbjegavanja su najčešće: strah od slabih ocjena i ocjenjivanja, znak solidarnosti sa grupom djece kojoj pripada, nezadovoljene potrebe za igrom, sportskim aktivnostima, nezainteresovanost i osjećaj dosade na pojedinim časovima. Učenici viših razreda koji ispoljavaju probleme u ponašanju skloniji su čestim izostajanjima iz škole. Kod ovih učenika je smanjeno osjećanje odgovornosti i motivacija za školske aktivnosti. Oni se često uključuju u neformalne grupe sa sličnim ponašanjima. Djeca koja bježe iz škole često bježe i od kuće i porodice formirajući iskrivljen sistem vrijednosti sa sklonostima sitnim krađama i nedruštvenim oblicima ponašanja. Porodice ove djece često su nefunkcionalne, razorene, ili su roditelji nedovoljno uključeni u aktivnosti i život svoje djece.

Odbijanje odlaska u školu najčešće je jedna od prolaznih smetnji prilagođavanja za većinu učenika. Međutim, uporno i dugotrajno odbijanje odlaska u školu je znak ozbiljnijih smetnji koje se mogu ispoljiti u vidu izražene anksioznosti, depresivnosti, psihofizioloških reakcija ili školske fobije. Djeca sa ovim poteškoćama prethodno su, u većini slučajeva, bila primjerna učenici u ponašanju i učenju, često i najbolji u razredu. Odbijanje odlaska u školu može početi postepeno u vidu raznih simptoma i psihofizioloških reakcija (glavobolje, stomačni bolovi, povraćanje), ali isto tako može započeti iznenada. Razlozi odbijanja odlaska u školu mogu biti povezani sa neugodnim ličnim doživljajima i događajima u školi. U nekim slučajevima dijete nema objašnjenja za neodlazak u školu. Uglavnom se povlače u „svoj svijet“, izbjegavaju razgovore o školi i moguće susrete i kontakte sa djecom iz razreda jer im pojačavaju osjećanja krivice i straha. Roditelji ove djece su iznenađeni, zabrinuti i spremni su da traže pomoć, ali često ne prepoznaju težinu psihičkog stanja djeteta i stvarni problem, te je za

njih osnovna „pomoć“ djetetu da opravdaju izostanke sa nastave, traže premještanje djeteta u drugo odjeljenje ili drugu školu. Problemi se na ovaj način ne rješavaju, jer su složeniji i zahtijevaju profesionalnu pomoć uz obavezno uključivanje i podršku roditelja i nastavnika.

Nepovoljna rana (adverzivna iskustva) iz djetinjstva

Adverzivna iskustva (prema Vaselić i Ivanović, 2018, nepovoljna rana iskustva) djece se obično vezuju za različite oblike nasilja kao i druga nepovoljna rana iskustva koje dijete može doživjeti u porodici, vrtiću, školi, sa vršnjacima ili u nekoj drugoj sredini. Podaci istraživanja ukazuju da što je više nepovoljnih iskustava to je veći negativni uticaj na zdravlje: dva i više nepovoljnih iskustava povezuju se sa somatskim problemima (Flaherty, Thompson, Dubowitz, Harwey i saradnici, 2013). Intenzivno empirijsko izučavanje štetnih posljedica koje mogu da proizađu iz ovih iskustava tokom razvoja započelo je početkom devedesetih godina sa tzv. Studijom adverzivnih iskustava iz djetinjstva, skr. ACE (engl. Adverse Childhood Experiences Study) (Dube, Williamson, Thompson, Felitti, & Anda, 2004; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson i saradnici, 1998; Koss i Marks, 1998; Larkin, Shields i Anda, 2012). Ova longitudinalna studija je nastala kao rezultat saradnje američke zdravstvene organizacije Kaiser Permanent (engl. Kaiser Permanente) i Centra za prevenciju i kontrolu bolesti (engl. Center for Disease Control and Prevention). Na velikom uzorku preko 13 hiljada osoba, ustanovljena je pozitivna korelacija između broja različitih adverzivnih iskustava koja su, prema vlastitim navodima, ispitanici doživjeli u djetinjstvu i mladosti, sa brojnim ponašanjima i ishodima koji su negativni po psihofizičko zdravlje i dobrobit (Golubović, 2020). Rezultati ACE studije pokazali su da je uticaj adverzivnih iskustava na zdravstveni status osobe jak i kumulativan – što je veći broj doživljenih različitih vrsta adverzivnih iskustava, to je proporcionalno veća vjerovatnoća za javljanje psihofizičkih problema (Anda, Felitti, Bremner, Walker i saradnici, 2006; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson i saradnici, 1998; Larkin, Shields i Anda, 2012).

Iako se pod adverzivna iskustva iz djetinjstva može podvesti veliki broj različitih događaja, ACE studija je, na osnovu kombinacije postojećih

istraživačkih nalaza i ekspertskog konsenzusa vodećih istraživača iz oblasti, kao najvažnije identifikovala sljedećih 10 kategorija adverzivnih iskustava, doživljenih tokom prvih 18 godina života (Dube i saradnici, 2004; Larkin et al., 2012; Moore i Ramirez, 2016): emocionalno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje, fizičko zanemarivanje, razvod roditelja, porodično nasilje, zloupotreba supstanci u porodici, duševni poremećaji u porodici, član porodice u zatvoru.

U istraživanju provedenom u BiH na uzorku od 1326 djece uzrasta od 10 do 14 godina ispitana je povezanost adverzivnih iskustava (u ovom radu je korišten termin rana nepovoljna iskustva u djetinjstvu) i kvaliteta života djece. Ova iskustva su prepoznata kao rizičan faktor za fizičko i mentalno zdravlje adolescenata i odraslih. Rezultati su pokazali da je 23% ispitanika doživjelo jedno ili više nepovoljnih iskustava. Pet najučestalijih nepovoljnih iskustava od deset istraživanih su: razvod roditelja, emocionalno zanemarivanje, emocionalno zlostavljanje, fizičko zanemarivanje i zlostavljanje.

Rezultati ukazuju na međusobnu povezanost više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu da postoji razlika u procjeni kvaliteta života djece sa i bez nepovoljnih iskustava. Samoprocjena kvaliteta života opada sa povećanjem broja nepovoljnih životnih iskustava na svim uzrastima, tako što umanjuju opšti kvalitet života. Djevojčice i dječaci se ne razlikuju značajno u pogledu učestalosti nepovoljnih iskustava (Vaselić i Ivanović, 2018).

Finkelhor, Shattuck, Turner i Hamby (2015) predložili su reviziju/dopunu postojećih 10 ACE kategorija, uvođenjem četiri dodatne kategorije adverziviteta: vršnjačka viktimizacija, izolacija i odbacivanje, nasilje u socijalnoj zajednici, nizak socioekonomski status. Zahvaljujući dodavanju tih kategorija, demonstrirali su značajno bolju predikciju mentalnih i fizičkih zdravstvenih poteškoća na dječijem i adolescentnom uzrastu.

Negativne posljedice adverzivnih iskustava intenzivno i u širokom spektru se očituju već na dječijem uzrastu (Bethell, Newacheck, Hawes i Halfon, 2014), ali nisu na njega ograničena, već perzistiraju i tokom odraslog doba.

Školsko i vršnjačko nasilje

Nasilje postaje, sve češće, tema svakodnevnih aktivnosti, a vezana je za međusobne odnose i komunikaciju učenika, nastavnika i roditelja. O nasilju govorimo kada postoji podatak o ponašanju kojim je neko od učesnika namjerno i neopravdano nanio štetu drugome, verbalno ili neverbalno. Glavni kriterijum za procjenu intenziteta nasilja je vrsta i veličina štetnosti.

„Učesnici (bilo da su nasilnici ili žrtve) u toj interakciji pojavljuju se kao nosioci uloga dodijeljenih im unutar školske strukture. Takva uloga postaje najdominantnija dok se akteri nalaze u prostoru škole, ali se ne vezuje samo za školski prostor, interakcija iz tih uloga može se produžiti i van škole“ (Popadić, 2009, str. 12).

Vršnjačko nasilje ili nasilje među djecom uvijek je bilo prisutno, ali se smatra da nasilja danas ima više nego u prethodnim generacijama, da je brutalnije i unaprijed planirano. Za pojavu vršnjačkog nasilja odomaćio se termin *buling* (eng. *bullying*), koji se upotrebljava u skandinavskim i germanskim jezicima. Prema shvatanju Popadića, (2009) najbliže pojmovno određenje u našem jeziku je siledžijstvo. Najčešće je verbalno nasilje, vrijeđanje i ponižavanje, dok je fizičko nešto manje zastupljeno. Nasilje među vršnjacima može se odrediti na sljedeći način: učenik je zlostavljan ili viktimiziran kada je ponavljano i trajno izložen negativnim postupcima od strane jednoga ili više učenika (Olweus, 1998). Ova definicija naglašava negativno (agresivno) djelovanje koje se ponavlja kroz duži vremenski period. O vršnjačkom nasilju (*bullyingu*) se radi samo ako su uključena tri osnovna elementa (Olweus, 1998):

- negativni postupci,
- asimetričan odnos snaga,
- da bi se neki negativan postupak smatrao nasiljem mora se ponavljati i biti trajan.

Zadirkivanja u sklopu igre, relativno prijateljske naravi, tuče kao igra, borbeni sportovi, povremeni beznačajni sukobi između učenika ne smatraju se nasiljem u školi. Na individualnom nivou djeca koja su sklona nasilnom ponašanju često pokazuju povišen nivo latentne i/ili manifestne agresivnosti, kao i izloženost specifičnim uslovima odrastanja tokom

određenog perioda života sa brojnim stresorima: razvod roditelja, alkoholizam roditelja, hronične bolesti članova porodice i mnogi drugi.

Rezultati istraživanja ukazuju na podatke da djeca koju su roditelji/staratelji emocionalno i fizički zlostavljali i koja su prisustvovala i gledala nasilje u sopstvenim porodicama, u većem broju zlostavljaju svoje vršnjake i u povećanom su riziku od kasnijeg nasilništva. Olweus (1998) je utvrdio u brojnim istraživanjima da roditeljski stil i uslovi odrastanja djeluju na stvaranje nasilnika. Djeca, čiji su roditelji popustljivi i tolerantni prema iskazivanju agresije, podstiču agresivnost i uvećavaju opasnost od kasnijeg nasilnog ponašanja.

Dosadašnja istraživanja su ukazala da postoji veći broj tipičnih obilježja, odnosno faktora rizika da određeno dijete postane žrtvom nasilja. Zavisno u kojoj kombinaciji se činioci rizika pojavljuju i kako se djeca suočavaju sa doživljenim nasiljem, razlikuju se dvije kategorije žrtava: pasivne (podložne) i provokativne.

Pasivne (podložne) žrtve karakteriše više opštih obilježja (Olweus, 1998): fizički slabija djeca od svojih vršnjaka; fizički nespretnija u igri i sportovima (odnosi se na dječake, ali ne i na djevojčice); nedostatak samopoštovanja i negativna slika o sebi; nisu nasilna i ne zadirkuju drugu djecu i ne postaju žrtve nasilja zato što izazivaju svoje vršnjake, u školi su uglavnom usamljena i najčešće nemaju nijednog dobrog prijatelja; imaju slabije razvijene socijalne vještine, nedostatak asertivnosti (ne znaju „zauzeti za sebe“), manjak sigurnosti da potraže pomoć, manje podrške od strane nastavnika i drugih učenika; kada su izložena nasilju ne odgovaraju nasiljem, češće trpe i nesigurna su da traže pomoć i zaštitu odraslih. Često su to djeca sa smetnjama u razvoju i imaju želju da se uklupe na bilo koji način.

Provokativne žrtve karakteriše kombinacija istovremeno uplašanih i agresivnih obrazaca ponašanja. Za ovu grupu žrtava, Olweus (1998) je ustanovio i sljedeća obilježja: razdražljivost, poteškoće s koncentracijom, često prisutna hiperaktivnost, anksioznost, nasilnost, tendencija ka izazivanju i zlostavljaju slabijih učenika, kao i tendencija ka agresivnim odgovorima na nasilje. Istraživanja koja se bave ovim problemom kod nas su još vrlo rijetka.

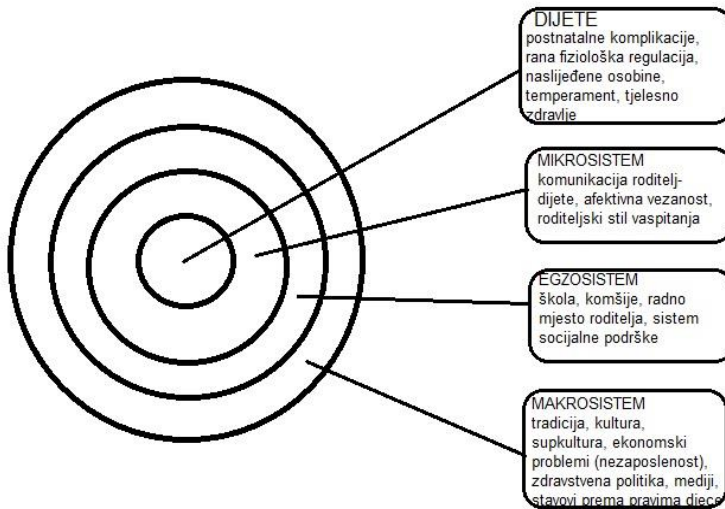
Rezultati istraživanja koje je provedeno u Zagrebu na uzorku djece koja su bila žrtve nasilja, uzrasta 10 do 14 godina (N=1058), su pokazali da su pasivne žrtve u podjednakoj mjeri dječaci i djevojčice, a provokativne su žrtve znatno češće dječaci. U nižim razredima podjednak je broj pasivnih i provokativnih žrtava, dok je u višim razredima značajno veći broj provokativnih žrtava. Provokativne se žrtve u školi osjećaju slabije, ali ne i manje prihvaćeno (Profaca, Puhovski i Luca Mrđen, 2006).

Socioekonomski status porodice

Socioekonomski status porodice i društva predstavlja jedan od potencijalno rizičnih faktora ukoliko ne osigurava zadovoljenje osnovnih potreba djeteta. Djeca niskog socioekonomskog statusa imaju manje stimulusa i mogućnosti od svojih vršnjaka sa višim socioekonomskim statusom. Slabija stimulacija u porodici povezana je i sa brojem članova domaćinstva. Socioekonomski status uključuje porodične prihode, obrazovanje roditelja, profesionalni status, stambene uslove, pristup resursima u zajednici (sportski, kulturni i drugi sadržaji). Socioekonomski status se može odraziti na kognitivni i socioemocionalni razvoj usljed nedostupnosti raznovrsnih resursa i podsticaja razvoju. Dostupnost raznovrsnim resursima omogućava veće mogućnosti za intelektualni i akademski uspjeh djeteta. Porodice niskog socioekonomskog statusa doživljavaju više prijetećih, nekontrolisanih i destabilišućih životnih događaja kao što su: nezaposlenost roditelja, raspad porodice, česte selidbe, stalne ekonomske teškoće, slabija zdravstvena zaštita i slično. Takođe, povećava se vjerovatnoća zlostavljanja partnera i djece. Navedena stanja predstavljaju hroničan pritisak koji može voditi nižem samovrednovanju, ličnoj nesigurnosti i osjećanju slabe kontrole nad vlastitim životom.

Prema ekosistemskom pristupu, na razvoj djece i pojavu psihopatologije utiču mnogi sredinski činioci. Oni se mogu posmatrati na nekoliko nivoa: predškolske, školske, zdravstvene i socijalne institucije, religija, sport, kultura, običaji itd. Svi navedeni aspekti ne djeluju izdvojeno i treba ih razmatrati u interakciji sa mnogim drugim koji ovdje nisu razmatrani. Još uvijek se ne poznaju dovoljno njihova djelovanja na pojedine oblike psihopatoloških ispoljavanja. Ukoliko postoje intenzivni i

dugotrajni negativni uticaji, kod djeteta se mogu pojaviti razni oblici neprilagođenog ponašanja i smanjene funkcionalnosti.



Slika 3. Bronfenbrennerov model ekološke integracije (prema Vulić-Prtorić, 2001, str. 174)

Jedan od poznatih modela koji naglašava integraciju različitih faktora u njihovom djelovanju na razvoj psihopatologije je Bronfennbrennerov model ekološke integracije. Prema ovom modelu potencijalni izvori dječije i adolescentne psihopatologije djeluju u složenoj interakciji, a mogu se posmatrati u okviru četiri nivoa što je predstavljeno na Slici 3.

REZILIJENTNOST I ZAŠTITNI ČINIOCI

Zaštitni činioci i procesi su aktivnosti koje povećavaju otpornost i sposobnost prevladavanja rizičnih faktora i nepovoljnih životnih situacija. Njihovi izvori su u pojedincu (djetetu), porodici, školi, drugim sredinama, u širem društvu; svuda gdje su mogući i rizični činioci. U životu se ne pojavljuju izolovano, nego u interakciji sa pojedincem, njegovom užom sredinom, društvenim kontekstom i konkretnom situacijom. Značajni izvori zaštitnih (protektivnih) faktora za djecu izloženu različitim stresorima su kombinacija tri osnovna konstrukta: ličnost (posebno kognitivne vještine i stilovi), porodica (visoka toplina/nizak kriticism) i socijalna sredina (odsustvo hroničnih životnih stresova i mogućnosti za značajne socijalne uloge). Efekat zaštitnih faktora obično je indirektan i nemaju sami neposredan uticaj na zbivanje.

Najčešće se pominju sljedeći zaštitni činioci koji se odnose na dijete: dobro zdravlje, viši nivo kognitivnih sposobnosti, uspjeh u školi, vještine komuniciranja, socijalna snalažljivost i spretnost, empatija, realno planiranje i slično

Takođe, značajni su i zaštitni činioci koji potiču iz porodice, a odnose se na postojan i čvrst emocionalni odnos sa roditeljima, stabilna i podsticajna porodica, bliski i podržavajući odnosi sa braćom/sestrama i sa drugim članovima unutar porodice.

Socijalni oslonac, van porodice kao što su rodbina, učitelji, vršnjaci i prijatelji su za neku djecu vrlo značajni zaštitni činioci, posebno onu djecu čiji su zaštitni činioci unutar porodice slabi. Institucije u koje je dijete prirodno uključeno takođe mogu biti zaštitni činioci (škola, sportska udruženja i slično). Otpornost pojedinog djeteta i uspješno prevladavanje životnih nedaća zavisi od kognitivnih sposobnosti, socijalne odgovornosti, doživljaja vlastite uspješnosti, pozitivne slike o sebi, samopouzdanja i samopoštovanja, temperamenta. Kao što vidimo, zaštitni činioci, činioci

otpornosti i prevladavanja stresa međusobno se prepliću i ponekad označavaju istim terminima.

Strategije prevladavanja stresa

Prevladavanje trauma i hronično nepovoljnih događaja je proces na psihološkom i socijalnom nivou, u kojem se dijete koristi unutrašnjim i vanjskim izvorima. To su strategije za uspješno intrapsihičko i socijalno djelovanje. Pojam prevladavanja uključuje fleksibilnu upotrebu emocionalnih, kognitivnih, relacijskih i aktivnosnih napora za kontrolu i bar djelimično upravljanje situacijom koja ugrožava pojedinca ili grupu te prijeti da će srušiti ravnotežu i odgovarajuće djelovanje pojedinca ili sistema (Masten, 1990, prema Garmezy i Masten, 1994). Na proces prevladavanja utiču, pored unutrašnjih i vanjskih izvora, i socijalni sistemi u kojima dijete živi i cjelokupni kontekst zbivanja. Za prevladavanje je važna dječija percepcija, subjektivna ocjena zbivanja i individualna pogođenost zbivanjem. Strategije i vještine prevladavanja trauma su preduslov pojavi otpornosti. Dječije strategije prevladavanja zavise od: uzrasta, temperamenta, ranijih iskustava, kognitivnog stila, porodičnih strategija prevladavanja problema, dječijeg uzora, podrške socijalnog sistema i konteksta svakodnevnog života. U prevladavanju stresa koriste se različite strategije, a Folkman i saradnici ističu dvije vrste (Berger, 2002):

- strategije usmjerene na rješavanje problema (usmjerenost na neku konstruktivnu aktivnost u vezi stresnog događaja bilo da je on protumačen kao povreda, prijetnja ili izazov),
- strategije usmjerene na emocije (ulaganje napora da se prevladaju emocionalne posljedice stresa).

Mladi više koriste strategije usmjerene na emocije, a odrasli strategije usmjerene na rješavanje problema. Ryan-Wenger (1992) navodi sljedeće strategije prevladavanja stresova i trauma kod djece: izbjegavanje, odlaganje, kognitivno rješavanje problema, emocionalna ekspresija, traženje informacija, suočavanje, traženje socijalne podrške, izolacija, agresivne aktivnosti i druge.

Strategije prevladavanja su situaciono specifične, što znači da jedna ista strategija u različitim situacijama daje različite efekte, a iskustva

ukazuju da korištenje multiplih strategija često daje najbolje rješenje za prevladavanje bar nekih vrsta stresora (Berger, 2002).

Socijalna podrška, posebno kod djece i mladih, značajan je zaštitni faktor i pomaže im da uspješnije prevladaju posljedice stresora.

Granice rezilijencije

Tradicionalni pristup bio je fokusiran na porodični deficit i patologiju, a koncept rezilijentnosti ili otpornosti usmjeren je na zaštitne faktore, njihove mehanizme i procese. Pojave i događaji koje ovi pojmovi označavaju djelimično se prepliću ili su međusobno usko povezani. Činioci rezilijentnosti povećavaju vjerovatnoću da će se djeca oduprijeti ili oporaviti od stresora kojima su bila izložena. Pozitivan razvoj djeteta nije jednostavno pitanje smanjenja ili uklanjanja faktora rizika i promovisanja rezilijencije. Koncept rezilijentnosti predstavlja prekretnicu jer je usmjeren na uspješno prevladavanje poteškoća, na snage i resurse porodice, nudeći djelimičan odgovor na pitanje kako i zašto mnoga djeca i njihove porodice uspješno savladaju ekstremne traume, gubitke i osujećenja. Koncept individualne rezilijentnosti, čiji je fokus na biološkim i drugim osobinama ličnosti u riziku i/ili činiocima, prethodio je konceptu porodične rezilijentnosti čiji je fokus na porodičnim relacijama. Walsh (1998) definiše koncept rezilijentnosti kao sposobnost porodice da se odupre krizama i oporavi. McCubbin (1998) definiše rezilijentnost kao skup pozitivnih bihejvioralnih obrazaca i funkcionalnih kompetencija koje pojedinac ili porodica demonstriraju u stresnim okolnostima, a koji određuje sposobnost porodice da se oporavi i da se istovremeno sačuva integritet, na dobrobit svojih članova i sebe kao cjeline. Sve porodice posjeduju potencijal za rezilijentnost (Gačić i Majkić, 2000). Koncept porodične rezilijentnosti rezultat je dugogodišnjeg rada istraživača i kliničara među kojima su: Walsh, 1998, Bowen, 1978, Minuchin, 1992. i drugi. Koncept rezilijentnosti istraživala je ekipa beogradskih stručnjaka u kriznim devedesetim godinama i ugrađen je u Beogradski eko-sistemska model (Gačić, 1996, Mitić, 1997, Vlajković, 1992, i drugi).

Međunarodni projekat rezilijentnosti, u kojem su prikupljeni podaci iz 30 zemalja, opisuje rezilijenciju kao „univerzalni kapacitet koji

omogućava licu, grupi ili zajednici da prevenira, smanji ili prevaziđe štetne efekte nedaća“ (Grotberg 1997:7, prema Newman, 2002). Kako je taj izvještaj zahtijevao zajedničko razumijevanje korišten je neklinički jezik i definicija: rezilijentna su ona djeca koja su spremnija da se odupru stresu i nedaćama (poteškoćama, problemima, nevoljama), da se dobro nose sa promjenama i neizvjesnostima, i da se brže i potpunije oporave od traumatskih događaja ili epizoda.

Dijete se teško može oduprijeti kontinuiranom uticaju nevolja i ukoliko je izloženo neprestano mnogostrukim nedaćama, velika je vjerovatnoća da će doći do negativnih posljedica, ukoliko ne doživi odgovarajuću pomoć i podršku (Garmezy i Masten, 1994). Činioci od posebnog značaja su emocionalna toplina, pouzdanost, podržavajući odnosi, zajedništvo i uzajamnost. Lične, porodične i karakteristike okruženja koje su povezane sa rezilijentnim ponašanjem predstavljene su u Tabeli 6.

Tabela 6. *Činioci rezilijentnosti*

Dijete	Porodica	Sredinski faktori
Temperamenat (aktivno, dobre naravi)	Topli, suportivni roditelji	Suportivna šira porodica
Žensko dijete starije od muškog tokom adolescencije	Dobar odnos roditelj–dijete	Doživljaj uspješnosti u školi
Dob (biti mlađi)	Harmonični odnosi roditelja	Mreža prijatelja
Viših intelektualnih sposobnosti (IQ)	Vrednovana socijalna uloga (npr. briga o braći i sestrama)	Vrednovana socijalna uloga (posao, volontiranje, pomoć komšijama)
Socijalne vještine	Blizak odnos sa jednim od roditelja	Blizak odnos sa nekim odraslim ko nije u srodstvu
Samosvijest		Članstvo u religijskoj ili vjerskoj zajednici
Osjećaj empatije		Članstvo u sportskim i društvenim aktivnostima
Unutrašnji lokus kontrole		
Smisao za humor		
Atraktivnost		

* Emery i Forehand 1994:81; Palmer 1997:203; Gilligan 1997:15

Neki od ovih faktora su dijelom biogenetički i mogućnost njihovog mijenjanja je ograničena. Većinu ipak čine porodične i sredinske varijable koje daju široke mogućnosti za pozitivne promjene. Neke su relativno fiksirane (npr. rod, IQ, smisao za humor), a na neke je teško uticati (npr. podrška roditelja, vršnjaka, humanitarnih organizacija) posebno kad se djeca suočavaju sa mnogostrukim i kontinuiranim nedaćama. Ipak, ostaje pitanje da li djeca postaju rezilijentna zbog toga što su imala pomoć za bolje prevladavanje ili imaju bolje prevladavanje jer su genetski (nasljedno) rezilijentna (Masten i Coatsworth, 1998).

Poznata klinička definicija rezilijentnosti je „održavanje kompetentnog funkcionisanja uprkos emocionalnim smetnjama“ (Garmezy, 1991): Rezilijentno dijete pokazuje pozitivnu adaptaciju u uslovima stresa. Suočavanje i prevazilaženje stresnih događaja, posebno onih koji se ponavljaju tokom senzitivnih razvojnih faza, neophodno je za zdravu adaptaciju. U dugogodišnjoj studiji o razvoju djece opaženo je da teški životni događaji doprinose razvoju psihijatrijskih poremećaja kod neke djece, dok druga, suočena sa istim uništavajućim činiocima, ostaju neoštećena (Garmezy i Rutter, 1983, prema Garmezy 1991). Podaci sugerišu da samo oko trećine populacije „djece pod rizikom“ pokazuju dugotrajne loše rezultate, dok preostale dvije trećine opstaju bez ozbiljnih, negativnih razvojnih posljedica (Wolin i Wolin, 1996). Razvijanjem određenih sposobnosti šire se i sazrijevaju trajni aspekti ličnosti koje su označene rezilijencama ili klasterima. Ovih sedam rezilijenci je prikupljeno iz kliničkih intervjua sa dvadeset pet odraslih, rezilijentnih, koji su iznijeli korišćene strategije od djetinjstva do odraslog doba. Rezilijencije odražavaju zajedničke teme koje su pomogle ispitanicima da prevaziđu teške porodične situacije. Neznatan broj može da tvrdi da posjeduje sve rezilijence. Otvoreni i društveni imaju drugačiji redosljed rezilijenci u odnosu na ozbiljne i introspektivne. Rezilijence imaju tendenciju da se grupišu prema tipu ličnosti.

Na Slici 4 prikazane su sljedeće rezilijencije:

- moralnost – informisana savjest koja proširuje želju za dobrim ličnim životom na cijelo čovječanstvo,
- uvid – navika da se postavljaju teška pitanja i daju iskreni odgovori,

- nezavisnost – povlačenje granica između djeteta i problematičnih porodica, održavanje emocionalne i fizičke distance uz zadovoljavanje zahtjeva savjesti,
- odnosi – intimne veze i veze sa drugim ljudima koje drže u ravnoteži zrele svijesti o sopstvenim potrebama s empatijom i sposobnošću da se nešto pruži drugom,
- inicijativa – preuzimanje odgovornosti za probleme, ostvarivanje kontrole, sklonost naprezanju i provjeravanju samog sebe u teškim zadacima,
- kreativnost – uvođenje reda, ljepote, i svrhe u kaos problematičnih iskustava i bolnih osjećanja,
- humor – „nalaženje komičnog u tragičnom“.



Slika 4. *Rezilijencije* (Volin i Volin, 1996)

Ovaj koncept otvara optimističnu perspektivu jer je usmjeren na zdravlje i uspješno prevladavanje neugodnih događaja i mijenja klasičan pogled koji je usmjeren na patologiju. Teorija rezilijentnosti može poslužiti kao osnova za izradu psihosocijalnih programa pomoći djeci i mladima koji su doživjeli traumu ili žive u hronično nepovoljnim i stresnim okolnostima.

PSIHOLOŠKA PROCJENA DJECE I MLADIH

Sa razvojem psihologije i kliničke procjene (psihodijagnostike) otvaraju se i nova područja djelatnosti, a jedno od njih je klinička procjena psihopatoloških ispoljavanja kod djece i mladih. U stručnom timu koji se bavi procjenom mentalnog zdravlja djece i mladih, psiholog je jedan od članova tima kao stručni saradnik. Pored klasifikacije i diferencijalne dijagnostike koje su usmjerene na patologiju, klinički psiholog se fokusira na zdrave snage i sposobnosti djeteta ili adolescenta za prevladavanje aktuelnih problema. Klinička procjena djece i mladih obuhvata uzrast od novorođenčeta do 18 godina, to jest do sticanja punoljetstva, iako je procjena u adolescentnom uzrastu bliža procjeni odraslih nego djece.

Na mlađim uzrastima u većoj mjeri je zastupljena opservacija ili posmatranje djeteta, a potrebne podatke o djetetu daju roditelji/staratelji. Učešće roditelja/staratelja je neophodno u procesu kliničke procjene djece iako je, više ili manje, emocionalno obojeno sa pretežno subjektivnim informacijama i zapažanjima. To je posebno vidljivo u kliničkoj procjeni psihomotornog razvoja novorođenčadi i male djece, jer je oslonac na informacijama koje daju roditelji, a primjena pouzdanih mjernih instrumenata i testova je ograničena, često i nemoguća.

Mladi, od 15 do 18 godina, u mnogim aspektima su granična grupa između djece i odraslih i često je ograničena upotrebna vrijednost testova, ali i drugih vidova rada u pogledu terapijskih pristupa. U svakom pojedinačnom, od navedenih uzrasta, klinički psiholog se nalazi pred različitim zadacima u pogledu ispitanikovih mogućnosti „saopštavanja“ unutrašnjih doživljaja, upotrebnih mogućnosti testova, stepena i vrste posredničke uloge roditelja, pa samim tim i sopstvene „opremljenosti“ za dijagnostički „poduhvat“ sa pojedinim djetetom određenog uzrasta (Tadić, 2000). Značajan uzrasni raspon i razlike u kognitivnoj razvijenosti djece zahtijevaju specifična znanja i vještine psihologa, kako u pogledu različitih

metodoloških pristupa, tako i u pristupima integraciji podataka (detaljnije u knjizi *Psihološka procjena djece i mladih – klinički pristup*, Vaselić, 2018).

Specifičnosti psihološke procjene-klinički pristup

Klinička procjena počinje na prvom susretu sa djetetom i roditeljima, a obuhvata širok raspon uzrasta i patologije, što sa sobom nosi mnogobrojne izazove i teškoće. S obzirom na različite uzrasne i razvojne nivoe, neophodna je znatno viša individualizacija primijenjenih metoda i postupaka i aktivnija uloga psihologa nego u radu sa odraslima. Procjena djece uglavnom se odnosi na opis pojedinih aspekata funkcionisanja i njihovog nivoa razvijenosti u odnosu na uzrast djeteta. Postupak kliničke procjene potrebno je prilagoditi svakom pojedinačnom djetetu.

Klinička procjena djece često se obavlja u više susreta, posebno kod mlađe djece koja nisu spremna da održe koncentraciju i pažnju duže vrijeme jer postaju umorna, nemotivisana ili anksiozna. Poseban oprez i senzibilitet potreban je u procjeni djece koja su doživjela traumatska iskustva i zbog kojih su već ispitivana, kako bi se spriječila mogućnost retraumatizacije. Psiholog primjenjuje tehnike koje su prilagođene djeci: opservaciju interakcije djeteta i roditelja ili drugih značajnih osoba, igru, crtež, razvojne skale, a tek na predškolskom uzrastu klasičan dijagnostički instrumentarij. Školska djeca sarađuju u ispitivanju brže i spremnije nego odrasli, jer su naviknuta na školska ispitivanja i procjene kao svakodnevni dio života (Minčić i Radosavljev Kirčanski, 2012). Prilikom kliničke procjene djece i adolescenata pojavljuje se više specifičnih pitanja koja se odnose na: motivaciju, komunikacijske mogućnosti, kognitivnu razvijenost, socioemocionalnu zrelost i učešće roditelja/staratelja. Sve prethodno navedene specifičnosti utiču na objektivnost, pouzdanost i prediktivnost prikupljenih podataka i same kliničke procjene.

Osnovna psihodijagnostička sredstva

Psihodijagnostička sredstva pomažu psiholozima u složenom postupku kliničke procjene djece i adolescenata, a obično se dijele u dvije okvirne grupe:

- naturalističke tehnike,
- testovi tehnike i skale (TTS).

Naturalističke tehnike

Naturalističke tehnike obuhvataju opservaciju, intervju sa djetetom ili adolescentom i intervju sa roditeljima/starateljima, ili nekim od članova uže i/ili šire porodice

Intervju

Od uspostavljenog kontakta i saradnje pri prvom susretu u značajnoj mjeri zavisi ishod i kvalitet kliničke procjene. Intervju je najčešći, klasični instrument u kliničkoj praksi za ispitivanje individualnih slučajeva, a predstavlja specifičan i složen postupak koji pomaže psihologu da prikupi, tumači i integriše važne podatke o funkcionisanju djeteta i njegovim smetnjama. Nezaobilazan je dio svakodnevnog rada psihologa. Iako intervju podsjeća na običan razgovor, on je ipak više od toga i predstavlja stručno vođeni “profesionalnim ciljem usmjereni razgovor dvije osobe koje imaju međusobno komplementarne uloge“ (Berger, 1984). U radu sa djecom, bez obzira na uzrast, osnovni izvor potrebnih podataka o djetetu prikupljamo putem intervju sa roditeljima ili osobom koja ih zamjenjuje u roditeljskoj ulozi (Vaselić, 2018). Intervju se praktikuje sa majkom, ili ocem, ili oboma. Cilj intervju sa roditeljima je da se prikupe podaci o individualnom razvoju djeteta koje ima teškoće i podaci o funkcionisanju porodice i porodičnim odnosima. Intervju ima četiri osnovna cilja bez obzira u kojoj vrsti ustanove se provodi (Kondić, 1999):

- uspostavljanje kontakta sa roditeljima/starateljima koji se obraćaju za pomoć,
- uspostavljanje kontakta i potrebne saradnje sa djetetom–ispitanikom,
- prikupljanje važnih podataka radi razumijevanja prirode i porijekla problema zbog kojeg su se obratili za pomoć,
- usmjeravanje prema konkretnim vidovima pomoći i podrške djetetu i/ili roditeljima (savjetovanje, psihoterapija).

Cilj intervju je otkrivanje, što potpunije sagledavanje i razumijevanje činilaca koji su doveli do pojave teškoća. Djeca nemaju unutrašnju motivaciju da se obrate psihologu za pomoć kada imaju problem

u svakodnevnom funkcionisanju. Često nisu u stanju ni da prepoznaju problem, već roditelji, učitelji i drugi sa kojima je dijete u kontaktu iniciraju obraćanje psihologu. Prije susreta sa psihologom roditelji ili ljekari koji upućuju dijete trebalo bi da upoznaju dijete, u skladu sa njegovim uzrastom, kako će izgledati susret sa psihologom, zašto je to važno za dijete, koliko će orijentaciono trajati i slično. Takođe, važno je naglasiti da nema ocjenjivanja kao u školi i da nema bolnih intervencija, kao na primjer uzimanje uzoraka krvi i sl. Prvi susret djeteta sa psihologom najčešće se događa u prisustvu roditelja. Psiholog obavlja intervju sa roditeljem (bez ili u prisustvu djeteta) i sa djetetom.

a) Intervju sa roditeljem/ima

Intervju sa roditeljem/roditeljima predstavlja najznačajniji izvor podataka i informacija o djetetu. Roditelji daju osnovne podatke o djetetu, njegovom razvoju, porodici, interakciji djeteta sa drugim ljudima, kao i o aktuelnim smetnjama. Cjelokupan postupak kliničke procjene u značajnoj mjeri zavisi od kvaliteta saradnje sa roditeljima. Podaci koji su prikupljeni putem intervju sa roditeljima utiču na razumijevanje i tumačenje rezultata testova, često otvaraju mogućnost za razumijevanje porodičnih odnosa, a u većini slučajeva mogu usmjeriti psihologa ka konkretnim terapijskim intervencijama.

b) Intervju sa djetetom

Intervju sa djetetom započinje neformalnim upoznavanjem i sa nekoliko kratkih pitanja vezanih za svakodnevne aktivnosti u školi, sa vršnjacima, omiljenim igrama i slično, a nakon toga psiholog procjenjuje kada može započeti razgovor o problemima i poteškoćama zbog kojih je dijete upućeno psihologu. U dobro vođenom intervjuu postoji ravnoteža između aktivnosti koje čini dijete, aktivnosti psihologa i njihove interakcije (Minčić i Radosavljev Kirćanski, 2012). Pitanja koja se upućuju djetetu trebaju biti jednostavna, kratka, prilagođena uzrastu i kognitivnoj razvijenosti djeteta, a psiholog bi trebalo da pokaže zainteresovanost i empatiju za dijete tokom razgovora. Kod starije djece i adolescenata potrebno je naglasiti povjerljivost informacija koje se dobijaju i objasniti sa kime i o čemu psiholog može razgovarati vezano za konkretnog adolescenta i njegove

probleme (roditelji, nadležni ljekar, nastavnik i sl.). U situacijama kada dijete psihologu povjeri tajnu koja uključuje neki od oblika zlostavljanja, u takvim situacijama mora se naći kompromis između obećane povjerljivosti i tajnosti informacija i odgovornosti za bezbjednost i sigurnost djeteta (obaveza prema Protokolu o zaštiti djece od zlostavljanja i zanemarivanju). Vrijeme potrebno za obavljanje intervjua zavisi od: kvaliteta uspostavljenog kontakta sa djetetom i roditeljem/roditeljima, od sadržaja koji se iznose, problematike zbog koje je dijete upućeno psihologu, a obično varira od 30 minuta do 90 minuta (Minčić i Radosavljev Kirčanski, 2012).

Prilikom prikupljanja podataka intervjuom, uvijek je aktuelno pitanje objektivnosti. U novije vrijeme sve više se pokušavaju kvantifikovati postupci za prikupljanje specifičnih podataka o ponašanju koji ukazuju na psihopatološke promjene što je omogućeno primjenom multivarijantnog statističkog pristupa. Predstavnik ovog pristupa je Thomas Achenbach (2001) koji je, 60-ih godina prošlog vijeka, započeo sa prikupljanjem opisa psihopatoloških ispoljavanja iz psihijatrijskih istorija bolesti i iz literature. Danas se ovaj pristup koristi u preko 80 zemalja svijeta pod nazivom ASEBA-Achenbachov sistem Empirijski utemeljene procjene (ASEBA-Achenbach System of Empirically Based Assessment). ASEBA instrumenti za procjenu djece pokrivaju značajne aspekte dječije psihopatologije. Ovi instrumenti su dimenzionalni i probleme ponašanja i emocija grupišu u dvije veće grupe sindroma: internalizovani i eksternalizovani. Njihovim sadržajem su obuhvaćeni događaji u vremenskom periodu od posljednjih šest mjeseci. Ekonomični su i efikasni, jer je za njihovu primjenu i administriranje potrebno oko 15–20 minuta. Achenbach je autor više verzija tzv. ček lista o ponašanjima djece:

- CBCL – (The Child Behavior Checklist), dvije verzije prilagođene uzrastu od 2 do 5 godina i od 6 do 18 godina, popunjavaju roditelji/staratelji,
- TRF – (Teacher's Report Form), forma izvještaja koju popunjavaju učitelji ili pojedinci koji dobro poznaju dijete,
- YSR – (Youth Self-Report) forma izvještaja za mlade, uzrasta 12 do 18 godina (popunjavaju sami mladi).

Testovi, tehnike i skale

Klinička procjena, pored posmatranja i intervjua, podrazumijeva i upotrebu testova, tehnika i skala za procjenu intelektualne razvijenosti, emocionalnog funkcionisanja i ponašanja, kao i njihovu analizu i interpretaciju. U našoj kliničkoj praksi značajan problem predstavlja nedostupnost novijih, standardizovanih testova na našoj populaciji. Potreba za revizijom i standardizacijom postojećih instrumenata je neophodnost, posebno kada se ima u vidu koliko brzo se mijenja stil života, a time i znanja i informisanost djece, što podrazumijeva i kontinuiranu edukaciju psihologa za validnu upotrebu dijagnostičkih instrumenata. Psiholog prilagođava postupak kliničke procjene prema svakom pojedinom ispitaniku u zavisnosti od uzrasta, kognitivne razvijenosti i osnovnog cilja kliničke procjene. U populaciji djece i adolescenata u praksi se najčešće primjenjuju testovi iz sljedećih grupa:

1) *Razvojni testovi* su namijenjeni ispitivanju psihomotornog razvoja dojenčadi i male djece tokom prve tri godine života (razvojni kvocijent). Njima se ispituje razvoj psihomotorike, okulomotorne koordinacije, govora, emocija, verbalnog izražavanja znanja, komunikacije. S obzirom na to da su ove funkcije u razvoju i još neusklađene, a uticaj sredinskih faktora veliki (pozitivan ili negativan), moguće je dati samo približnu procjenu i predviđanje tendencija razvoja. Sa razvojnim skalama procjenjuje se da li je i u kojoj mjeri dijete dostiglo određene razvojne zadatke u odnosu na prosječan uspjeh za uzrast na kojem se trenutno nalazi (Minčić i Radosavljev Kirćanski, 2012). Primjenjuju se na djeci tipičnog razvoja i djeci sa smetnjama u razvoju. Najčešće upotrebljavan razvojni test kod nas je Razvojni test Čturić (forma za djecu od 0 do 21 mjesec, RTČ-M i forma za predškolsku djecu od 2 do 8 godina, RTČ-P).

2) *Testovi sposobnosti* su široko korišteni instrumenti kojima se procjenjuje intelektualna razvijenost, a među najpoznatijima su: Revidirana Vekslerova skala inteligencije za djecu (REWISC) i Wechslerov test inteligencije za djecu (WISC-IV). Primjenom Wechslerovih testova dobiju se rezultati o verbalnom, neverbalnom i ukupnom koeficijentu inteligencije (IQ). Primjena je moguća već od 5 godina, ali je manja prediktivna vrijednost testa na mlađim uzrastima, jer je razvoj inteligencije najbrži i

najneujednačeniji (Minčić i Radosavljev Kirćanski, 2012). U upotrebi su i Ravenove progresivne matrice u boji (CPM), Gudinaf-Haris test crtanja ljudske figure koji pokazuje nivo intelektualne zrelosti djece i drugi.

3) *Neuropsihološki testovi* ispituju razvoj vizuelno-motornih funkcija, percepcije i pažnje i koriste se kada postoji sumnja na neuropsihološka odstupanja. Najčešće se koriste: Bender vizuelno-motorni geštalt test (BG-II), Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD), Gibsonov spiralni lavirint i drugi.

4) *Upitnici za ispitivanje emocionalnog i socijalnog funkcionisanja i ponašanja (ličnosti)* daju podatke o emocionalnim i bihevioralnim problemima djece i mladih i prisutnosti pojedinih simptoma koje primijenjeni upitnik pokriva. Rezultati testova ličnosti omogućavaju identifikaciju simptoma, kliničku procjenu i planiranje tretmana. Među najčešće korištene testove ličnosti u našoj kliničkoj praksi spadaju: Skala strahova i anksioznosti za djecu i mlade (SKAD-62), Skala depresivnosti za djecu i mlade (SDD), Minnesota multifazni inventar ličnosti za mlade (MMPI-A), Skala suočavanja sa stresom za djecu i mlade (SUO), Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti za djecu (STAIC), Lista obilježavanja simptoma traume za djecu (TSCC) i drugi.

Projektivne tehnike

Pored ostalih testova, projektivne tehnike mogu dati korisne podatke, posebno za one psihološke sadržaje koje je teže verbalno iskazati. Ove tehnike su zasnovane na psihodinamskoj teoriji projekcije, a odlikuje ih relativna neodređenost stimulusa i otvoreni odgovori. Zbog različite sposobnosti da verbalno iskažu svoje unutrašnje sadržaje, u radu sa djecom koriste se (Minčić i Radosavljev Kirćanski, 2012):

- verbalne tehnike procjene: Rorschach i njegove modifikacije, Test tematske apercepcije za djecu – CAT (Children's Apperception Test), Test nedovršenih rečenica za djecu – TNR i drugi.
- „motorne” tehnike procjene: crtež, igra i druge neverbalne tehnike.

Neka djeca se bolje snalaze sa verbalnim, a neka sa neverbalnim sadržajima, pa je preporučeno da se primijeni po jedan test iz obje grupe.

Crtež se često koristi u kliničkoj praksi, jer je koristan za uspostavljanje kontakta, za kliničku procjenu i psihoterapiju, a djetetu je blizak i pomaže da lakše uspostavi komunikaciju. Djeca (posebno mlađa) lakše izraze svoje unutrašnje sadržaje kroz crtež nego verbalnim putem. U praksi se koriste tri oblika, a to su: crtež ljudske figure, slobodan crtež i crtež porodice. Crtež se može početi primjenjivati između dvije i tri godine, a gornja granica ne postoji. Posmatra se formalni aspekt crteža (brisanje, sjenčenje...), izostavljanje ili prenaplašavanje nekih dijelova tijela, kompozicija crteža (međusobni odnos pojedinih dijelova na crtežu). Crtež obično prati kraći upitnik o određenim karakteristikama nacrtane osobe, čime se pokušava dobiti projektivni materijal. Crtež može dati podatke o perceptivno pojmovnom razvoju djeteta i o njegovoj intelektualnoj zrelosti (ocjenjivanje prema Gudinaf).

Nalaz i mišljenje psihologa

Nakon obavljene kliničke procjene slijedi obrada dobijenih podataka, za koju je potrebno više vremena nego za samu primjenu baterije testova. Za primjenu prosječne baterije testova koja sadrži intervju sa roditeljem/roditeljima i djecom, test sposobnosti, neuropsihološki test i neki od upitnika (ponekad je potrebno zadati i više od jednog), projektivni test (crtež) potrebno je izdvojiti između 2 i 3 sata. Nakon toga započinje integracija podataka, što predstavlja najteži i najodgovorniji dio procjene. Integracija je zasnovana na psihološkim teorijama, a psiholog prednost daje onoj teoriji koju najbolje poznaje i sa kojom ima najbolje iskustvo (bihejvioralna, porodična, transakciona...). Procjena se završava sa nalazom i mišljenjem psihologa koji se saopštava pismeno i/ili usmeno. Uobičajena je praksa da se sastavi i pismeni nalaz koji predstavlja dio medicinske dokumentacije o djetetu, a posebno je koristan u slučajevima praćenja razvoja i povremenih retestiranja. Ponovna procjena ili retest se ne radi prije isteka 6 mjeseci, ali na dječijem uzrastu (posebno kada su u tretmanu, na primjer logopeda, defektologa i sl.), zbog brzine promjena, neke tehnike mogu biti primijenjene i ranije. Svaki nalaz sadrži osnovne podatke, razlog upućivanja na procjenu, opšti utisak o djetetu, ponašanje u test situaciji, koje su testovi i tehnike primijenjeni, procjenu intelektualnog i neuropsihološkog

funkcionisanja, procjena razvojnog nivoa, emocionalnog funkcionisanja i ponašanja, zaključak i prijedlog ili preporuku. Forma i sadržaj nalaza zavise od uzrasta, cilja ispitivanja, uputnog pitanja od naručioca nalaza i drugih specifičnih pitanja na koje je potrebno dati odgovor.

Timski pristup kliničkoj procjeni

U postupku kliničke procjene, izbora terapijskih pristupa i raznih vidova pomoći i podrške, pored psihologa učestvuju i drugi stručnjaci: psihijatri, neuropedijatri, socijalni radnici, defektolozi, a po potrebi i druge specijalnosti (endokrinolozi, biohemičari, genetičari, pravnici i drugi). Članovi multidisciplinarnog tima razmatraju podatke na osnovu kojih utvrđuju razvojni nivo djeteta, akutno ili hronično stanje, identifikuju specifična ponašanja koja obuhvataju psihopatološke fenomene, kao i ponašanja zdravog razvoja. Svaki od članova tima doprinosi razumijevanju psihopatoloških fenomena iz domena profesionalne kompetentnosti, rasvjetljava pojedinu stranu problema i poremećaja, ali identifikuje i zdrave potencijale i izvore podrške u prevazilaženju smetnji. Psihijatar ispituje psihijatrijski status djeteta, neuropedijatar ispituje neurološko stanje i po potrebi uključuje neurološke pretrage (elektroencefalografija – EEG, kompjuterizovana tomografija – CT i/ili magnetna rezonanca – MR). Psiholog procjenjuje intelektualnu razvijenost i intelektualno funkcionisanje, emocionalno funkcionisanje i ponašanje. Socijalni radnik ispituje funkcionisanje u porodici, školi i društvenoj sredini. Defektolog procjenjuje školska znanja i teškoće učenja kao što su poremećaji čitanja (disleksija), pisanja (disgrafija), računanja (diskalkulija), zatim organizovanost pokreta i poremećaja govora.

Ovim poglavljem obuhvaćena su osnovna načela kliničke procjene koju mora poznavati svaki član tima u različitom obimu, zavisno od vrste poremećaja koji se razmatra i njegove uloge u timu.

Klasifikacioni sistemi

Klasifikovanje simptoma u određene dijagnostičke kategorije predstavlja grubo uopštavanje onoga što je zajedničko grupama poremećaja.

Psihopatološke pojave kod djece i adolescenata rijetko se jasno uklapaju u jednu dijagnostičku kategoriju. Mnoga psihopatološka ispoljavanja u ovom uzrastu su prolazna i mogu pripadati pojavama i varijacijama urednog razvoja. Takođe, veći broj psihopatoloških ispoljavanja u razvojnom periodu nemaju analogije u odraslih (enureze, autizam, školski neuspjeh, hiperaktivnost, poremećaji ponašanja). Klasifikovanjem simptoma u konkretne kategorije psihopatoloških pojava izostaje sve bogatstvo individualnog koje je često „kritični“ kriterijum za kliničku procjenu. Iako su klasifikacije važne često su višestruke opisne dijagnoze primjenljivije od jedne dijagnoze, posebno tokom razvoja. Za sada nema savršenog i opšteprihvatljivog načina klasifikovanja mentalnih smetnji i psihopatoloških ispoljavanja kod djece i adolescenata koje bi obuhvatilo sve značajne faktore i istovremeno zadovoljilo potrebe i načela logičkog klasifikovanja i upoređivanja podataka, što je jedan od zahtjeva naučnog pristupa (Tadić, 2000). Ne govoreći ništa o pojedinačnom djetetu koje „nosi“ datu dijagnozu, klasifikacija je izraz potrebe za lakšim komuniciranjem među stručnjacima i predstavlja nužnost u skladu sa administrativno-medicinskim potrebama, ali je model teže primjenljiv na emocionalni i kognitivni razvoj.

U praksi se koriste klasifikacioni sistemi koji su usavršeni 90-ih godina prošlog vijeka i stalno se usavršavaju, a to su:

Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10 (International Classification of Diseases – ICD-10). MKB-10 je međunarodni standard dijagnostičke klasifikacije koji sadrži kliničke opise i dijagnostička uputstva koji se primjenjuju u evropskim zemljama. Ono što predstavlja veliki napredak u odnosu na prethodnu klasifikaciju je uključivanje dijagnostičkih kategorija za dječiji uzrast, iako su neki poremećaji koji se sreću kod djece i mladih ostali u klasifikaciji za odrasle.

Mentalna zaostalost (F70-F73), Poremećaji psihičkog razvoja (F80-F89) i Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji sa početkom obično u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98) pokrivaju isključivo poremećaje specifične za djetinjstvo i adolescenciju (Dodatak I). Neki poremećaji koji se mogu pojaviti u razvojnom periodu svrstani su u druge kategorije jer su mogući u gotovo svakom uzrastu i mogu se primjenjivati na djecu i mlade, kada je to potrebno. Primjer su poremećaji ishrane (F50-), sna (F51-) i

poremećaji polnog identiteta (F64-). Neki tipovi fobija kod djece predstavljaju poseban problem za klasifikaciju, kao što je poremećaj fobične anksioznosti u djetinjstvu.

Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja DSM klasifikacija (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), pruža zajednički jezik i standardne kriterijume za klasifikaciju mentalnih poremećaja i predstavlja savremeni način klasifikacije mentalnih poremećaja u Sjedinjenim Američkim Državama, ali i u drugim zemljama širom svijeta. Peto izdanje (DSM-V) je objavljeno 2013. godine. Neki mentalni poremećaji koji su bili dio prethodnih DSM klasifikacija skinuti su sa popisa psihijatrijskih dijagnoza, a dodato je 15 novih mentalnih poremećaja. Aspergerov sindrom koji je ranije definisan kao poseban poremećaj, blaži oblik autizma, u novoj klasifikaciji je postao dio dijagnoze Poremećaji autističnog spektra. Ukupan broj mentalnih poremećaja ostao je isti kao i u prethodnom izdanju Priručnika (315).

Dijagnostička klasifikacija mentalnih i razvojnih poremećaja u periodu dojenčeta i ranom djetinjstvu, „Nula do tri“ (0–3), kategoriše se emocionalnim i ponašajnim obrascima koji odstupaju od normativnog razvoja tokom prve tri godine života. U periodu ranog djetinjstva pravovremena i tačna procjena je osnov za efikasnu intervenciju prije nego što se rana odstupanja učvrste i pretvore u simptome razvojnih odstupanja u vidu kašnjenja ili usporenog razvoja. Dijagnostički okvir koji se izlaže u dijagnostičkoj klasifikaciji poremećaja mentalnog zdravlja i razvoja u ranom djetinjstvu (Dijagnostička klasifikacija: „Nula do tri“) služi kao dopuna postojećim medicinskim i razvojnim okvirima za razumijevanje mentalnog zdravlja i razvojnih problema tokom najranijeg uzrasta. Ovo je početni vodič za kliničare i istraživače koji olakšava postavljanje kliničke dijagnoze i planiranje, kao i komunikaciju i dalje istraživanje. Dijagnostičkom klasifikacijom „Nula do tri“ predlaže se privremeni višeosovinski i klasifikacioni sistem.

Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, zdravlja, nesposobnosti/bolesti i invalidnosti za djecu i mlade (International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. ICF-CY-ICF, SZO, 2001)

Ova klasifikacija oslanja se na bio-psihosocijalni model, a pripada „porodici“ međunarodnih klasifikacija koje je razvila Svjetska zdravstvena organizacija. Verzija za djecu i mlade (ICF-CY), zasnovana je na pojmovnom okviru Međunarodne klasifikacije funkcionisanja (ICF) i omogućava zajednički i univerzalni jezik za kliničku, zdravstvenu i istraživačku primjenu. Dječija verzija klasifikacije (ICF-CY, SZO, 2007) naglašava razvojnu perspektivu i komplementarna je sa MKB-10. Oslanja se na ekološki model razvoja u kojem je proces adaptacije djeteta, tokom razvoja, proizvod stalnih interakcija sa sredinom. Primjenljiva je na razne aspekte zdravlja, a usmjerena je na aktivnosti i ograničenja izvođenja pojedinih aktivnosti i predstavlja međunarodni standard za opisivanje zdravlja i invaliditeta koji je prihvaćen od 191 države, članice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2007).

Internalizujući i eksternalizujući sindromi – konceptualni okvir

Tomas Achenbach i Krajg Edelbrock (Achenbach i Edelbrock, 1978; Achenbach i McConaughy, 1987) predložili su novu klasifikaciju koja je rezultat empirijskih istraživanja i faktorske analize najčešćih problema koje ispoljavaju djeca upućena u institucije mentalnog zdravlja. Na osnovu odvojenih analiza za pojedine uzrasne grupe dječaka i djevojčica, autori su izdvojili faktore prvog reda – uže sindrome, i faktore drugog reda – šire sindrome. Mnogi uži sindromi potvrđeni su u nekoliko različitih istraživanja, različitih autora. Visoko slaganje pokazalo se kod agresivnog, delinkventnog, hiperaktivnog i shizoidnog sindroma. Dobro slaganje je postignuto i kod sindroma anksioznosti, depresivnosti, socijalnog povlačenja i psihofizioloških reakcija. Dobijeni činioci drugog reda su: eksternalizujući ili nedovoljno kontrolisani sindrom (agresivni, delinkventni i hiperaktivni sindrom), i internalizujući ili previše kontrolisani sindrom (anksiozni, depresivni, opsesivni, nekomunikativni sindrom i sindrom psihosomatskih reakcija). Učenje Achenbacha i saradnika prihvatila je i dalje dograđivala Martina Delfos (Delfos, 2004), a koja razlikuje probleme i poremećaje u ovim kategorijama, tako što poremećaji zavise od predispozicije djeteta i procesa sazrijevanja, dok na nastanak problema najviše utiču činioci sredine, što je predstavljeno u Tabeli 7.

Tabela 7. *Poremećaji i problemi u okviru eksternalizujućih i internalizujućih sindroma*

Faktori	Eksternalizujući sindrom	Internalizujući sindrom
Predisponirajući	Eksternalizujući poremećaji ponašanja ili agresivni poremećaji	Internalizujući poremećaji ponašanja ili poremećaji anksioznosti
Sredinski	Eksternalizujući problemi ponašanja ili problemi agresivnosti	Internalizujući problemi ponašanja ili problemi anksioznosti

*Delfos, 2004.

Podjela na dvije dominantne grupe sindroma, internalizujuću i eksternalizujuću, povoljna je za neke vidove savjetodavnog i terapijskog rada.

RAZVOJNI POREMEĆAJI

Poremećaji psihičkog razvoja počinju tokom djetinjstva, a prepoznatljiviji su po oštećenju ili zaostajanju u razvoju funkcija koje su povezane sa biološkim sazrijevanjem centralnog nervnog sistema (CNS-a). Češće se javljaju kod dječaka nego kod djevojčica. Etiologija većine slučajeva je nepoznata. Genetski činioci igraju značajnu ulogu u nastanku ovih poremećaja. Sredinski činioci takođe utiču na zahvaćene razvojne funkcije, ali u većini slučajeva oni nisu dominantan uzrok njihovog nastanka. Ovi poremećaji imaju sljedeće zajedničke karakteristike (MKB-10):

- početak je tokom djetinjstva,
- oštećenje ili zaostajanje u razvoju funkcija koje su povezane sa biološkim sazrijevanjem centralnog nervnog sistema,
- stabilan tok bez remisija i recidiva koji inače karakterišu mnoge mentalne poremećaje.

Najčešće zahvaćene funkcije su: govor, vizuo-spacijalne sposobnosti i/ili motorna koordinacija. Sa odrastanjem funkcionalna sposobnost djeteta se poboljšava, mada manji deficiti mogu ostati tokom cijelog života. Obično postoje podaci o kašnjenju ili oštećenju koje se rano otkriva, bez postojanja perioda urednog razvoja. Postoje poremećaji kod kojih prethodno postoji faza urednog razvoja, kao što su dječiji dezintegrativni poremećaj, sindrom Landau-Kleffner i neki slučajevi autizma. Ovi poremećaji obuhvaćeni su međunarodnom klasifikacijom bolesti, MKB-10 i označeni šiframa od F80 do F89.

Specifični razvojni poremećaji govora i jezika

U grupu ovih poremećaja spadaju poremećaji kod kojih postoji oštećenje normativnih obrazaca usvajanja govora od ranog razvojnog perioda. Sposobnost govora je oštećena u svim segmentima. Ova stanja se ne mogu

direktno pripisati abnormalnostima neuroloških ili govornih mehanizama, senzornim oštećenjima, mentalnoj zaostalosti ili činiocima sredine.

Djeca sa specifičnim razvojnim poremećajima govora i jezika, iako većina na kraju dostigne normalan nivo razvoja govornih sposobnosti, imaju višestruko udružene probleme u komunikativnim sposobnostima i emocionalnom razvoju, probleme sa pažnjom i koncentracijom, a kasnije, tokom školovanja i probleme sa učenjem, čitanjem i pisanjem. Ranim postavljanjem dijagnoze i odgovarajućim tretmanom navedeni problemi mogu da se ublaže. Za postavljanje dijagnoze neophodan je multidisciplinarni pristup. Nalazi ljekara, psihologa, pedagoga, socijalnih radnika i rehabilitatora govora mogu dati uvid u nivo opšte razvijenosti sposobnosti djeteta, te razvijenosti govornih i jezičkih sposobnosti. Psiholog procjenjuje opštu psihičku razvijenost i razvijenost pojedinih psihičkih funkcija, za diferencijalno dijagnostičke potrebe, ali istovremeno i za potrebe organizovanja i planiranja rehabilitacionog tretmana. Da bi se mogla prepoznati i razumjeti specifična odstupanja, potrebno je dobro poznavati uredan tok razvoja govora i jezika u dječijem uzrastu.

Govorno-jezičke promjene nastaju od rođenja, a prepoznaju se već u drugoj polovini prve godine. Te promjene se dešavaju u tri nivoa: percepciji govora, artikulaciji i govornoj interakciji sa sredinom koja okružuje dijete. Djeca cijelog svijeta prate uglavnom isti tempo i isti sadržaj razvoja jezika (Hwang i Nilsson, 2000):

- novorođena djeca komuniciraju pomoću zvukova, pokreta i izraza lica,
- djeca na uzrastu od šest mjeseci „guču“ i upotrebljavaju prve riječi (faza gukanja),
- djeca na uzrastu od osam mjeseci usvajaju određena pravila govora (faza brbljanja).

Bihevioristički orijentisani teoretičari objašnjavaju razvoj govora i jezika koristeći pojam podsticanja i ohrabrirvanja (pozitivnog potkrepljenja), ili navodeći da je učenje jezika pretežno rezultat imitacije. Ova shvatanja ne mogu objasniti kompleksnost govorno-jezičkog razvoja djece. Prema teoriji kognitivnog razvoja (Piaget) kod djece, u prvoj godini života, javlja se presimbotska senzomotorna inteligencija čiji razvoj omogućava pojavu

govora. Vigotski tvrdi da mišljenje i jezik imaju različite korijene i da se razvijaju nezavisno jedan od drugog. Ruski autori na čelu sa Lurijom smatraju da prelaz od misli ka govoru sadrži više etapa. Američki istraživač jezika, Čomski, smatra da dijete posjeduje u određenom uzrastu prirodnu i urođenu sklonost za učenje jezika, te da ima urođenu sposobnost da razumije kako je neki jezik izgrađen i da shvati njegovu dubinsku strukturu. Izgleda kao da je najveći broj djece svjestan da mora proizvoditi zvuk ili praviti pokrete da bi ih drugi razumjeli, kao i da male razlike u zvuku i načinu izgovora mogu dovesti do značajnih razlika u značenju (Hwang i Nilsson, 2000). Na narednim stranicama ukratko ćemo objasniti svaki od poremećaja iz ove grupe.

Specifičan poremećaj govorne artikulacije

Predstavlja razvojni poremećaj koji podrazumijeva artikulaciju ispod očekivane za uzrast djeteta, uz normalan nivo govornih sposobnosti. Na uzrastu od četiri godine česte su greške u artikulaciji glasova, ali je govor razumljiv za sagovornika. Na uzrastu od 6–7 godina dijete uglavnom artikulira sve glasove, ali kod neke djece ostanu teškoće pri izgovoru pojedinih suglasničkih grupa glasova, što stvara probleme u komunikaciji. Na uzrastu od 11–12 godina, djeca usvoje pravilnu artikulaciju govora. Specifičan poremećaj postoji kada izgovaranje glasova kasni i/ili je izmijenjeno, što dovodi do pogrešne artikulacije i takav govor je teže razumljiv. Najčešće smetnje su dislalije koje se ispoljavaju kroz omisiju (izostavljanje glasova), supstituciju (zamjena glasova i/ili slogova), distorziju (izmijenjen, nestandardan izgovor jednog ili više glasova) i druge.

Poremećaj ekspresivnog govora

Poremećaj ekspresivnog govora je specifičan razvojni poremećaj koji podrazumijeva normativno razumijevanje govora, ali je prisutna nesposobnost ili nedovoljna sposobnost ekspresije govora. Govor je ispod očekivanog nivoa za mentalni uzrast. Mogu, ali ne moraju da postoje poremećaji artikulacije. Prevalencija poremećaja ekspresivnog govora kod djece i adolescenata u Evropi i Americi je 3–4% (Remschmidt i Belfer, 2005).

Specifične teškoće počinju sa izgovorom prve riječi, kada se uočava odsustvo riječi ili njihova zamjena. Kasnije teškoće uključuju: ograničen razvoj rječnika, pretjeranu upotrebu malog broja opštih riječi (riječi svih vrsta), teškoće u izboru odgovarajućih riječi ili njihovih zamjena, kratku govornu moć, nezrele rečenične strukture, greške u sintaksi, naročito izostavljanje krajeva riječi ili prefiksa, pogrešnu upotrebu ili nekorisćenje gramatičkih oblika (agramatičan govor), teškoće u redosljedu i pri prepričavanju prošlih događaja. Upotreba neverbalnih poruka (osmijeh, gestovi) i „unutrašnjeg“ jezika, koji se ogleda kroz imaginativnu ili fantazmatsku igru, uglavnom je neoštećena, kao i sposobnost socijalnog komuniciranja bez upotrebe riječi. Poremećaj ekspresivnog govora kod djece školskog uzrasta često je udružen sa smetnjama u socijalnim odnosima i emocionalnom funkcionisanju, problemima u ponašanju, slabom pažnjom i hiperaktivnošću.

Poremećaj receptivnog govora

To je specifični razvojni poremećaj koji karakteriše razumijevanje govora ispod očekivanog nivoa za mentalni uzrast djeteta. U većini slučajeva postoji i izraženo oštećenje ekspresivnog govora, uz česta oštećenja u artikulaciji glasova. Neodazivanje na ime bez upotrebe neverbalnih poruka do prve godine života, nesposobnosti da se do 18 mjeseci imenuje barem nekoliko prostih predmeta, ili nemogućnost da se do dvije godine života izvrše prosti nalozi, trebalo bi uzeti kao značajne znake kašnjenja. Kasnije teškoće uključuju nesposobnost razumijevanja gramatičkih struktura i nedostatak razumijevanja finih aspekata jezika (boja glasa, gestovi, orijentacija u prostoru). Od svih specifičnih razvojnih poremećaja govora i jezika, ovaj je praćen najvišom stopom udruženih socioemocionalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Ovi poremećaji se ne javljaju u nekom specifičnom obliku, ali su hiperaktivnost i slaba pažnja, izolacija od vršnjaka, anksioznost, osjetljivost i pretjerana stidljivost relativno česti. Djeca sa najtežim oštećenjima receptivnog govora mogu da kasne u socijalnom razvoju, da ponavljaju riječi koje ne razumiju i da ispoljavaju oskudnija interesovanja. Takva djeca se razlikuju od autistične po tome što obično pokazuju normalnu socijalnu recipročnost i fantazmatsku igru, skoro

normalnu upotrebu gestova i samo blago oštećenje neverbalne komunikacije. Prevalencija receptivnih poremećaja govora kod djece i adolescenata u Evropi i Americi je 2–3% (Remschmidt i Belfer, 2005).

Stečena afazija sa epilepsijom – Landau-Kleffner sindrom

Ovaj poremećaj je relativno rijedak i pojavljuje se kod djece sa prethodno normativnim razvojem govora, koje gubi, i receptivne i ekspresivne govorne sposobnosti, ali zadržava opštu inteligenciju. Tipičan početak je između tri i sedam godina, rjeđe ranije ili kasnije tokom djetinjstva. Početak poremećaja je praćen u većini slučajeva epileptičnim napadima i abnormalnostima EEG nalaza, najčešće u predjelu temporalnih režnjeva, obično bilateralno, ali često i sa difuznijim poremećajem (MKB-10).

Gubitak govora je postepen tokom nekoliko mjeseci kod četvrtine slučajeva djece sa ovim sindromom, ali je češći nagli početak sa gubitkom ove sposobnosti tokom nekoliko dana ili nedelja. Vremenska povezanost početka napada i gubitka govora je prilično različita, pri čemu jedno prethodi drugome od nekoliko mjeseci do dvije godine. Karakteristično je duboko oštećenje receptivnog govora, pri čemu je auditivno nerazumijevanje često prva manifestacija ovog stanja. Neka djeca postanu nijema, druga pokazuju blaže deficite u artikulaciji riječi, a kod nekih je govor ograničen i oskudan. U rijetkim slučajevima dolazi do promjena u boji, tempu, ritmu, napetosti i intenzitetu glasa. Smetnje u ponašanju i emocijama česte su u prvim mjesecima poslije inicijalnog gubitka govora, ali se poboljšavaju kada dijete usvoji neke oblike komunikacije. Etiologija stanja je nepoznata, ali kliničke karakteristike ukazuju na mogućnost zapaljenskog encefalitičnog procesa. Tok poremećaja je vrlo promjenljiv – oko dvije trećine djece ostaje sa manje ili više teškim oštećenjem receptivnog govora, dok se jedna trećina potpuno oporavi uz odgovarajuću terapiju.

Specifični razvojni poremećaj školskih vještina

To su poremećaji kod kojih su normativni obrasci usvajanja školskih sposobnosti i učenja oštećeni od ranog uzrasta. Smatra se da ovi poremećaji potiču od abnormalnosti u kognitivnim procesima koji u velikoj mjeri

proizilaze iz nekog oblika biološke disfunkcije. Češće se javljaju kod dječaka nego kod djevojčica. U svim obrazovnim programima i u svakoj uzrasnoj grupi školske djece mogu se sresti djeca koja su neuspješna u specifičnim aspektima postignuća što nije u skladu sa opštim nivoom intelektualnog funkcionisanja. Specifični razvojni poremećaji školskih vještina obuhvataju grupu poremećaja koji se manifestuju specifičnim i značajnim oštećenjem učenja. Ova oštećenja u učenju nisu direktna posljedica drugih poremećaja (kao što su mentalna zaostalost, veliki neurološki deficit, nekorigovani poremećaji vida ili sluha, ili emocionalni poremećaji), mada oni mogu da postoje u isto vrijeme sa njima. Specifični razvojni poremećaj školskih vještina često je udružen sa drugim kliničkim sindromima (hiperkinetički sindrom ili poremećaj ponašanja), ili razvojnim poremećajima (specifični razvojni poremećaj motornog funkcionisanja ili specifični razvojni poremećaj govora i jezika). U praksi, nastavnici i roditelji relativno kasno shvate suštinu problema, a i kada shvate često izostane adekvatna pomoć. Uglavnom se roditelji, nezadovoljni školskim uspjehom, obraćaju psihologu zbog problema u učenju. Simptome specifičnih razvojnih poremećaja školskih vještina kod dječaka sa školskim neuspjehom možemo prepoznati u sljedećem primjeru iz prakse.

Slučaj 2

Dejan, vrlodobar učenik petog razreda, dolazi u pratnji oca zbog težeg savladavanja gradiva, što je primijećeno još od prvog razreda. Roditelji su često razgovarali sa učiteljicom i pedagogom škole. U početku su sami pomagali dječaku, a od trećeg razreda sa njim radi učiteljica u penziji. Dejan svakodnevno uči po tri sata poslije nastave sa učiteljicom. Roditelji su visoko obrazovani i motivisani da pomognu dječaku, ali se emotivno teško suočavaju sa teškoćama koje Dejan ispoljava u učenju. U konstantnom otporu da prihvate da postoji realan problem zbog kojeg je uspjeh slabiji od očekivanog. Roditelji su razgovarali sa stručnom službom škole i učiteljicom o mogućnostima da se vrati razred "unazad", da radi po prilagođenog programu i slično. Oko dvije godine, Dejan je redovno odlazio kod logopeda jer je teže izgovarao nekoliko glasova i složene riječi. Više puta, roditelji su ga vodili raznim stručnjacima i svi nalazi su uredni.

Ranije je trenirao plivanje, ali sada ne trenira: „Išao bih ja, ali ne mogu stići, moram učiti“. Roditelji uporno tragaju za pomoći koja će mu omogućiti uspješnije učenje i bolje ocjene. Osnovni problem u školi je sa pisanjem i čitanjem. Izostavlja slova prilikom pisanja, kada rade diktat ne može stići i najčešće dobije slabu ocjenu. Čitanje je neprimjereno uzrastu, sporo i slabo čita. Da bi naučio lekciju roditelji mu pročitaju lekciju više puta, dok ne upamti i ne bude u stanju da ponovi šta je čuo. Zadaću piše po nekoliko sati, ne stiže da prepíše ono što učiteljica napiše na tabli. Dešava se da često zaboravi zadaću. U razredu je prihvaćen, ponašanje je uredno u školi i kući.

U test situaciji Dejan uspostavlja i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnju, prati instrukcije, adekvatno odgovara na jednostavna pitanja, spor je, nesiguran i neistrajan u radu. Opšta intelektualna efikasnost je blago redukovana usljed navedenih smetnji (donja granica prosječnih sposobnosti). Primjetna su značajna odstupanja u vještini čitanja i pisanja, znatno ispod očekivanih za uzrast.

Etiologija

Etiologija specifičnih razvojnih poremećaja školskih vještina je nepoznata. Pretpostavlja se da postoji značajna povezanost sa biološkim činiocima i biološkim sazrijevanjem u interakciji sa sredinskim činiocima. U mnogim slučajevima, tragovi ovih poremećaja mogu da se nastave preko adolescencije u odraslo životno doba.

Prilikom kliničke procjene, pojavljuju se brojne teškoće. Školska postignuća i intelektualne sposobnosti djece ne idu sasvim paralelno. Neophodna dijagnostička karakteristika je da su poremećaji bili ispoljeni u nekom obliku tokom nižih razreda osnovne škole. Stoga je potrebna individualna primjena standardizovanih testova postignuća i testova intelektualne razvijenosti. Nivo postignuća u specifičnim aspektima je znatno ispod očekivanog za mentalni uzrast, mada na opštem nivou sposobnosti mogu biti relativno očuvane. Djeca sa ovim smetnjama obično su obuhvaćena dugotrajnim defektološko-logopedskim tretmanima.

Specifični poremećaj čitanja – disleksija odnosi se na specifično i značajno oštećenje razvoja sposobnosti čitanja koje se ne može objasniti

mentalnom zaostalošću, problemima vida ili neadekvatnim školovanjem. Može biti oštećeno shvatanje pročitano, prepoznavanje pročitanih riječi, vještina čitanja naglas i nerazumijevanje zadataka koji zahtijevaju čitanje. Problemi školovanja su često udruženi sa specifičnim poremećajem čitanja i često ostaju tokom adolescencije čak i kada je primjetan izvjestan napredak u čitanju. Djeca sa specifičnim poremećajem čitanja često istovremeno ispoljavaju i specifične razvojne poremećaje govora i jezika. Ovaj poremećaj često je udružen sa školskim neuspjehom, neredovnim prisustvom nastavi i problemima u socijalnom prilagođavanju. Poremećaj se javlja u svim postojećim jezicima. Sposobnost čitanja kod djeteta je ispod očekivanog nivoa za njegov uzrast, opšte intelektualne sposobnosti i školovanje. Najbolje se procjenjuje na osnovu individualno primijenjenog standardizovanog testa čitanja, tačnosti i shvatanja. Ovaj poremećaj se može ispoljiti na različite načine, kao što su: greške pri glasnom čitanju, izostavljanje, zamjena, izvrtanje, ili dodavanje riječi ili dijelova riječi, sporo čitanje, pogrešni počeci, duga oklijevanja, ili „gubitak mjesta“ u tekstu, čitanje napamet, izvrtanje riječi u rečenicama ili slova u riječima (Bojanin i saradnici, 1999). Takođe, mogu da postoje poremećaji u shvatanju pročitano, kao što su nemogućnost da se pročitano prepriča ili da se izvedu zaključci iz pročitano. Kod neke djece sa disleksijom su udruženi emocionalni problemi koji su češći tokom mlađeg školskog uzrasta, dok su poremećaji ponašanja i sindrom hiperaktivnosti češći tokom kasnijeg djetinjstva i adolescencije. Takođe, nivo samopouzdanja i samoprocjene je niži, a problemi u školskom prilagođavanju su češći u odnosu na vršnjake. Novija istraživanja koja koriste rezultate magnetne rezonance pokazuju da osobe sa disleksijom mogu imati nedostatak fiziološke aktivacije u dijelu mozga koji je povezan sa brzim vizuelnim procesuiranjem (Travis, 1996) i da je identifikovana genetska regija za disleksiju na šestom hromozomu (Schulte-Koerne, 2001). Prevalencija disleksije kod djece i adolescenata u Evropi i Americi je 4–5% (Remschmidt i Belfer, 2005).

Disgrafija je specifičan poremećaj koji se ispoljava u nesposobnosti ili oštećenoj sposobnosti pisanja, nastao usljed moždanog oštećenja (Trebješanin, 2004). Dijete pokazuje poteškoće da usvoji vještinu pisanja i pri tome čini brojne, tipične i trajne greške. Greške, koje dijete čini, nisu

povezane sa neznanjem pravopisa, i trajno su zastupljene bez obzira na dovoljan stepen intelektualnog i govornog razvoja, uredno stanje čula sluha i vida, te redovno školovanje (Ivkić i Govedarica, 2000). U velikom broju slučajeva disleksija i disgrafija su udružene i istovremeno prisutne kod istog djeteta, ali postoje i slučajevi djece kod kojih specifične teškoće u pisanju egzistiraju samostalno. Takvo dijete može imati teškoće u čitanju samo na početku školovanja, a ozbiljne teškoće u pisanju ostaju mnogo duže, kada je čitanje već naučeno. Poremećaji u pisanju kod učenika osnovne škole znatno su češća pojava nego poremećaji u čitanju (Slika 5).

BAHA MYKA
 Mama imala gođel us ublykl onga telno utu
 napopel utu sa mano u mañom u dpoñom
 u dñom tel mo se dñom.
 Ja ugli u dñom zaspel u ipocñom sam ipocñom.

Slika 5. Primjer disgrafije

Specifični poremećaj računanja – diskalkulija karakteriše specifično oštećenje sposobnosti računanja, koje se ne može objasniti mentalnom zaostalošću, neadekvatnim školovanjem, efektima oštećenja vidnog, slušnog ili neurološkog funkcionisanja. Osnovne teškoće su uglavnom u oblasti računskih radnji sabiranja, oduzimanja, množenja i dijeljenja. Problemi računanja su brojni i različiti. Često se prepoznaje nemogućnost razumijevanja matematičkih izraza ili znakova; nemogućnost da se nauči tablica množenja, neprepoznavanje numeričkih simbola, teškoće u izvršavanju standardnih računskih operacija i slično. Sposobnosti računanja su znatno ispod očekivanog u odnosu na uzrast, opšte intelektualne sposobnosti i školovanje. Procjenjuje se primjenom standardizovanih aritmetičkih testova. Za razliku od djece sa problemima čitanja, kod ove djece audio-perceptivne i verbalne sposobnosti su u granicama normalnog, dok su oštećene vizuo-spacijalne i vizuo-perceptivne sposobnosti. Neka

djeca imaju udružene socioemocionalne poremećaje i poremećaje ponašanja (Ivkić i Govedarica, 2000).

Slučaj 3

Maja je učenice petog razreda koja iskazuje poteškoće u pismenom izražavanju i čitanju. Opšta intelektualna razvijenost je u kategoriji prosječnih sposobnosti. Školski uspjeh i opšta intelektualna efikasnost je redukovana zbog otežanog čitanja i pisanja. Prilikom rješavanja domaćih zadataka neophodna je pomoć roditelja. Čitanje je značajno ispod očekivanog za uzrast. Većinu riječi iščitava u sebi, a onda ih glasno izgovara. Kada pročita nekoliko rečenica (duži tekst) ne razumije ili samo djelimično razumije pročitano. Piše rečenice po diktatu, greške su u zamjeni i dodavanju slova i skraćivanju riječi. Nakon defektološkog tretmana može da primijeti i koriguje greške u pisanju. S obzirom na značajne teškoće i slabiji školski uspjeh zbog poteškoća u čitanju i pisanju (disleksija i disgrafija), za ovu učenicu je predložen usmeni način obučavanja i odgovaranja u kojem učenica postiže značajno bolje rezultate. Uključena je u intenzivan program logopeda i defektologa po programu za disleksije i disgrafije i predložen je redovni nastavni program uz individualizaciju nastave. Nastavnici bi trebalo da daju prednost češćim usmenim oblicima u poučavanja i provjeravanju, izbjegavajući da pred cijelim razredom čita ili piše na tabli osim ako sama ne izrazi želju.

Djeca sa poremećajima školskih vještina, uz razumijevanje njihovog problema u vidu parcijalnog prilagođavanja programa samo za one vještine koje odstupaju od urednog razvoja, mogu da uče i prate redovnu nastavu sa svojim vršnjacima.

MENTALNA ZAOSTALOST

Ovaj pojam, u literaturi i praksi, označen je sa više različitih izraza tako da neusklađenost terminologije često dovodi do zabuna. Sreću se izrazi mentalna retardacija, mentalna subnormalnost, oligofrenija, psihička zaostalost, mentalni hendikep, mentalna insuficijencija i drugi. Pojam mentalna zaostalost podrazumijeva stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se posebno karakteriše poremećajem sposobnosti koji se pojavljuje tokom razvojnog perioda i koje doprinose opštem nivou inteligencije, kao što su kognitivne, govorne, motorne i socijalne sposobnosti. U ovoj knjizi koristićemo izraz mentalna zaostalost, iako ne određuje u potpunosti samu pojavu.

Određenje pojma

Prva definicija mentalne zaostalosti bila je vezana uz niske rezultate na testovima inteligencije, ali 1959. godine Američko udruženje za mentalnu zaostalost (American Association of Mental Retardation-AAMR) dodalo je i prilagođeno ponašanje kao važan kriterijum. Bazičan izraz u definiciji je funkcionisanje. „Mentalna zaostalost nije organski poremećaj. Isto tako ona nije mentalni poremećaj. Kada intelektualna ograničenja nemaju stvarnog uticaja na funkcionisanje, osoba nije mentalno zaostala“ (AAMR, 1992, prema Wenar, 2003). Mentalna zaostalost predstavlja sporiji ritam i niži stepen intelektualnog razvoja ranog porijekla (urođenog, nastalog u prvim mjesecima i godinama života) i slabiji kvalitet odgovora na stimuluse koji dolaze iz društvene i kulturne sredine. Uzrast na kojem se identifikuje početak smetnji je prije 18. godine života.

Sve definicije ističu tri kriterijuma za određivanje mentalne zaostalosti:

- intelektualni deficit,
- socijalna nekompetentnost,

- razvojni period u kome stanje nastaje.

Prema definiciji (AAMR, 1992): „Mentalna zaostalost podrazumijeva značajno ograničenje u aktuelnom funkcionisanju i ne definiše se samo niskim koeficijentom inteligencije iako je značajno određena intelektualnim funkcionisanjem. Istovremeno, postoje ograničenja u dva ili više od sljedećih područja: vještine prilagođavanja, komunikacija, briga o sebi, svakodnevni život, socijalne vještine, život u zajednici, planiranje, zdravlje i sigurnost“. U ovoj definiciji naglašen je značaj prilagođavanja na socijalnu sredinu. Prema stavovima AAMR, mentalna zaostalost utiče na sve aspekte života djeteta ili mlade osobe. Noviji stavovi mijenjaju koncept mentalne zaostalosti što je rezultat istraživanja u zadnje tri decenije. Četiri specifične dimenzije ukazuju na važnost svake od dimenzija koja utiče na promjene i perspektive mentalne zaostalosti (AAMR, 1992):

- intelektualno funkcionisanje i vještine adaptacije,
- psihološki i emocionalni činioci,
- zdravlje, fizički i etiološki činioci,
- činioci sredine.

Činioci sposobnosti i okoline značajno pridonose opštem funkcionisanju svakog pojedinca. Intelektualno funkcionisanje mjereno testovima inteligencije i izraženo IQ-om, razmjerno je stabilno od djetinjstva ka odraslosti, ali kod neke djece je moguća smanjena intelektualna efikasnost usljed raznih faktora vezanih za prirodnu sredinu djeteta, a posebno za procese prilagođavanja. Trajanje ne mora biti doživotno. Kada okolina postane manje zahtjevna funkcionisanje djeteta se može poboljšati. Inteligencija nije jedinstvena karakteristika već je određena velikim brojem različitih, specifičnih sposobnosti. Iako je opšta tendencija svih ovih sposobnosti da se razvijaju do sličnog stepena, kod svakog pojedinca postoje i velike razlike, naročito kod mentalno zaostale djece. Procjena intelektualnog nivoa zasniva se na svim raspoloživim informacijama, uključujući kliničke nalaze, adaptivno ponašanje i psihometrijska test postignuća. Za postavljanje definitivne dijagnoze mora da postoji snižen nivo intelektualnog funkcionisanja koji dovodi do smanjenih sposobnosti prilagođavanja dnevnim zahtjevima socijalne

sredine. Udruženi psihički ili tjelesni poremećaji imaju veliki uticaj na kliničku sliku i korišćenje bilo kojih sposobnosti. Dati IQ nivoi su samo putokaz i ne treba ih rigidno primjenjivati. Prema MKB-10, oblast mentalne zaostalosti označena je šiframa od F70 do F79.

Prevalencija

Prevalencija za laku mentalnu zaostalost (IQ od 50 do 70) iznosi oko 3–4% na 1000 ljudi, sa sličnom prevalencijom za umjerenu, tešku i duboku (IQ ispod 50), ukupno oko 6–8% na 1000 ljudi, ili manje od 1% populacije (Šerifović-Šivert, 2009). Slične podatke iznose i drugi autori i navode da prevalencija mentalne zaostalosti u populaciji, prema približnim procjenama, iznosi oko 1–3% (Radojičić, 1979, prema Tadić, 2000). Učestalost je nešto veća među muškom nego ženskom djecom (1,6 : 1). Ove razlike prisutne su kod ljudi sa lakšim oblicima zaostalosti, dok kod težih oblika to nije zabilježeno (Šerifović-Šiver, 2009).

Klinička slika

Mentalna zaostalost može da se javi sa i bez drugih mentalnih ili fizičkih poremećaja. Dijete, koje je označeno kao mentalno zaostalo, ne mora obavezno ispoljiti emocionalne i ponašajne smetnje. Prema ovom shvatanju, mentalna zaostalost nije psihopatološki fenomen, ali su djeca sa mentalnom zaostalošću pod većim rizikom od psihopatoloških ispoljavanja, od iskorišćavanja, fizičke i/ili seksualne zloupotrebe. Adaptivno ponašanje je uvijek oštećeno, ali u zaštićenim socijalnim sredinama u kojima postoji odgovarajuća podrška to nije uvijek očigledno, posebno kod djece sa lakom mentalnom zaostalošću. Ova definicija predstavlja nov način gledanja na probleme djece sa mentalnom zaostalošću, što je doprinijelo izmjenama u obrazovanju i povoljnijem statusu u društvu.

Podjela mentalne zaostalosti

U praksi se najčešće koristi podjela mentalne zaostalosti na osnovu rezultata intelektualne razvijenosti iskazane kroz koeficijente inteligencije (IQ), a koji se određuje pomoću standardizovanih, individualno primijenjenih testova inteligencije za koje su lokalne kulturne norme uzete u obzir, a odgovarajući

test se bira u zavisnosti od individualnog nivoa funkcionisanja i dodatnih specifičnih onesposobljavajućih okolnosti, kao što su problemi ekspresivnog govora, oštećenja sluha, tjelesne bolesti i drugi. Skale za procjenu socijalne zrelosti i adaptacije koje bi takođe trebalo da budu lokalno standardizovane, trebalo bi popuniti ukoliko je to moguće intervjuišući roditelje ili one koji se brinu o djetetu jer su upoznati sa njegovim sposobnostima u svakodnevnom životu. Niže navedene kategorije su proizvoljne podjele složenog kontinuuma i ne mogu se definisati sa apsolutnom preciznošću (MKB-10):

- laka mentalna zaostalost, IQ između 50 i 69,
- umjerena mentalna zaostalost, IQ između 35 i 49,
- teža i teška mentalna zaostalost, IQ između 20 i 34,
- duboka mentalna zaostalost, IQ između 0 i 20.

Laka mentalna zaostalost

Djeca sa lakom mentalnom zaostalošću psihomotorno se sporije razvijaju u odnosu na vršnjake. Obično kasnije prohodavaju i progovaraju. Nauče da govore sa izvjesnim zakašnjenjem. Govor je često preopširan zbog nesposobnosti odvajanja bitnog od nebitnog, ali se najveći broj osposobi da koristi govor u svakodnevnom životu i komunikaciji. Mišljenje je konkretno, emocije ispoljavaju otvoreno i direktno. Pamćenje može da bude očuvano. Većina uspijeva da se u potpunosti brine o sebi (ishrana, pranje, oblačenje, kontrola sfinktera) i nezavisna je u praktičnim i domaćim poslovima, čak i kada je brzina razvoja znatno ispod očekivane za uzrast. Glavne teškoće ispoljavaju se u školovanju, posebno u čitanju i pisanju. Ipak, lako mentalno zaostalim osobama je od velike pomoći obrazovanje koje ima za cilj da razvije njihove sposobnosti i kompenzuje njihov hendikep. Djeca koja pripadaju višim nivoima lake mentalne zaostalosti mogu se potencijalno osposobiti za poslove u kojima se više traže praktične nego akademske sposobnosti, uključujući nekvalifikovane ili polukvalifikovane manuelne poslove. U sociokulturnoj sredini koja zahtijeva mala akademska postignuća, djeca sa lakom mentalnom zaostalošću nemaju većih poteškoća ukoliko nije izražena socijalna i emocionalna nezrelost.

Emocionalni, socijalni i problemi ponašanja djece sa lakom mentalnom zaostalošću, kao i potrebe za tretmanom i podrškom, sličnije su onima koji postoje kod osoba normalne inteligencije, nego specifičnim problemima umjerene i teške mentalne zaostalosti. Organski uzroci mogu se utvrditi kod manjeg broja slučajeva.

Laka mentalna zaostalost (LMZ) odlikuje se intelektualnom razvijenošću procijenjenom standardizovanim testovima inteligencije IQ od 50 do 69. Razumijevanje i korišćenje jezika ima tendenciju zaostajanja. Problemi u ekspresivnom govoru ometaju razvoj samostalnosti, a kod neke djece mogu da ostanu i u odraslom životnom dobu. Mogu razviti komunikacijske i socijalne vještine, tako da se ne primijeti razlika do pet ili šest godina u odnosu na vršnjake. Djeci koja su označena kao mentalno zaostala potrebna je dodatna pomoć tokom školovanja u obliku prilagođenog programa. Pohađaju iste škole i odjeljenja kao i njihovi vršnjaci, ali po prilagođenom programu. Mogu se osposobiti za jednostavne zanatske vještine i većinom su sposobna za rad i samostalan život uz podršku. Zasnivaju porodice i imaju djecu. Čine oko 80% populacije mentalno zaostalih.

Laka mentalna zaostalost kod neke djece može biti udružena sa raznim drugim poremećajima u različitim odnosima: autizam, drugi razvojni poremećaji, epilepsija, poremećaji ponašanja, fizička oštećenja i drugi.

Prema MKB-10 laka mentalna zaostalost označena je šifrom F70.

Umjerena mentalna zaostalost

Djeca sa umjerenom mentalnom zaostalošću pokazuju usporen razvoj razumijevanja i upotrebe jezika, a njihova postignuća u ovoj oblasti su ograničena. Djelimično su samostalna u vođenju brige o sebi, usvajaju vještine vezane za ličnu higijenu, hranjenje, upotrebu sanitarija, oblačenje i drugo. Neka nikada ne nauče da upotrebljavaju govor, iako razumiju jednostavne naloge i obično nauče da upotrebljavaju gestove da bi djelimično kompenzovala govorne probleme. Neka djeca mogu da učestvuju u jednostavnim razgovorima, dok ostala mogu samo da iskažu svoje osnovne potrebe. Kod većine djece iz ove grupe prisutna je motorna nespretnost. Socijalno su uglavnom nesamostalna. Nisu u stanju da

samostalno funkcionišu u domaćinstvu (briga o prostoru, kuhanje, raspolaganje novcem, dnevno planiranje aktivnosti). Nesamostalna su u aktivnostima u zajednici, na planu samousmjeravanja (samostalno donošenje odluka, izvršavanje određenih zadataka, traženje pomoći), na području zdravlja i sigurnosti (održavanje zdravlja, kontrolisanje impulsa, kontrola seksualnosti, samozaštita, procjena opasnosti).

Napredovanje u školskim postignućima je vrlo ograničeno. Izvjestan broj djece sa umjerenom mentalnom zaostalošću obrazuje se u specijalizovanim ustanovama, a drugi se uključuju u redovne školske programe, obično prve dvije godine. To je period opservacije nakon kojeg većina nastavlja u specijalizovanim ustanovama uz individualne edukativne programe. Ovi programi usmjereni su na usvajanje vještina samozbrinjavanja i prilagođeni su djeci koja sporo uče uz nizak nivo postignuća. Kao odrasli, umjereno mentalno zaostale osobe, obično su sposobne za obavljanje jednostavnih praktičnih poslova, ukoliko su zadaci brižljivo strukturisani i obezbijeđen stručan nadzor. Oni su po pravilu pokretni (najveći broj nauči da hoda bez tuđe pomoći), fizički aktivni i većina pokazuje sposobnost da ostvari kontakte u okviru svoga socijalnog razvoja. Motivisani su za komunikaciju sa drugima i prema svojim mogućnostima angažuju se u jednostavnim socijalnim aktivnostima, mada je socijalizacija otežana. Bazične komunikacijske vještine postoje i većina ovlada njima.

Koeficijent inteligencije (IQ) kod djece sa umjerenom mentalnom zaostalošću je od 35 do 49. Uobičajena je neusklađenost profila sposobnosti, pri čemu izvjesni pojedinci dostižu više nivoe na vizuo-spacijalnim vještinama nego na zadacima koji zavise od govora, dok su drugi naglašeno nespretni, ali uživaju u socijalnim interakcijama i jednostavnoj komunikaciji.

Organski uzroci mogu se ustanoviti kod većine umjereno mentalno zaostalih. Simptomi iz grupe pervazivnih razvojnih poremećaja prisutni su kod manjeg broja, ali imaju veliki uticaj na kliničku sliku i tip pomoći koji im je potreban. Epilepsija, neurološka i tjelesna oštećenja često su udruženi sa umjerenom mentalnom zaostalošću. Ponekad je moguće identifikovati druga psihijatrijska stanja, ali ograničeni nivo razvoja govora čini dijagnozu

teškom i zavisnom od informacija dobijenih od drugih bliskih osoba. Učestvuju oko 12% u populaciji mentalno zaostalih.

Dugotrajnim treningom i prilagođenim sposobnostima djeteta, mogu se osposobiti za najjednostavnije poslove. Djelimično su sposobni za život u zajednici uz snažnu podršku. Većina ne ostvaruje potpuno samostalan život u odraslom dobu, a nekima sa težim smetnjama potreban je stalan nadzor tokom života, jer nemaju socijalnu samostalnost, ne mogu steći radnu ni poslovnu sposobnost, tako da je za njihovo zbrinjavanje nužno zaštićeno stanovanje u zajednici uz podršku.

Prema MKB-10, umjerena mentalna zaostalost označena je šifrom F71.

Teža i teška mentalna zaostalost

Većina djece iz ove grupe ispoljava izražena motorna oštećenja ili druge udružene deficite, koji ukazuju na klinički značajno oštećenje ili poremećaj razvoja centralnog nervnog sistema. U ranom djetinjstvu vrlo je usporen psihomotorni razvoj. Intelektualna efikasnost izražena koeficijentom inteligencije je između 20 i 34 IQ jedinice. Postoji minimalna govorna komunikacija, te potpuna nemogućnost usvajanja socijalnih vještina i normi. Ne mogu savladati osnovne konceptualne, socijalne i praktične vještine za snalaženje u aktivnostima svakodnevnog života. Nesposobni su za samostalan život i neophodno je stalno vođenje, nadzor, pomoć i njega drugog lica. U ukupnom uzorku mentalno zaostalih, zastupljeni su sa oko 7%.

Prema MKB-10, djeca sa teškom mentalnom zaostalošću označena su šifrom F72.

Duboka mentalna zaostalost

U ovu grupu su svrstana djeca sa koeficijentom intelektualne razvijenosti, IQ ispod 20. Sposobnosti da razumiju i koriste govor su izrazito ograničene. Većina njih je nepokretna ili veoma ograničeno pokretna, inkontinentna i sposobna za najjednostavnije forme neverbalne komunikacije. Posjeduju male ili nikakve sposobnosti da se brinu o sebi i zahtijevaju stalnu pomoć i nadzor. Manji broj djece iz ove kategorije nauči da razumije jednostavne

naredbe ili iskaže potrebe. Organski uzroci mogu se ustanoviti kod većine. Teška neurološka i druga tjelesna oštećenja koja ometaju pokretljivost česta su, kao i epilepsija, oštećenje vida i sluha. Pervazivni razvojni poremećaji, naročito atipični autizam, često su pridruženi posebno kod onih koji su pokretni. U djetinjstvu je izrazito zaostajanje u razvoju osnovnih senzomotornih funkcija. Kao odrasli pokazuju minimalni govorni fond, rijetki uspiju naučiti osnovne higijenske navike. Nesposobni su za samostalan život. Zavisni su od zaštite i staranja drugih. Čine svega 1% mentalno zaostalih.

Prema MKB-10, duboka mentalna zaostalost označena je šifrom F73.

Za djecu sa težom, teškom i dubokom mentalnom zaostalošću, neophodno je oduzimanje poslovne sposobnosti i produženje roditeljskog prava nakon punoljetstva. U ovim slučajevima, po zahtjevu roditelja, usvojitelja ili organa starateljstva, sud odlučuje o produženju roditeljskog prava. Na ovaj način roditelji nastavljaju da ostvaruju roditeljsko pravo brinući se o ličnosti, zdravlju, pravima, imovini, izdržavanju i zastupanju djeteta. U posljednje vrijeme, i kod nas se sve više poštuje proces deinstitalizacije i većina djece iz ovih kategorija zbrinjava se u krugu vlastite ili druge porodice, a uz adekvatne usluge u zajednici (pomoć u kući, personalna asistencija, dnevni centri). Samo u rijetkim slučajevima djeca iz ove kategorije privremeno se zbrinjavaju u ustanove socijalne zaštite.

Mentalna zaostalost i psihopatološka ispoljavanja

U pubertetu i adolescenciji, uz mentalnu zaostalost, mogu se javiti razni vidovi psihopatoloških ispoljavanja. Mentalno zaostale osobe mogu da ispolje čitav niz psihičkih poremećaja, čija je prevalencija kod ove populacije bar tri do četiri puta veća nego u opštoj populaciji. Hiperkinetički sindrom se češće viđa kod mentalno zaostale djece (oko 12%) koja su i inače nagla, aktivna, slabe pažnje. Ukoliko je zaostalost dublja, razvoj govora je usporeniji i nefunkcionalniji. Kod mentalno zaostale djece česti su stereotipni i repetitivni pokreti posebno na zabrane i zanemarivanje od strane najbližih.

Mentalno zaostale osobe zbog smanjene sposobnosti za razumijevanje društvenih odnosa mogu imati iskrivljen sistem moralnih vrijednosti i normi ponašanja. Njihova mjerila za dozvoljeno i nedozvoljeno, dobro i zlo, pravedno i nepravedno, lakše se pomjeraju i iskrivljuju. S druge strane, nadzor nagonskih težnji, agresivnih i polnih je slab, povodljivost i sugestibilnost povišena, tako da cjelokupno ponašanje može biti pod uticajem ovih težnji i bez kontrole. Intelektualna manjkavost i sklop ličnosti mentalno zaostalih u nepovoljnim okolnostima mogu da razviju otpor prema užoj i široj sredini, rušilaštvo, okrutnost, nedruštveno ponašanje i prestupništvo. Kod dječaka su češći nasilje, krađe, bjekstva, a kod djevojčica prostitucija i bjekstva. Psihopatološka ispoljavanja najčešće se pojavljuju u raznim sukobima, pod uticajem vanjskih faktora, a ispoljavaju se u vidu: anksiozno-fobičnih i konverzivno-histeričnih ispoljavanja.

Kod nekih se razvijaju paranoidna stanja sa slabije sistematizovanim paranoidnim mislima, te se osjećaju progonjenim, razvijaju neprijateljstvo prema drugima i društvu, a optužuju druge za svoje neuspjehe.

Etiologija

Uzroci mentalne zaostalosti su višestruki i nije ih lako otkriti. Bez obzira na poznate uzroke mentalne zaostalosti, oko 75% slučajeva mentalne zaostalosti nije adekvatno objašnjeno ili se objašnjava socijalnim uticajima i uticajima sredine (Šerifović-Šivert, 2009). Takođe, teško je odrediti udio i osobine bioloških i sredinskih faktora koji su značajni za nastajanje zaostalosti. Jedna od najstarijih podjela prema uzrocima nastanka je na primarnu i patološku mentalnu zaostalost.

Primarna mentalna zaostalost podrazumijeva ona stanja intelektualnog nedostatka u kojima se ne mogu sa sigurnošću dokazati strukturne, metaboličke, hormonske i druge promjene (Hillard, Kirman, 1965, prema Tadić, 2000).

Patološka mentalna zaostalost podrazumijeva podgrupu mentalne zaostalosti kod koje se mogu otkriti anatomske, metaboličke, genetičke i hormonske promjene i uzrok koji dovodi do takvih, obično, teških,

organskih promjena. U okviru patološke mentalne zaostalosti postoje sljedeće podgrupe (Tadić, 2000):

- genetskog porijekla usled poremećaja: u metabolizmu lipida, aminokiselina, ugljenih hidrata i endokrinog sistema,
- djelovanja promjena u hromozomima (Downov sindrom, i mnogi drugi sindromi),
- epigenetskih činilaca: infekcija, trovanja, povreda...
- urođene anomalije: mikrocefalija, hidrocefalija i druge.

Sa usavršavanjem dijagnostike i sve boljim otkrivanjem uzroka, grupa primarne mentalne zaostalosti se smanjuje na račun grupe patološke zaostalosti. Mnogobrojni sredinski uzroci mentalne zaostalosti mogu se pojaviti od začeća, tokom trudnoće i ranog razvoja, a klasifikuju se kao: prenatalni, perinatalni i postnatalni (Šerifović-Šivert, 2009).

Uticaj sredinskih faktora značajan je u svim fazama razvoja.

Prenatalni činioci podrazumijevaju period od začeća do porođaja u kojem razni štetni uticaji preko trudnice mogu oštetiti razvoj nerođenog djeteta. Izlaganje majke raznim hemikalijama, psihoaktivnim supstancama, neadekvatna ishrana, depresija, nasilje i drugi činioci mogu se negativno odraziti na razvoj nerođenog djeteta. Na primjer, pretjerana upotreba alkohola za vrijeme trudnoće može uzrokovati Fetalni alkoholni sindrom kod djeteta koji predstavlja rizični faktor za razvoj, a posebno za razvoj osnovnih psihičkih funkcija (problemi u učenju i drugi).

Perinatalni činioci podrazumijevaju teškoće nastale prilikom poroda, posebno nedostatak kiseonika (anoksija).

Postnatalni činioci podrazumijevaju povrede glave i infekcije u najranijem uzrastu koje mogu dovesti do kognitivnih oštećenja.

Klinička procjena

Nivo intelektualne razvijenosti jedan je od važnih faktora za određenje mentalne zaostalosti, ali nije jedini i ključni. Pored rezultata na testovima sposobnosti (IQ) neophodno je prikupiti sve važne podatke o funkcionisanju djeteta. Klinička procjena mentalne zaostalosti je složen i odgovoran zadatak koji je povjeren Prvostepenoj stručnoj komisiji za razvrstavanje djece i omladine sa smetnjama u razvoju („Službeni glasnik RS“). U radu

komisije učestvuje: pedijatar, psihijatar, psiholog, socijalni radnik, logoped defektolog i drugi stručnjaci po potrebi. Na komisiju se upućuju djeca koja su pokazala odstupanja u nekom od bio-psihosocijalnih aspekata razvoja, kao što su djeca sa cerebralnom paralizom, mentalnom zaostalošću, smetnjama u razvoju govora i drugi. Kod većine mentalno zaostale djece smetnje su kombinovane i zahvataju dva ili više aspekata razvoja. Prijedlog za upućivanje na komisiju mogu pokrenuti roditelji ili staratelji djeteta, ali nije neuobičajeno da inicijativa potekne iz zdravstvenog, obrazovnog ili nekog drugog sistema u koji je dijete prirodno uključeno. Prema zakonskim odredbama, razvrstavanje (kategorizacija) se provodi prije navršenih 15 godina života, prema važećem pravilniku. Na osnovu rješenja komisije, dijete se uključuje u obrazovni sistem i obrazuje se prema individualno prilagođenom program. Na ovaj način se štite dječija prava i omogućava potpuniji i kvalitetniji razvoj. Takođe, status djeteta sa smetnjama u razvoju obezbjeđuje djeci zadovoljenje specifičnih potreba u zavisnosti od vrste i stepena ometenosti u razvoju, a sve to u redovnom školskom programu po principima inkluzije (program prilagođen djeci sa smetnjama u razvoju). Djeca sa umjerenom, teškom i dubokom mentalnom zaostalošću uključuju se u specijalizovane ustanove u kojima rade stručni timovi u čijem sastavu su defektolozi, psiholozi, fizioterapeuti, socijalni radnici, rehabilitatori i drugi.

Osnovna mjerila na osnovu kojih se procjenjuje mentalna zaostalost su (Tadić, 2000):

- psihometrijsko mjerilo,
- mjerilo društvene prilagođenosti,
- pedagoška mjerila.

U procesu kliničke procjene mentalne zaostalosti potrebno je analizirati sva navedena mjerila zajedno i pažljivo procijeniti da li kod pojedinog djeteta postoji mentalna zaostalost i kojeg je stepena.

Terapijski pristupi

Terapijski pristupi podrazumijevaju programe koji su namijenjeni podučavanju vještinama koje omogućavaju viši stepen samostalnosti i produktivnosti. Najčešće se koristi savjetovanje roditelja (individualno i/ili

grupno), kao i terapijske tehnike za posebne potrebe mentalno zaostale djece. Često se koriste grupne terapije sa djecom koje uključuju razgovore, igru, ručni rad, gledanje filmova ili odlazak na izlete, razgovore o osjećanjima i slično. Ovoj djeci je potrebna podrška i pomoć prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Paralelno se organizuju terapijske grupe za roditelje koje omogućavaju razgovor o zajedničkim problemima uz uzajamnu podršku.

Farmakoterapija se ne koristi za mentalnu zaostalost, ali se u nekim slučajevima koristi za razne prateće smetnje, kao što su samopovređivanje, depresivna stanja, stereotipna ponašanja, agresivnost i druge.

Mnogobrojni programi namijenjeni su roditeljima koji se više ili manje uspješno provode. Roditelji nižeg socioekonomskog statusa, grupa kojoj su ovi programi najpotrebniji, često prekidaju ove programe ili, kada u njima i ostanu, stižu manju stručnost u njihovoj primjeni i provođenju (Harris, Alessandri i Goll, 1991).

Obrazovanje djece sa intelektualnim smetnjama

U sistem obrazovanja uvedena je značajna promjena, a to je školovanje djece sa smetnjama u razvoju u redovnim školama zajedno sa njihovim vršnjacima. Položaj djece sa smetnjama u razvoju u historiji je prošao kroz nekoliko faza: od direktne diskriminacije, odbacivanja i isključivanja, preko samilosno/milosrdnog pristupa do koncepta integracije i inkluzije. Ključni procesi su „socijalna integracija” i „normalizacija“ i oni su doprinijeli mijenjanju teorije i prakse koja se bavi zaštitom i rehabilitacijom djece sa smetnjama u razvoju.

Koncept normalizacije otpočeo je u skandinavskim zemljama sedamdesetih i osamdesetih godina prošloga vijeka i vrlo brzo je prihvaćen u mnogim razvijenim zemljama. Suština ovog koncepta je da se omogući osobama ometenim u razvoju da njihov život bude što sličniji životu zdravih vršnjaka sa kojima žive u istoj socijalnoj sredini.

Paralelno se javlja i koncept integracije, koji ima svoju osnovu u medicinskom modelu. Prema ovome modelu, ometenost je tretirana isključivo kao problem ili nedostatak pojedinca, koji se mora korigovati, liječiti, rehabilitovati i mijenjati, kako bi mogao da se prilagodi školskom

sistemu i društvu u cjelini. Sav teret ometenosti je na djetetu i njegovoj porodici. Dijete se posmatra kroz ometenost i dijagnozu, a podrška koja mu se pruža u zaštićenim uslovima (domovi, bolnice, „specijalne“ škole) ima za cilj njegovo mijenjanje, kako bi se moglo uklopiti u prirodnu sredinu. Nasuprot medicinskom modelu, socijalni model ne tretira ometenost samo kao problem pojedinca, već i kao problem društva. Društvo se mora mijenjati i prilagođavati kako bi izašlo u susret specifičnim potrebama svakog pojedinca, kroz novu zakonodavnu, obrazovnu i socijalnu politiku. Prilagođavanje društvenih institucija podrazumijeva uklanjanje raznovrsnih barijera od arhitektonskih do psihosocijalnih. Ometenost je shvaćena kroz interakciju pojedinca, porodice i društva. Potrebno je na svim nivoima prihvatiti odgovornost i uložiti napor da se poboljša položaj i kvalitet života djece sa smetnjama u razvoju.

Inkluzija u obrazovanju

Devedesetih godina prošloga vijeka, kao nadogradnja procesu normalizacije i integracije, pojavljuje se filozofija inkluzije, koja ima za cilj uključivanje osoba ometenih u razvoju u širu socijalnu sredinu. Koncept inkluzije je usmjeren ka deinstitutionalizaciji, dehospitalizaciji i regionalizaciji, odnosno uspostavljanju stručnih službi u zajednici. Rad stručnih službi u zajednici zasnovan je na neophodnim zakonskim propisima, koji imaju zadatak da stvaraju prihvatljivije okruženje za osobe ometene u razvoju. Danas se sve više govori o unapređenju kvaliteta življenja ometenih osoba i o činiocima koji određuju kvalitet života.

Prema važećem Pravilniku o razvrstavanju (Prvostepena stručna komisija za procjenu potreba i usmjerenje djece i omladine sa smetnjama u razvoju („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 58/02) licima sa smetnjama u fizičkom i psihičkom razvoju u skladu sa međunarodnom klasifikacijom bolesti (MKB-10, 1992) smatraju se lica sa: oštećenjem vida, oštećenjem sluha, sa smetnjama u glasu, govoru i jeziku, sa tjelesnim oštećenjima, sa mentalnom zaostalošću, višestrukim smetnjama i sa pervazivnim razvojnim poremećajima.

Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, smetnji i zdravlja (ICF, SZO, 2001) oslanja se na bio-psihosocijalni model. Opisuje se

funkcionisanje u vezi sa zdravstvenim stanjem pojedinca u oblastima fizičkih i psihičkih funkcija. Usmjerena je na aktivnosti i ograničenja izvođenja aktivnosti (počevši od osnovnih do složenijih), kao i na sredinske faktore i nivoe participacije. Dječija verzija klasifikacije (ICF-CY, SZO, 2007) naglašava razvojnu perspektivu. Oslanja se na ekološki model razvoja u kojem je proces adaptacije djeteta, tokom razvoja, proizvod stalnih interakcija sa sredinom.

U našem okruženju postoje sporadični radovi i istraživanja o obrazovanju djece sa smetnjama u razvoju, njihovom uključivanju u redovne vrtiće i škole i stavovima vaspitača i učitelja prema inkluziji (Gašić-Pavišić, 2002; Jablan i Kovačević, 2008; Karić, Mihić i Korda, 2014; Hrnjica, 2007). Rijetko je proučavan položaj djece sa smetnjama u razvoju u društvu i lokalnoj zajednici. Kod većine roditelja prisutan je strah i zabrinutost zbog školskog neuspjeha i neprihvaćenosti djeteta u školskoj sredini. Zabrinuti su i zbog eventualne nedostupnosti specijalnih službi i nedovoljne osposobljenosti vaspitača za rad sa njihovom djecom. Iskustva u nekim inkluzivnim programima ukazuju na negativne stavove roditelja ostale djece prema uključivanju djece sa smetnjama u razvoju u redovne grupe vrtića i škola. Roditelji djece koja nemaju smetnje u razvoju plaše se da će njihovo dijete biti zanemareno, jer će vaspitači i/ili učitelji više vremena i pažnje posvetiti djeci sa smetnjama.

Obrazovanje djece sa intelektualnim smetnjama u Republici Srpskoj

Obrazovanje, vaspitanje i rehabilitacija djece sa smetnjama u razvoju u Republici Srpskoj organizovano je na tri načina, i to u:

- specijalnim školama (ustanovama) za djecu koja su sa mentalnim, tjelesnim i senzornim oštećenjima (slijepa, slabovidna, slušno oštećena, sa poremećajima u glasu, govoru i jeziku),
- u posebnim – specijalnim odjeljenjima u redovnim školama na osnovu rješenja sa kojim se utvrđuje vrsta i stepen ometenosti u razvoju,
- u redovnim školama prema programima potpuno ili djelimično prilagođenim individualnim mogućnostima i potrebama svakog pojedinog djeteta.

Dosadašnja praksa je pokazala da djeca, sa ograničenim i lakšim smetnjama u razvoju, prate redovnu nastavu uz individualno prilagođavanje programa. Djeca koja imaju poteškoća sa deficitom pažnje i problemima u ponašanju teže se adaptiraju i izdrže zahtjeve školskog programa, pa je u praksu sve češće uključen personalni ili lični asistent u nastavi, koji je zadužen za konkretno dijete sa smetnjama u razvoju. Da dijete ne bi bilo „etiketirano“ važno je prethodno pripremiti i upoznati učenike u razredu i njihove roditelje sa djetetom sa smetnjama u razvoju i sa ulogom asistenta u nastavi. U provođenju ovog pristupa značajnu ulogu imaju mobilni timovi koji posjećuju škole u koje su uključena djeca sa smetnjama u razvoju i prate provođenje programa i rezultate svakog djeteta. Rad tima za inkluziju i asistenta u nastavi podržava Ministarstvo prosvjete i kulture i Prosvjetno pedagoški zavod.

Asistent u nastavi

Osnovna uloga asistenta u nastavi je da pruži „tehničku pomoć“ djetetu: da pomogne učeniku da se pripremi za nastavu i školske aktivnosti kako bi se nastavni proces za sve učesnike odvijao nesmetano. Zadatak asistenata u nastavi ne podrazumijeva rehabilitaciju, radnu ili neku drugu vrstu terapije. Uvođenjem asistenata u nastavu omogućava se inkluzija djece sa težim smetnjama među vršnjake u redovnim školama i doprinosi humanijem i kvalitetnijem obrazovanju i životu ove djece. U nekim slučajevima to je pomoć u pisanju, čitanju, vježbanju i/ili objašnjavanju, u drugima je pomoć oko upotrebe savremenih didaktičkih specijalizovanih sredstava i slično. Nivo podrške koju asistent pruža djetetu definisan je individualnim planom kojeg kreiraju: tim za inkluziju, stručni tim škole, roditelji i samo dijete.

Prognoza

Mentalna zaostalost ima hroničan tok što isključuje potpuni oporavak ili ozdravljenje. Prognoza je različita i zavisi od mnogih faktora. Uz odgovarajući trening i podršku osobe sa lakšim oblikom mentalne zaostalosti mogu živjeti samostalan i produktivan život. Osobe sa težim oblicima poremećaja zahtijevaju pomoć i podršku (u većoj ili manjoj mjeri)

kako bi mogli učestvovati u obavljanju svakodnevnih poslova, brige o sebi i u javnom životu.

Prevenција

Većina preventivnih programa je medicinski orijentisana, kao što su genetska savjetovališta, rano otkrivanje i liječenje specifičnih bolesti, obavezni testovi na razne bolesti koje mogu uzrokovati mentalnu zaostalost. Važno mjesto u prevenciji zauzimaju edukativni programi, posebno oni koji uključuju djecu i njihove roditelje od najranijeg uzrasta.

PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI

Djecu sa ovim poremećajima karakterišu kvalitativna oštećenja recipročnih socijalnih interakcija, oskudna komunikacija, repetitivna i stereotipna ponašanja. Kvalitativna oštećenja u komunikaciji su tipična i pojavljuju su u obliku nedostatka socijalne upotrebe govora, iako postoji sposobnost govora. Shvatanje socioemocionalnih odnosa je neadekvatno u smislu da izostaje socioemocionalni odgovor (reciprocitet).

Određenje pojma

Pervazivni razvojni poremećaji (PRP) definišu se postojanjem izmijenjenog razvoja (abnormalnog i/ili oštećenog) koji se manifestuje od najranijeg djetinjstva, prije uzrasta od 3 godine i održava se tokom cijelog života (MKB-10). Predstavljaju grupu poremećaja koju karakterišu oštećenja u socijalnom ponašanju i funkcionisanju, kao i komunikaciji (Aleksić, Rudić, Popović-Deušić, Pejović-Milovančević i BanjacKarović, 2002).

Prevalencija

Do početka 90-ih godina smatralo se da su pervazivni razvojni poremećaji rijetka pojava, dok u posljednjim decenijama izvještaji o njihovoj prevalenciji pokazuju porast. Podaci pokazuju da se pervazivni razvojni poremećaji javljaju u 18,7% slučajeva na 10 000 djece. Poremećaj se javlja tri do četiri puta češće kod dječaka nego kod djevojčica (Benjak, 2010).

Klinička slika

Djeca sa simptomima pervazivnog razvojnog poremećaja teže prihvataju promjene i smanjene su motivacije i interesovanja za novim i raznovrsnim aktivnostima. Tokom ranog djetinjstva može da postoji specifična privrženost prema neobičnim, i za igru neprimjerenim predmetima, kao što su: posuđe, razni kućanski predmeti, dio igračke ili dio namještaja. Neka

djeca sa simptomima karakterističnim za pervazivni razvojni poremećaj insistiraju na obavljanju određenih rituala koji su funkcionalno neprimjereni. Mogu ispoljavati i razne stereotipne preokupacije interesovanja za: datume, registarske oznake auta, redove vožnje i slično. Motorne stereotipije u vidu ponavljanja pokreta mogu biti dio atipičnog repertoara ponašanja djece sa pervazivnim razvojnim poremećajem. Ova kvalitativno izmijenjena ponašanja su pervazivne karakteristike funkcionisanja djeteta u svim situacijama, mada mogu da variraju u stepenu izraženosti. Uobičajeno je da postoji izvjesno opšte kognitivno oštećenje, ali se poremećaji definišu u terminima ponašanja koje je izmijenjeno u odnosu na mentalni uzrast djeteta (bilo da je mentalno zaostalo ili ne).

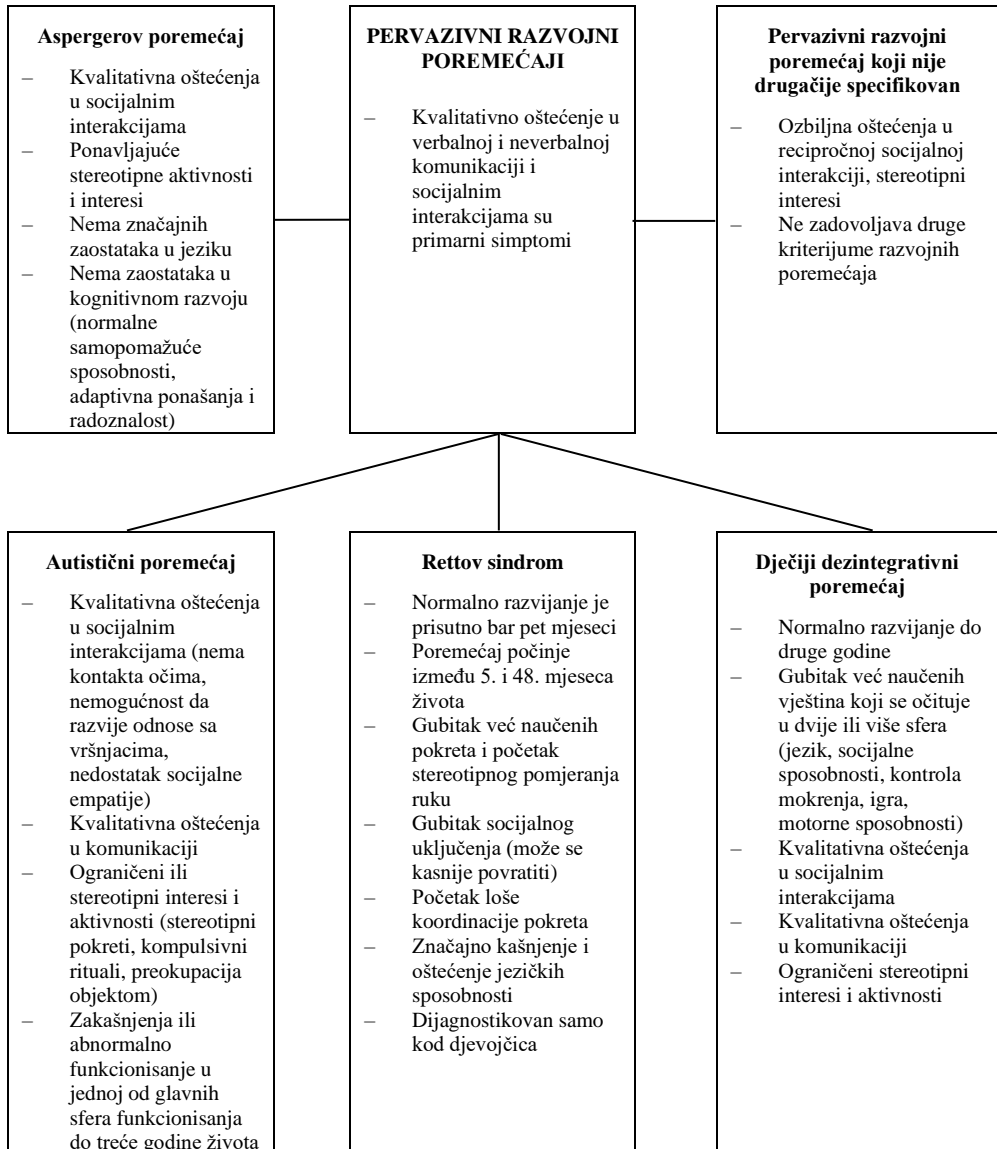
Postoje izvjesna neslaganja oko podjele ove opšte grupe pervazivnih razvojnih poremećaja. U izvjesnom broju slučajeva poremećaji su povezani ili se pretpostavlja da su posljedica izvjesnih medicinskih stanja (infantilni spazmi, kongenitalna rubeola, tuberozna skleroza). Mentalna zaostalost nije opšta karakteristika pervazivnih razvojnih poremećaja. Djevojčice pokazuju više mentalnih oštećenja u odnosu na dječake. Česta su pogoršanja u pubertetu.

Pored ovih specifičnih karakteristika, djeca sa pervazivnim razvojnim poremećajem ispoljavaju nespecifične probleme u vidu strahova, poremećaja spavanja i ishrane, napada bijesa i agresivnosti. Samopovređivanja su česta pojava (grizenje zglobova ruku), naročito kada je poremećaj udružen sa težom mentalnom zaostalošću. Oštećenja koja se ispoljavaju kod pervazivnog razvojnog poremećaja su odstupanja od urednog toka razvoja i ne predstavljaju kašnjenje u razvoju, ali značajno se odražavaju na opšte funkcionisanje. U grupu pervazivnih razvojnih poremećaja spadaju (MKB-10):

- autistični spektar ponašanja,
- Aspergerov sindrom,
- Rettov sindrom,
- dječiji dezintegrativni poremećaj,
- pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specifikovan.

U Tabeli 8 detaljno su predstavljene ovi poremećaji sa osnovnim karakteristikama svakog od njih.

Tabela 8. *Pervazivni razvojni poremećaji*



*Šerifović-Šivert, *Psihologija abnormalnog ponašanja*, str. 176.

Bilo je dosta dilema da li su pervazivni razvojni poremećaji različiti poremećaji ili su varijacije intenziteta istog poremećaja. Danas je većina

autora saglasna da pervazivne razvojne poremećaje ne treba dijeliti u posebne potkategorije nego obuhvatiti terminom „autistični spektar“. Wing (1993) je predstavila koncept spektra ili kontinuuma kako bi izložila ideju da isti poremećaj varira zavisno od težine ispoljavanja. Socijalni problemi i poremećaji komunikacije i ponašanja sagledavaju se kao nivoi oštećenja socijalnog razumijevanja. Unutar autističnog spektra upotrebljava se jednostavan sistem nivoa težine poremećaja zasnovan na opisu tipa i intenziteta oštećenja socijalnih interakcija (Wing, 1993, 1996).

Autizam i autizmu slična stanja

Autizam je jedan od vodećih pervazivnih razvojnih poremećaja koji se pojavljuje u ranom djetinjstvu. Ispoljavanje i vrijeme javljanja autizma mogu se poklopiti sa prvim simptomima kod djece sa poremećajem razvoja govora i jezika, hiperkinetičkim sindromom, mentalnom zaostalošću, sa psihotičnim simptomima, nagluvošću sa pridodatim poremećajima u ponašanju (Aleksić, Rudić, Popović-Deušić i Banjac Karović, 2002). U početnom procesu dijagnostikovanja, teško ga je razgraničiti od drugih razvojnih poremećaja.

Određenje pojma

Autizam se definiše kao poremećaj sa izraženim poteškoćama u stvaranju socijalnih kontakata i odnosa, te komunikacije uz pojavu repetitivnog ponašanja i suženih i malobrojnih interesovanja kao posljedica neadekvatnog načina na koji mozak djeteta sa autizmom dobija, procesuiru, organizuje i integriše informacije (Schopler i Mesibov, 1985). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10 i klasifikaciji američkog psihijatrijskog udruženja DSM-IV, zahvaćena su tri važna područja ili trijada oštećenja:

- socijalna disfunkcija,
- odstupanje u komunikaciji,
- neobični oblici ponašanja koje je prepoznatljivo po insistiranju na nepromjenljivosti.

Ova trijada se može javiti samostalno, ali i sa pridruženim simptomima različitih dodatnih teškoća. Može se javiti uz bilo koji nivo

sposobnosti, od teške mentalne zaostalosti do prosječnih ili čak iznadprosječnih kognitivnih sposobnosti. Takođe, može se pojaviti uz bilo koje drugo fizičko, psihičko ili psihijatrijsko stanje (Vlašić-Cicvarić i Modrušan-Mozetič, 2005).

Prevalencija

Prevalencija autizma je ista u svim sredinama bez obzira na rasnu, nacionalnu i etičku pripadnost, socijalni i ekonomski status. Ranije se vjerovalo da je autizam vrlo rijedak poremećaj (4–7 djece na 10 000), ali noviji rezultati istraživanja u razvijenim zemljama ukazuju na značajan porast učestalosti i to između 6,6–13,6 na 10 000 djece (Gillberg, 1990, prema Wenar, 2003). Prevalencija autizma kod djece i adolescenata u Evropi i Americi je oko 0,5% (Remschmidt i Belfer, 2005).

Klinička slika

Dječiji autizam prvi je opisao Leo Kaner 1943. godine. Za ovaj poremećaj karakteristično je povlačenje (autizam) koje se može prepoznati i kod novorođenčadi. Ova djeca teško usvoje osnovne navike, ne uspostavljaju kontakt (izbjegavaju pogled „oči u oči”, na govor ne reaguju, ne odazivaju se na ime, druge osobe kao da ne postoje ili ih tretiraju kao predmete). Nove predmete i svijet oko sebe pretežno ispituju dodirivanjem, mirisanjem i stavljanjem predmeta u usta. Neka iz ove grupe djece su fascinirana svojim prstima, svjetlošću ili vodom. Govor je u različitom stepenu nefunkcionalan. Kod većine djece sa autističnim simptomima govor zaostaje u razvoju i odlikuje se eholalijama (doslovno ponavljanje tuđih riječi) ili metalalijama (jako odložen odgovor na pitanje), govore u trećem licu (umjesto „ja” koriste „on“). Manji broj djece iz ove grupe uopšte ne progovori. Promjena poretka stvari i situacija u neposrednom okruženju za njih je teško prihvatljiva, kao i uvođenje bilo kakvih novina. Patološki se vezuju za sredinu, ljude i predmete kroz ritualna ponašanja. Učenje je značajno otežano počevši od ranog usvajanja osnovnih navika pa do sticanja apstraktnih znanja i socijalnih vještina (Hannah, 2007). Smetnje su najizraženije u komunikaciji, razumijevanju i prihvatanju pravila i zahtjeva koje socijalne situacije postavljaju i usklađivanju sopstvenog ponašanja tim

situacijama. Ponašanje svakog djeteta sa autizmom je jedinstveno, u nekim vještinama su izrazito uspješni (na primjer muzika), dok su potpuno nezainteresovani za druge aktivnosti primjerene uzrastu. Neke od navedenih specifičnosti ovog poremećaja moguće je prepoznati u sljedećem primjeru.

Slučaj 4

Marko, uzrasta 3,5 godine, dolazi u pratnji roditelja zbog problema sa razvojem govora i ponašanja. Majka daje osnovne podatke o ranom razvoju: počeo je da govori sa 12 mjeseci i znao je imenovati životinje i predmete u domaćinstvu, brojao je do pet i roditelji nisu primjećivali nikakve smetnje u razvoju sve do uzrasta oko 24 mjeseca. Tada je počeo da se „zatvara“ u sebe, igrao se sam, djecu kao da nije primjećivao, prestao je da govori. Majka je sigurna da dobro čuje i razumije govor (što je i medicinski potvrđeno). Marko ne reaguje na pozive i na svoje ime (djeluje kao da ne čuje). Uživa dok se igra sa kablovima, prepoznaje članove porodice i osobe sa kojima je češće u kontaktu. Majka misli da je isključiv i da prepoznaje one koji mu se na neki način dopadaju, dok druge potpuno ignoriše kao da ne postoje. Roditelji pokušavaju da ga uključe u društvo djece, ali i u prisustvu djece Marko se igra sam. Pokušali su sa boravkom u vrtiću u trajanju od dva do četiri sata. Uz burne reakcije odbijanja i uznemirenosti prilikom odvajanja od roditelja dobio je povišenu temperaturu i nakon dvije sedmice roditelji su ga ispisali. Higijenske navike djelimično je usvojio, neverbalno signalizira majci kada ima potrebu za uriniranjem ili defekacijom. Prilikom obroka odbija da uzme kašiku tako da ga majka hrani. Olovku ne uzima i ne pokazuje interes za crtanjem. Burno reaguje kada isprlja ruke. Ne podnosi ništa što je prljavo na sebi. Kada je ljut, ranije je češće udarao glavom u zid, a sada više poskakuje i „leprša“ rukama. Ponekada grize svoje ruke ili udara zglobovima prstiju u sto ili zid. Marko je prvo dijete u porodici, urednog psihomotornog razvoja, živi sa roditeljima i mlađim bratom, uzrasta 19 mjeseci.

U test situaciji sa dječakom se ne uspostavlja osnovni kontakt, šeta po prostoriji, ne uspostavlja kontakt „oči u oči“, plače, ne reaguje kada ga se zove imenom, ne prihvata i ne pokazuje interes za testovni materijal i igračke.

Dugo je bilo sporno pitanje da li autizam predstavlja poseban klinički entitet ili cjelinu. Činjenica je da postoji više različitih oblika u kojima se autizam ispoljava, a da bi se sve te razlike obuhvatile jednim pojmom, prihvaćeno je shvatanje da je autizam spektar različitih simptoma koji se najčešće označava kao autistični spektar (engl. autistic spectrum disorder – ASD). U Tabeli 9 predstavljene su kliničke manifestacije ponašanja iz spektra autizma od najranijeg do školskog uzrasta.

Tabela 9. *Kliničke manifestacije autizma zavisne o uzrastu*

Uzrast	Klinički znaci i simptomi
0-1 godina	Poremećaj interakcije dijete–roditelj; smanjen kontakt pogledom, nedostatak privrženosti, manjak pažnje i aktivnosti dojenčeta, zaokupljenost dojenčeta različitim osjetima; nema brbljanja ili pokazivanja prstom, mahanja ili drugih gestova u 12. mjesecu, izostanak razvoja govora; zaostajanje u razvoju govora ili socijalizaciji.
1-2 godine	Kao navedeno u ranijoj fazi, nema pojedinačnih riječi u 16. mj. života; nema spontane faze od dvije riječi (neeholalične) u 24. mjesecu; ne pokazuje strah od odvajanja, ne oponaša druge, konstrukcija riječi je ograničena.
2-3 godine	Kao prethodno navedeno; slab odgovor na poziv; govor je ograničen ili ga nema, koristi se žargonom; nema simboličnog igranja; sve više prisutne stereotipije i zaokupiranost; stereotipna igra; nema komunikativnih gestova.
3-5 godina	Pokazuje tipičan sindrom naveden u dijagnostičkim klasifikacijama: nepostojanje ili poremećaj socijalnog kontakta (usamljenost i socijalna izolacija) ili nepostojanje govora i prisutne stereotipije, stereotipne igre, naglašen otpor na promjene bilo koje vrste.
Školski uzrast	Pokazuje ograničenu privrženost roditeljima, kao i različitost u socijalnom odgovoru; može postojati self-stimulacija, kao i samopovređivanje; komunikacija sa vršnjacima je ograničena; govor (ako postoji) koristi se samo po potrebi i za jednostavno komuniciranje; imaginarno igranje ne postoji ili je ograničeno.

*Barišić, (2004). Pedijatrijska neurologija, str. 736.

Razvoj djece sa problemima iz autističnog spektra je najčešće usporen i neujednačen (disharmoničan). Slabije razvijene vještine i sposobnosti više skreću pažnju roditelja, dok one visoko razvijene, obično

ostaju neprimijećene ili zanemarene. U ranom uzrastu roditelji rijetko prepoznaju simptome autizma. Većina roditelja prepoznaje i spremna je potražiti pomoć na uzrastu između druge i treće godine. U sljedećem primjeru majka opisuje ponašanja dječaka u najranijem uzrastu, u prvoj godini života, u kojem se jasno prepoznaju simptomi iz autističnog spektra.

Slučaj 5

„...I ono što sam nejasno osećala kao neprihvatljivo osećanje da nije sve uobičajeno kod moga dječaka, postalo je sve uočljivije, konkretno. Nije se odazivao kad smo ga zvali. Pomišljali smo da ne čuje dobro, da ne zna svoje ime. Uopšte nije davao znake da nas čuje. Sve više se zatvarao u mali krug, ritmički pocupkujući u njemu, to je postajala njegova navika, gotovo cjelodnevno zanimanje: da pocupkuje i u sebi nešto mrmlja, nešto ritmički pjevuši. Ništa nije govorio osim: mama. Nikada nije rekao: daj. ...što se tiče druženja, kao da mu niko nije bio potreban. Nikoga nije gledao. Sve ono što smo u početku govorili, što smo osjećali da se događa s njim, stalo je u samo jednu riječ: autizam. A značilo je to biti potpuno nezainteresovan za svoju okolinu i ljude, umnogome za sebe, ponašati se kao gluv i slijep, prema ljudima se ponašati kao prema predmetima“ (dio zapažanja iz dnevnika jedne majke).

Roditelji su aktivni učesnici dijagnostičkog, a kasnije i terapijskog procesa, te je neophodno povjerenje i dobra saradnja između roditelja i stručnjaka. Roditeljima treba omogućiti dovoljno vremena da detaljno opišu ponašanja djeteta i daju podatke koji su značajni za postavljanje dijagnoze. Takođe, roditeljima se mogu ponuditi upitnici ili ček-liste na koje registruju i upisuju aktivnosti i ponašanja u određenom vremenskom intervalu. Posebna pažnja pridaje se pitanju kada su roditelji prvi put posumnjali da se dijete ne razvija u skladu sa hronološkom dobi.

Etiologija

Uzročni činioci nastanka autizma još uvijek nisu poznati. Pouzdano se zna da sredinski činioci nisu uzrok tako da vaspitni stilovi i ponašanja roditelja kao ni uticaji iz socijalne sredine ni na koji način ne utiču na pojavu simptoma iz autističnog poremećaja. Roditelji djece sa autizmom se ni po

čemu ne razlikuju od roditelja druge djece. Postoje pokazatelji koji ukazuju na organske uzročnike i sva savremena istraživanja se usmjerena u tom pravcu.

Klinička procjena

Rano prepoznavanje i otkrivanje simptoma autizma je značajno radi što ranijeg uključivanja djeteta i roditelja u odgovarajući tretman i stručnu pomoć kako bi prognoza bila povoljnija. Svako dijete, kod kojeg se posumnja na autizam, treba proći kroz multidisciplinarno ispitivanje. Dijagnoza autizma se utvrđuje samo na osnovu potpune kliničke procjene. Sveobuhvatnu dijagnostičku procjenu provodi multidisciplinarni tim koji čine: dječiji psihijatar, dječiji neurolog (neuropedijatar), pedijatar, otorinolaringolog, psiholog, logoped i ostali profili stručnjaka po potrebi. Cilj psihološke procjene je da se utvrdi stepen psihičke razvijenosti u odnosu na uzrast djeteta. Psihološka procjena najčešće ukazuje na specifičan profil, sa relativno očuvanim neverbalnim sposobnostima, a značajno redukovanim verbalnim. Kod djece sa autizmom značajno je otežana mogućnost primjene testovnog materijala, a ponekad i nemoguća. Psiholog koristi sljedeće metode prilikom kliničke procjene djeteta sa autizmom:

- klinički intervju sa roditeljima,
- opservacija djeteta u testovnoj situaciji,
- primjena razvojnih testova radi utvrđivanja profila razvijenosti psihičkih funkcija (psihomotorika, okulomotorna koordinacija, govor i socioemocionalna zrelost),
- primjenjuje upitnike za roditelje radi uvida u ponašanje i funkcionisanje djeteta u porodičnim uslovima.

Svako dijete sa simptomima autizma zahtijeva jedinstven pristup. Potrebno je biti posebno obazriv u dijagnostičkoj procjeni djeteta prije 36 mjeseci života, a najviše u prvoj godini. Put do dijagnoze često je dug i zahtijeva mnogo dijagnostičkih procedura koje zajednički razmatra tim za autizam. Saopštavanje dijagnoze posebno je težak trenutak za roditelje ali i za profesionalce. Kada uslovi dozvoljavaju trebalo bi timski saopštiti dijagnozu roditeljima.

Autizam treba razlikovati od drugih stanja kao što su poremećaji razvoja govora i drugih razvojnih poremećaja i senzornih oštećenja. U nekim slučajevima simptomi autizma su udruženi sa mentalnom zaostalošću, epilepsijom ili drugim organskim promjenama na mozgu djeteta. Podaci istraživanja ukazuju da jedna trećina djece sa autizmom razvije epilepsiju (Gillberg, 1988).

Aspergerov Sindrom

Aspergerov Sindrom (engl. Asperger's Syndrome AS ili AD) jedan je od nekoliko poremećaja iz autističnog spektra koji se smatra lakšim oblikom autizma i javlja se mnogo češće nego tipični autizam. „Obrazac uključuje nedostatak empatije, slabu sposobnost sklapanja prijateljstava, jednostrane razgovore, intenzivnu zaokupljenost specifičnim interesima te nespretno pokrete“ (Attwood, 2010). Ime je dobio po Hansu Aspergeru, bečkom pedijatru, koji je 1944. godine opisao djecu koja su očigledno imala urednu inteligenciju, ali im je nedostajala vještina verbalne komunikacije, fizičke spretnosti i empatije. Djeca sa Aspergerovim sindromom uglavnom imaju prosječnu ili natprosečnu inteligenciju i razvijen govor, ali ne razumiju uvijek značenje riječi i izraza u spontanom govoru. Crteži su obično atipični u cjelini ili su nekim dijelovima prisutni neobični detalji, kao što je slučaj na Slici 6.



Slika 6. Crtež ljudske figure

Slučaj 6

Nikoli je nakon dužeg praćenja dijagnostikovao Aspergerov sindrom. Nikola je učenik VI razreda u redovnoj nastavi uz pomoć personalnog asistenta. Iznadprosječno poznaje specifične oblasti za koje je zainteresovan, kao što su svemir, planete u svemiru, sastav zemljine sfere i slično. Za uobičajene aktivnosti i interesovanja vršnjaka potpuno je nezainteresovan. Na jednostavno pitanje: "Šta bi uradio kada posiječeš prst?", odgovara: "Nemoj me to pitati, to ne mogu. Pitaj me šta ima u zemlji na 10 metara u dubinu."

U praktičnim aktivnostima je neefikasan i motorno nespretn. Teže je ovladavao pravilima pisanja, ali se odlično služi kompjuterom. U njegovom slučaju značajne rezultate su dali programi koji su sadržavali uvježbavanja socijalnih vještina i odnosa. Intelektualna razvijenost je disharmonična sa izraženom subtestnom varijabilnošću (Revisk).

Aspergerov sindrom se razlikuje od ostalih poremećaja iz spektra autizma po tome što nema izrazitog zastoja u razvoju govora i jezika i kognitivnih sposobnosti. Kod djece sa Aspergerovim sindromom prisutna je motorna nespretnost (nezgrapni pokreti), stereotipni interesi i aktivnosti, ekstremna zaokupljenost pojedinim predmetima, atipična upotreba jezika, komunikacijske i poteškoće u socijalnoj interakciji (Gillberg, 2000, prema Wenar, 2003). Kao i autizam, češće se javlja kod dječaka nego kod djevojčica i to pet do deset puta (Milačić, 2004). Noviji podaci švedskog istraživanja ukazuju na značajno povećanu učestalost, i to jedno dijete sa Aspergerovim sindromom na oko 300 zdrave djece (Ehlers i Gillberg, 1993, prema Attovood, 2010). Aspergerov rad međunarodno je prepoznat tek devedesetih godina prošlog vijeka kada je ovaj poremećaj uvršten u međunarodnu klasifikaciju pod šifrom F84.5.

Tretman djece sa autističnim spektrom ponašanja

Autizam je složeno stanje djeteta koje zahtijeva organizovano i kontinuirano podsticanje razvoja. Simptomi iz autističnog spektra ponašanja mogu se ublažiti, ali se ne mogu potpuno eliminisati ili izliječiti. Pravovremenim postavljanjem dijagnoze većina djece se uključuje u razne vidove tretmana zasnovanih na potrebama djeteta uz aktivno učešće roditelja/staratelja

Najčešće se primjenjuju bihevioralni tretmani i farmakoterapija. Većina djeca u nekom periodu koriste medikamentoznu terapiju koju prepisuju i kontrolišu dječiji psihijatri. Djeca sa autizmom mogu da uče. Učenje samopomoći i sticanje osnovnih navika pomaže djetetu sa autizmom da postane samostalnije, što olakšava život i njemu i porodici. Program edukacije je složen, multidisciplinaran i individualno prilagođen tako da dijete optimalno razvija svoje komunikativne, socijalne, kognitivne i druge vještine. Izvjestan broj djece sa autizmom je uključen u redovne škole, najčešće uz pomoć personalnog asistenta. Iskustva takve prakse u svijetu pokazuju da djeca sa pervazivnim razvojnim poremećajima brže i više napreduju usvajajući znanje i vještine ukoliko borave sa vršnjacima urednih razvojnih potencijala. Pravo učenika na redovno obrazovanje sa simptomima iz autističnog spektra podrazumijeva i da im se omogući svakodnevna pomoć pri uključivanju u školski sistem uz personalnu asistenciju (Ačić, Lacković, Vaselić, Čekrlija, 2017). Uključivanjem djeteta u prirodno okruženje vršnjaka (obrazovno vaspitni sistem) i podsticanje učenja i socijalizacije u vršnjačkoj grupi neophodan je dio programa. Roditelji se edukuju i uključuju u većinu aktivnosti sa djecom u partnerskom odnosu sa profesionalnim pomagačima. Podaci istraživanja pokazuju da su roditelji ove djece posebno vulnerabilni, imaju dodatne i specifične potrebe za stručnom pomoći i podrškom. Pored rada sa djecom, važno je edukovati i podržati roditelje da prihvate i razumiju smetnje koje dijete ima, jer su oni primarni nosioci pružanja pomoći i podrške djeci (Krivokuća, Vaselić i Spremo, 2016). Prilikom uključivanja u socijalne aktivnosti i kontakte, roditelji bi trebali ukazati na njihovu posebnost – različitost, iako se na prvi pogled ne razlikuju od druge djece.

Edukativni programi sa autističnom djecom zasnovani su na strukturalnom učenju čiji je osnovni cilj da povećaju samostalnost i modifikuju ponašanje uvažavajući kognitivne vještine, potrebe i interesovanja konkretnog djeteta, ali i da prilagode sistem organizovanja učionice, nastavnih procesa i metoda. Očekivanja su konkretna i jasna. Struktura podrazumijeva: fizičku strukturu, raspored, individualni sistem rada, vizuelnu strukturu i informacije. Primjena vizuelnih sredstava u strukturalnoj situaciji učenja je značajna, jer većina djece sa autističnim

spektrum imaju razvijenije vizuelne vještine od auditivnih. Oni uče vizuelnim putem i neophodna im je vizuelna podrška. Auditivne informacije predstavljene vizuelno pojašnjavaju i zadatke čine razumljivijim, daju značenje specifičnim zadacima i aktivnostima, te na taj način omogućavaju lakše i samostalnije učenje. Vizuelna struktura je proces uvođenja vizuelnih podsjetnica u zadatak ili aktivnost: kalendari, planeri, liste za kupovinu, podsjetnici. Učenik intenzivno koristi vizuelne sposobnosti da shvati značenje zadatka bez pomoći nastavnika, što povećava njegovu sposobnost da radi uspješno i samostalno. Diferencijacija zadataka korišćenjem vizuelnih informacija je individualna i zavisi od kognitivnih i razvojnih sposobnosti. Dijete uči da gleda vizuelne informacije koje će mu pomoći da razumije koncept časa, šta treba da uradi da kompletira zadatak i kako da počne rješavati problem. Učenici sa autizmom imaju teškoće da procesuiraju jasne informacije iz svoje okoline i ponekad mogu da se fokusiraju na beznačajne detalje, koji potpuno okupiraju njihovu pažnju. Da bi pomogli učeniku da uvidi i da se koncentriše na važne detalje zadatka, potrebno je na vizuelno jasan način istaći važne informacije koje dijete treba da usvoji. Ovo isticanje može da bude pomoću boja, slika ili brojeva. Takođe, da bi se obezbijedila vizuelna jasnoća potrebno je odstraniti sve nevažne i nepotrebne stvari koje mogu skrenuti pažnju djeteta. Na primjer, označavanje svakog učenika različitom bojom i konstantna upotreba te boje da se dijete nauči da identifikuje svoje stvari, mjesto, ormarić, stolicu ili knjige. Tri koncepta aktivnosti su posebno važna u postizanju ovih pozitivnih rezultata: vizuelna jasnoća, organizacija materijala i sadržaja i jasna uputstva.

Sve je više inicijativa ka sistemskim rješenjima problema djece sa autizmom na ličnom i porodičnom planu, što je primjetno kroz pozitivniji pristup autizmu i pomake u pružanju pomoći i podrške kroz praktična i edukativna rješenja. Neophodno je posvetiti više pažnje otvaranju savjetovališta za roditelje i porodicu, kao i edukaciji stručnih saradnika u obrazovanju, socijalnoj zaštiti i zdravlju. Institucije postaju otvorenije i omogućavaju osobama sa autizmom da se obrazuju i uključuju u aktivnosti u skladu sa svojim potrebama, interesovanjima i mogućnostima.

Obrazovanje djece sa pervazivnim razvojnim poremećajima

Na inicijativu i u saradnji sa UNICEF-om, međunarodnom nevladinom humanitarnom organizacijom (“Ljekari bez granica”) koja okuplja ljekare iz cijelog svijeta i ministarstva obrazovanja oba entiteta BiH, aktivno se pristupilo uvođenju inkluzivne nastave, 1997. godine. Inkluzija se ostvaruje uključivanjem djece sa autizmom u odjeljenja osnovne i srednje škole, a na osnovu preporuka stručnog tima. Na taj način podstiče se razvoj i učenje djece sa smetnjama u razvoju, u ovom slučaju sa autizmom. Postepeno, sve više djece sa smetnjama u razvoju uključuje se u predškolske i školske ustanove. Djeca sa simptomima autizma zbog specifičnih smetnji i potrebe za neophodnom podrškom u učenju i ponašanju, zahtijevaju uključivanje osobe koja svakodnevno boravi na nastavi sa djetetom (asistent u nastavi) i na licu mjesta vrši prilagođavanje nastavnog plana prema individualnim potrebama i mogućnostima učenika. Uvođenje asistenta u nastavu doprinosi ostvarivanju prava djeteta – učenika sa autizmom, kome je tako omogućeno pohađanje redovne škole i pružanje dodatne pomoći i podrške u radu (Konvencija o pravima djeteta, član 2, 1989). Pomoć koju pruža asistent u nastavi, omogućava da se dijete sa autizmom, u skladu sa njegovim sposobnostima, integriše u proces obrazovanja i da njegovo obrazovanje u redovnoj nastavi bude manje stresno za samog učenika, druge učenike u razredu, nastavnike i roditelje (Aćić Lacković, Vaselić, Čekrlija, 2017).

Prognoza

Prognoza je neizvjesna i različita je za svako pojedino dijete, ali djeca s Aspergerovim sindromom imaju bolju prognozu i manje poteškoća nego ostala djeca koja spadaju u grupu pervazivnih razvojnih poremećaja. Asperger je smatrao da osnovne poteškoće koje su obilježja sindroma perzistiraju tokom cijelog života, iako se simptomi i poteškoće pojedinaca mijenjaju tokom vremena. U ranom djetinjstvu poteškoće su vezane za socijalnu adaptaciju, u školskom uzrastu se proširuju na probleme u učenju i određene poremećaje u ponašanju, u adolescenciji je preokupacija u pronalaženju adekvatnog zanimanja, dok su u odrasloj dobi prisutne poteškoće u partnerskim i socijalnim odnosima (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Klasični znaci loše prognoze su: mentalna zaostalost, početak autističnih smetnji prije treće godine života i odsutnost sticanja govora prije pete godine (Tadić, 2000). Važni pokazatelji ishoda u odraslom periodu su intelektualni nivo razvijenosti i komunikacijske sposobnosti: viši nivo intelektualne razvijenosti (viši IQ) i bolji govor daju bolju prognozu. Autistični sa koeficijentom inteligencije ispod 50 jedinica imaju lošiju prognozu, često razvijaju epilepsiju i mutizam (epilepsija se pojavljuje kod oko 30% autističnih u djetinjstvu ili adolescenciji – Gillberg, 1988). Prisutnost komunikacijskog govora na uzrastu od pet godina je identifikovana kao važan prognostički znak. Preko 59% djece ostaje zavisno o članovima porodice skoro u svim aspektima svakodnevnog života (Tadić, 2000).

POREMEĆAJI ISHRANE

Problemi u ishrani su česti tokom odrastanja, od najranijeg uzrasta do kasne adolescencije. U ranom djetinjstvu djeca ispoljavaju razne oblike odbijanja hrane, pretjeranog uzimanja hrane ili raznih specifičnosti u načinu uzimanja obroka. Roditelji su posebno osjetljivi kada dijete slabo jede, gubi na težini i ne napreduje. Ovi problemi češće su povezani sa pristupom i odnosom roditelja prema načinu ishrane djece, a rjeđe su pokazatelji poremećaja.

Anoreksija

Kada se govori o poremećajima ishrane, nezaobilazan je pojam anoreksija mentalis, ili anoreksija nervoza, koji označava nedostatak apetita uzrokovan mentalnim stanjima.

Određenje pojma

Pojam anoreksija označava težak gubitak apetita, a pojam „nervoza” ili „mentalis” ukazuje da su razlozi za to emocionalne prirode. Ovaj pojam je poznat više od sto godina i saznanja o anoreksiji su se proširivala godinama. Riječ anoreksija nije potpuno precizan naziv, jer mnoge osobe sa anoreksijom u početku ne trpe toliko od gubitka apetita, koliko se boje debljanja (Achenbach, 1982). Iako je anoreksija dugo smatrana kliničkom rijetkošću, u posljednjim decenijama je značajan porast incidence ove pojave. U našoj sredini i neposrednom okruženju takođe je zapažen porast u kliničkoj praksi, iako ne postoje pouzdani podaci o rasprostranjenosti u opštoj populaciji.

Prevalencija

Anoreksija se najčešće pojavljuje između 14. i 18. godine, kod veoma uspješnih učenica srednjih škola (Yates, 1989). Najranije su opisana djeca

sa anoreksijom nervozom na uzrastu od sedam godina (Vidović, 2010). Postoje dokazi da je anoreksija nervoza u porastu u savremenom društvu. Pojavljuje se prvenstveno kod djevojaka, adolescentkinja iz srednjih i viših slojeva, ali se može pojaviti u svim socijalnim slojevima (Pate, Pumariega, Hester i Garner, 1992). Prevalencija među djevojkama se procjenjuje na 0,5–0,8% u populaciji (Remschmidt i Belfer, 2005). Iako je to prvenstveno poremećaj djevojaka, 5 do 15% od ukupnog broja anoreksičnih osoba su muškarci (Leon i Dinklage, 1989, prema Wenar, 2003). Anoreksični muškarci ostaju duže vezani za majku i pasivniji su od djevojaka sa istim smetnjama (Tadić, 2000).

Klinička slika

Anoreksija se može pojaviti u svim periodima života, a najčešće se javlja kod adolescentkinja. Zavisno od uzrasta na kojem se javlja, anoreksija se dijeli na:

- anoreksija novorođenčeta,
- anoreksija malog djeteta,
- anoreksija u adolescentnom uzrastu.

a) *Anoreksija novorođenčeta* najčešće je primarno konstitucionalne prirode i javlja se veoma rano, nekada već u prvim nedjeljama nakon rođenja. Konstitucione anoreksije su uporne i dugotrajne. Beba nerado uzima bradavicu, ne sisa mlijeko i pasivna je tokom hranjenja. Ponavljani pokušaji majki da nahrane dijete na način i u mjeri koju smatraju prikladnom često su neuspješni i rezultiraju upornim povraćanjem i izbacivanjem hrane. Češće se javlja kod beba male tjelesne težine i beba sa neurorizičnom simptomatologijom (NRS) (Tadić, 2000).

b) *Anoreksija malog djeteta* može se pojaviti u vrijeme odbijanja od dojke i uvođenja čvrste hrane i upotrebe kašike. Neka iz ove grupe djece, aktivno se brane kada im se daje hrana, pljuju, povraćaju, plaču, dok druga pasivno odbijaju da prime ponuđenu hranu. Ako roditelji uporno zahtijevaju da dijete uzima određenu vrstu i količinu hrane, nameću mu kruta i neobična pravila hranjenja, to može doprinijeti da se dijete suprotstavlja i odbija hranu, a da pri tome ne postoji smetnja apetita. To upućuje na značaj i kvalitet interaktivnog odnosa majka–dijete u nastanku ovog poremećaja.

Anoreksije koje se javljaju kao odgovor na nespretno odbijanje od dojke ili druge trenutne ili površne sukobe u odnosima djeteta–sredina manje su učvršćene i složene i prolaze spontano, rjeđe uz liječenje. Anoreksično dijete je izrazito razdražljivo. Novija saznanja upućuju na činjenicu da rane anoreksije ne mogu biti objašnjene isključivo nepovoljnim iskustvom hranjenja. Ispravnije je posmatrati ih u okviru ukupnih interaktivnih odnosa sa drugim osobama i sredinom u kojoj dijete živi.

c) Anoreksija u adolescenciji

Anoreksija nervoza (anorexia nervosa, anorexia mentalis) je poremećaj u ishrani koji se ispoljava u nedovoljnom uzimanju hrane usljed nedostatka apetita, gađenja prema jelu ili usljed fiksne ideje adolescentkinje da je „debeli“, mada je prema važećim normama čak nedovoljno uhranjena (Trebješanin, 2004). Početak je obično postepen, a najčešće se javlja u pubertetu ili ranoj adolescenciji. Neke djevojke prethodno eksperimentišu sa raznim dijetama da bi smršale, jer sebe doživljavaju kao debele i estetski neprivaćne. Anoreksija se može pojaviti bez vidljivog povoda. Prvi simptomi su da djevojke smanjuju količinu hrane uz objašnjenje da nisu gladne, žale se na probavne smetnje, bolove u stomaku i mučninu. Anoreksija je poremećaj koji se karakteriše namjernim gubitkom na težini, a za razliku od uobičajenog držanja djeteta djevojke gladuju do krajnjeg stanja iscrpljenosti, a sve sa ciljem postizanja idealizovane slike mršavosti.

Pored navedenih, primarnih simptoma anoreksije, postoje i sekundarni simptomi. Jedan od najčešćih je pretjerana fizička aktivnost. Neke djevojke uporno vježbaju i fizički se pretjerano iscrpljuju da bi potrošile suvišnu energiju i smanjile tjelesnu težinu. Ponekad je intenzitet aktivnosti prikriven socijalno prihvatljivom aktivnošću, kao što je obavljanje kućanskih poslova, sudjelovanje u sportskim aktivnostima ili svakodnevno trčanje do iznemoglosti radi održavanja kondicije (Yates, 1989).

Još jedan važan sekundarni simptom anoreksije je amenoreja ili izostajanje menstruacije kod djevojaka, čemu znatno doprinosi velika fizička iscrpljenost, napetost, umor i strahovi. Menstrualni ciklus privremeno prestaje, a u slučajevima kada se anoreksija pojavi u pubertetu

prije prve menstruacije (menarhe), ova je odgođena sve dok se tjelesna težina ne nadoknadi. Menstruacija obično prestaje kada je težina ispod 45 kg. Paralelno sa sve manjim uzimanjem hrane, javljaju se i promjene raspoloženja u vidu ravnodušnosti, preosjetljivosti, plačljivosti i depresivnosti. Intelektualna efikasnost je kod većine očuvana, a školski uspjeh odličan ili vrlo dobar. Društveni odnosi i zanimanja obično se smanjuju, više se osamljuju, a neke od njih uporno pripremaju hranu za članove domaćinstva, skupljaju i isprobavaju recepte, a ponekad smišljaju neobične, čak bizarne kombinacije namirnica. Odnosi sa roditeljima, najčešće majkom, ispunjeni su agresivnošću i neprijateljstvom. Duže i dugotrajnije anoreksije prate i tjelesni simptomi: tjelesno slabljenje, koža je suha, ispucala, perutava, opuštena, blijeda i staračka. Prokrvljenost ekstremiteta je slaba, a vrhovi prstiju i nosa su modričasti i plavi. Sluzokoža jezika je obložena, usta suha, dlake po tijelu, glavi i polnim dijelovima tijela su krhke, lomljive i tanke. Česti su problemi sa probavom u vidu opstipacija (zatvora). Bazalni metabolizam je snižen. Značajan pad tjelesne težine i amenoreje prati i specifična psihopatologija koja je usredsređena na smetnje u percepciji vlastitog tijela i na izraženu fobiju od porasta tjelesne težine. Posljedično se pojavljuju razne tjelesne, endokrine i druge promjene u organizmu.

Djevojke sa simptomima anoreksije najčešće koriste dva načina da bi postale mršave (Vidović i saradnici, 2008):

- restriktivni tip – korišćenje strogih i upornih dijeta,
- bulimični tip – držanje dijete i epizode prejedanja se izmjenjuju nakon kojih slijedi samoizazvano povraćanje ili upotreba laksativa.

Anoreksične djevojke ponose se svojim tjelesnim izgledom kojeg karakteriše ekstremna mršavost. Anoreksija je jedan od rijetkih psihopatoloških fenomena koji može dovesti do smrti, a istraživanja su pokazala da se stope smrtnosti kreću između 3 i 21% (Leon i Dinklage, 1989, prema Wenar, 2003).

Rezultati kliničkog posmatranja pokazuju da adolescentkinje sa anoreksijom uopšte ne shvataju koliko je njihovo tijelo postalo mršavo i ne priznaju bolest. Jedna djevojka nije mogla razlikovati dvije svoje fotografije, iako je na jednoj bila 35 kg teža. Druga je rekla da je vidjela

koliko je iscrpljena kad bi se pogledala u ogledalo, ali kada bi odvrtila pogled vratila bi se svome uvjerenju da je predebela. Slika tijela kod anoreksičnih djevojaka značajno je izmijenjena i ne podudara se sa realnošću. Stalno je prisutno odbijanje hrane, ali tijelo se nikada ne doživljava kao zadovoljavajuće mršavo. Grupa autora (Brown, Cash i Lewis, 1989, prema Wenar, 2003), upoređivala je visinu i težinu kod 114 djevojaka sa anoreksijom i isto toliko neanoreksičnih djevojaka približno istog uzrasta. Utvrdili su da je grupa anoreksičnih perceptivno iskrivljavala sliku tijela i doživljavala ga kao teže i deblje od kontrolne grupe, bez obzira na stvarnu tjelesnu težinu. Postoje dokazi da uporno iskrivljavanje slike tijela kod anoreksičnih otežava i usporava liječenje. Anoreksične djevojke su osjetljive i nesigurne. U školi su savjesne i uspješne. Prema prijateljstvu su dosta sumnjičave i veoma su kritične prema drugim ljudima. Simpatije i seksualni interes prema suprotnom polu uglavnom ne pokazuju i imaju velikih problema da govore o tome (Vlatković-Prpić, 1971, prema Vidović, 1998).

Slučaj 7

Nevena, odlična učenica III razreda gimnazije, upućena je po preporuci školskog psihologa, a u pratnji majke. Zadnjih mjesec dana ne može izdržati sve časove i obično ranije odlazi sa nastave, djeluje umorno, iscrpljeno i iznemoglo pa je upućena na ispitivanje (težina – 41 kg, visina – 168 cm). Živi sa majkom, ocem i mlađom sestrom. Majka je primijetila da Nevena strogo vodi računa o ishrani još od osmog razreda osnovne škole, ali je njeno stanje bilo prihvatljivo. Uvijek je voljela da bude vitka i imala je svoje mišljenje o ljepoti, vitkosti i kako treba da izgleda. Izražavala je gađenje kada vidi djevojku koja nije vitka (mršava). U osnovnoj školi bila je Vukovac, a u srednjoj je takođe odlična, rijetko dobije po neku četvorku. Od srednje škole rjeđe se druži sa vršnjacima i najviše vremena provodi učeći. Pored redovne nastave uči jezike, jer planira studirati u inostranstvu. Zadnje dvije godine svakodnevno trči bez obzira na vremenske prilike. Povremeno izlazi subotom uveče sa društvom iz razreda, uglavnom na nagovor roditelja. Majka sjedi pored nje dok jede i pokušava je natjerati da uzme barem osnovne namirnice, ali Nevena se uznemiri i odbija da jede bilo

šta: „Nervira me kada broji zalogaje...valjda ja znam šta i koliko mogu da jedem“. Hljeb ne jede zato “što se od njega deblja”. Za većinu namirnica zna kolika je njihova kalorijska vrijednost i uporno preračunava koliko čega može pojesti. Ponekad izrazi želju da joj majka spremi palačinke. Pojede pola jedne palačinke, a uz insistiranje majke jednu cijelu. „Jednom sam pojela sve palačinke, što je mama napravila, baš iz inata, i morala sam povratiti, valjda je tada shvatila da ne mogu“. Uveče do kasno u noć ostaje budna (čita, gleda filmove) i uživa da napravi veliku posudu kokica i cijelu veče jede. Često staje na vagu. Kada je dolazila na kontrole, prije vaganja obično je pila više vode ili jela da bi uvjerala doktora da je dobila na težini.

Porodični odnosi su često konfliktni. Nekoliko puta otac je odlazio iz porodice nakon svađe sa majkom. Majka brine o djeci i domaćinstvu, jer nije zaposlena. Otac je često odsutan zbog posla, malo je uključen u porodične probleme, a povremeno dođe kući pod dejstvom alkohola pa tada obavezno nastane svađa. Otac okrivljuje majku za Nevenino stanje. Jednom prilikom, otac je prema Neveni bio verbalno grub zbog problema sa ishranom, nakon čega se zaključala u sobu i prijetila da će se ubiti. (Na testu sposobnosti je postigla iznadprosječan rezultat, a na testovima ličnosti preovladava anksiozno-depresivna slika).

Etiologija

Anoreksija je kompleksna psihopatološka pojava i njen nastanak se ne može objasniti jednom vrstom uzročnika, već je rezultat mnogobrojnih i međusobno povezanih uzroka. Uzročnici mogu biti vezani za individualni razvoj, porodično funkcionisanje, sredinske ili organske faktore. Postoje dokazi o genetskoj komponenti anoreksije, na što ukazuje istraživanje na blizancima, pa je nađeno da je podudarnost kod dvojajčanih blizanaca 5%, a kod jednojajčanih 56%. Mehanizam prenosa nije poznat (Lask i Bryant-Waugh, 1992, prema Wenar, 2003).

Odnosi u porodici anoreksičnih djevojaka značajni su za nastanak ovog poremećaja. Na osnovu iskustava iz sistemske porodične terapije sa anoreksičnim djevojkama Minuchin (1975) je opisao četiri karakteristična modela interakcije u ovim porodicama, a to su:

- uplitanje – članovi patološki upletene porodice jako su uključeni i reaguju jedan na drugoga na nametljiv način; postoji nedostatak privatnosti i prenatrpano zajedništvo,
- pretjerana zaštićenost – članovi porodice pretjerano su zabrinuti oko svakog člana, pretjerana briga i zaštita usporava razvoj autonomije,
- rigidnost – opiranje promjenama, posebno u adolescenciji,
- odsutnost rješavanja konflikata – obično suočavanje sa stvarnim konfliktima se izbjegava, a pažnja se fokusira na bolest.

Porodica sa anoreksičnom djevojkom previše brine o hrani, redovnosti obroka, ponašanjem za stolom, te na taj način sputava osjećaj individualnosti i autonomije. Istraživanje na 74 porodice (Humphrey, 1989, prema Wenar, 2003) sa anoreksičnim djevojkama su ukazale na specifičnu komunikaciju u kojoj roditelji anoreksičnih kćeri upućuju duple poruke brižne pažnje, ali istovremeno i zanemarivanja njihovih potreba da izraze sebe i svoja osjećanja. Djevojke se dvoume između svojih osjećanja i potčinjavanja roditeljima. Ovaj autor pretpostavlja da pretjerana briga, uz istovremeno zanemarivanje i negiranje izražavanja samog sebe, onemogućava pokušaje individuacije i održava djevojke u zavisnom stanju.

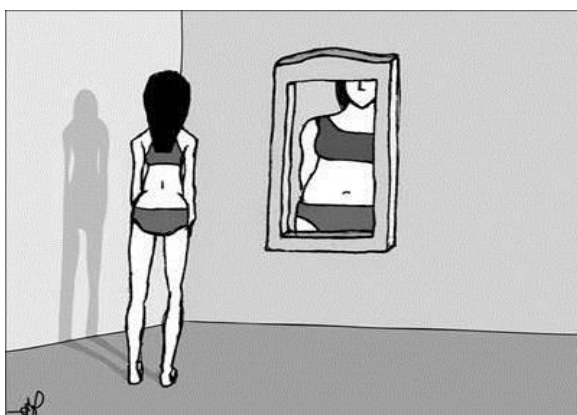
Poznato je da postoje rizične grupe osoba kod kojih je anoreksija češća nego u opštoj populaciji. To su profesije balerina, manekenki i atletičarki. Grupa autora (Farmer, Treasure i Szmukler, 1986, prema Vidović, 1998) otkrila je da 4% do 6% balerina razvija anoreksiju, dok su drugi autori u svom radu otkrili da je taj postotak dostigao 20% kod balerina uzrasta 11 do 14 godina (Garner, Fairburn i Davis, 1987). Anoreksija kod balerina često ostane neprepoznata jer je mršavost i vitkost precijenjen kvalitet. Podaci o manekenkama nisu poznati. Važan faktor za nastanak ovog poremećaja je subkultura.

Intrapersonalni predisponirajući činioci uključuju: ženski pol, nedostatak osjećaja sposobnosti i autonomije, strahove od sazrijevanja, nesigurnost i pretjeranu poslušnost, teškoće vezane za uzimanje hrane u ranom uzrastu, rigidno mišljenje i fiziološke disfunkcije. Za nas je značajna psihološka reakcija na fiziološke promjene, jer postoji razlika između fiziološkog tijela i psihološke reprezentacije tijela kod anoreksičnih (Attie, Brooks-Gunn i Petersen, 1990, prema Wenar, 2003).

Psihološki činioci su važni u regulisanju ponašanja vezanog za ishranu. Pridržavanje dijete kognitivno je kontrolisano, obično kroz količinu unesene hrane. Djevojke koje su stalno na dijeti sklone su „kontrakontrolisanom“ uzimanju hrane, što podrazumijeva epizodična prejedanja visokokaloričnom hranom.

Prisustvo anksioznosti i depresije imaju sličan dezinhbirajući uticaj. Djevojke koje sebe doživljavaju kao pothranjene najzadovoljnije su svojom slikom tijela, nakon njih slijede one koje misle da su prosječne.

Kod anoreksičnih djevojaka psihološka predstava tijela značajno se razlikuje u odnosu na realnu sliku fizičkog tijela (Slika 7).



Slika 7. Anoreksija u ogledalu

Klinička procjena

Da bi se postavila definitivna dijagnoza anoreksije, koja je u međunarodnoj klasifikaciji bolesti označena šifrom F50.0, sljedeći kriterijumi moraju biti zadovoljeni (MKB-10):

- tjelesna težina se održava na najmanje 15% ispod očekivane težine (očekivana težina je ili izgubljena ili nije nikada dostignuta), ili je Ketelov (Quetelet) indeks tjelesne mase (ITM) je 17,5 ili niži,
- gubitak na težini uzrokovan je izbjegavanjem „hrane koja goji“ i primjenom jednog ili više od sljedećih oblika ponašanja: samoizazvano povraćanje, prolivi koje takođe izaziva pretjeranim vježbanjem, upotrebom supstanci koje suprimiraju apetit i/ili diuretika,

- poremećaji tjelesne šeme u formi specifične psihopatologije putem koje se strah od gojaznosti održava kao precijenjena ideja i samonametnuti standardi niske tjelesne težine,
- difuzni endokrini poremećaji koji uključuju osu hipotalamus-hipofiza gonade. Ovaj poremećaj se kod žena ispoljava amenorejom, a kod muškaraca gubitkom seksualnog interesa i potencije,
- ako je početak poremećaja prije puberteta, pubertet se usporava ili prekida (prestaje tjelesni rast, kod djevojčica se ne razvijaju grudi i postoji primarna amenoreja; kod dječaka genitalije ostaju dječije).

Komorbiditet

Gladovanje utiče na ponašanje, izaziva depresivna raspoloženja, razdražljivost, socijalnu izolaciju, smanjuje seksualno zanimanje i izaziva amenoreju. Gladovanje takođe može značajno promijeniti interakcije među članovima porodice budući da su članovi bespomoćni u pokušajima promjene tog modela uzimanja hrane koji dovodi do izrazite iscrpljenosti i koji može na kraju dovesti i do smrti. Depresivna raspoloženja prate osjećaj gladovanja i prisutna su kod anoreksičnih djevojaka i u njihovim porodicama. Jednim istraživanjem ispitanica sa anoreksijom utvrđen je komorbiditet od 73% (Herzog i saradnici, 1992). Ovako visok komorbiditet doveo je do pretpostavke da poremećaji uzimanja hrane i depresija imaju zajedničku etiologiju. Kasnija istraživanja upućuju da su anoreksija i depresija nezavisne smetnje koje se javljaju istovremeno. Anoreksične djevojke često pokazuju opsesivno-kompulzivno ponašanje, odnosno često su zaokupljene mislima koje im se nameću, protiv njihove volje ili prisilnim radnjama vezanim za hranu, obroke, izgled tijela ili tjelesnu težinu (Vidović, 1998).

Bulimija

Bulimija je sindrom koji se karakteriše ponavljanim napadima pretjeranog uzimanja hrane i pretjeranom preokupacijom kontrole tjelesne težine. Bulimija je poremećaj ishrane usko povezan sa anoreksijom i često je njena kasnija posljedica, a odnosi se na djevojke koje usvajaju model čistih epizoda prejedanja nakon kojih slijedi povraćanje ili korištenje laksativa, ali

imaju normalnu težinu ili su gojazne. U djetinjstvu se ovaj poremećaj rijetko pojavljuje, a najčešće se pojavljuje nakon trinaeste i početkom četrnaeste godine života (Vidović, 2010).

Klinička slika

Adolescentkinje sa bulimijom imaju periode jakog prejedanja, koji završavaju osjećanjem slabosti, depresije, stida i krivice. Takva osjećanja pokušavaju neutralisati namjerno izazvanim povraćanjem, zloupotrebom laksativa i diuretika, nakon čega često slijedi ponovno halapljivo gutanje hrane. Prejedanje se definiše kao jedenje u kratkim vremenskim intervalima većih količine hrane nego što bi većina ljudi pojela u sličnim okolnostima. Prejedanje je određeno količinom hrane. Sklone su neobičnim i neuobičajenim kombinacijama namirnica. Jedu brzo, ponekad stojeći, najčešće noću dok ukućani spavaju, jer se stide svoga ponašanja i prikrivaju ga (Vidović, 1998). Djevojke sa bulimijom ne moraju biti ni mršave ni amenoroične. Na kontinuumu smetnji ishrane anoreksija i bulimija se ne isključuju, nego se međusobno prekrivaju. Ista djevojka može prelaziti iz anoreksične faze u bulimičnu i obratno, a kod nekih se smetnja javlja samo u jednom ili drugom vidu. Dijagnoza bulimije treba da se ograniči na onu formu poremećaja koja je povezana sa anoreksijom na osnovu zajedničke psihopatologije. Distribucija po uzrastu i polu slična je kao i kod anoreksije. Međutim, bulimija se javlja nešto kasnije, to jest na starijem uzrastu.

Slučaj 8

Djevojka Ana, uzrasta 17 godina i 8 mjeseci, odlična učenica IV razreda srednje škole, živi sa ocem i mlađim bratom, takođe učenik srednje škole (roditelji u procesu razvoda braka). Porodica je materijalno natprosječno obezbijeđena.

Razgovor sa ocem:

Otac je samoinicijativno zatražio stručnu pomoć zbog problema sa Anom koji su prisutni u zadnjih oko 6 mjeseci. „Uvijek je bila najbolja u svemu...nikada nije bilo problema sa njom...sada sam zabrinut za njeno zdravlje...jede preko svake mjere...čak sam počeo zaključavati frižider. Noću, kada svi spavaju ona jede i pojede sve šta nađe u frižideru...onda joj

bude loše i povraća. Najčešće pokušava sakriti da povraća. Povlači se, sve češće se zaključava u svoju sobu“. Otac je pokušavao više puta da razgovara sa Anom, ali ona jednostavno to ne smatra velikim razlogom za brigu, a o ostalim problemima ne priča puno...otac misli da ima problema o kojima ne govori i da je potrebno da sa nekim razgovara...sigurno ima nešto što on ne zna, a ne zna ni kako bi joj pomogao.

Podaci o porodici:

Ana je prvo dijete iz uredne trudnoće, poroda i ranog razvoja. Uvijek je bila zdrava i naprednija od druge djece. O njoj i mlađem bratu najčešće je vodila brigu baka, majčina maćeha. Roditelji su zaposleni i uspješni, svako u svome poslu. Često su odsutni iz porodice zbog poslovnih obaveza. Odnosi su bili skladni do zadnjih oko dvije godine kada su se pojavili problemi između roditelja. Majka je optuživala oca da je vara sa drugim ženama, on se branio i poricao tako da su svađe bile sve češće. Majka je više puta odlazila kod svoga oca i maćeha i nakon nekoliko dana ili sedmica ponovo se vraćala u porodicu. Majka je postajala sve više zamišljena, često je bila umorna i spavala i preko dana, „djelovala je nekako drugačija, kao da je odsutna i nije se interesovala šta se dešava sa mnom i bratom...ali tatu je i dalje napadala...valjda i pratila“. Nakon mnogobrojnih verbalnih i fizičkih sukoba, majka se odselila i u kući je postalo mirnije. Ana i brat su se izjasnili, u Centru za socijalni rad, da žele živjeti sa ocem. Sa majkom kontaktiraju po dogovoru. Odlaze kod bake i djeda koji su i dalje dobri prema njima, tamo se viđaju i sa majkom. Oni loše govore o njihovom ocu i govore da je on kriv za porodično „rasulo“.

Razgovor sa djevojkom:

„Mislila sam da sam jaka i da sve što se dešava sa mamom i tatom ne utiče na mene previše. U školi mi je teže zadržati raniji uspjeh, ali ipak sam i dalje odlična. Lakše mi je kada sam okupirana i ne mislim o problemima u kući. Glavni problemi su počeli kada je Ana otkrila da majka pije alkohol i sakriva ga svuda po kući. Pronalazila je alkoholna pića ispod odjeće, iza knjiga, ispod kreveta...kada su razgovarale o alkoholu svaki put je obećavala da će prestati, ali nije uspijevala.... Pokušavala je da joj pomogne i razgovarala je sa bliskim ljudima (članovima porodice i prijateljima), ali niko ne vjeruje da je stanje tako teško. „Jedne noći mama

je spavala u stanu i ja sam iz svoje sobe čula da je neko na terasi. Izašla sam i našla sam je kako pije alkohol i sjedi u mraku oko 3 ili 4 sata ujutro. Ja sam uzela onu flašu i sve joj prosula po licu. Ne znam kako sam to mogla.“ Ana navodi da je preko dana dobro. Ide u školu, uči, druži se, čak joj se dopada jedan dječak iz razreda (njegovi roditelji se isto razvode). Noću je puno teže. „Ne mogu zaspati, onda mi se čini da ću zaspati kada jedem i tako počnem, a onda ne mogu stati...dok jedem zadovoljna sam, ništa me ne brine, lijepo mi je...poslije toga mi bude loše, povraćam, sutra me grlo boli od silnog povraćanja....kažem sebi da neću više, ali...“ Nekoliko dana uspijeva da se ne prejeda, ali opet popusti. Sa ocem se dobro slaže i oboje učestvuju u kućnim poslovima, sa bratom se rijetko sreće, pošto su u različitim smjenama. On ima svoje društvo i više je zaokupljen dešavanjima izvan kuće nego u kući. Majci više ništa ne vjeruje. Ne vjeruje da joj se može pomoći. „Ni u kakvu promjenu na bolje više ne mogu očekivati. Jedino što može da se desi je da je nađu negdje mrtvu...“. Sa drugaricama ne priča o problemima koji su prisutni u njenom životu. Voljela bi da ode studirati negdje u inostranstvo i da bude što dalje od svih.

Ponašanje djevojke:

Djevojka je u narednih nekoliko seansi dolazila sama, uvijek u tačno dogovoreno vrijeme. Sarađuje i trudi se da prepozna i razumije lična postupke i porodične odnose. Inteliktualna efikasnost je uredna u kategoriji iznadprosječnih sposobnosti. U početku je preovladao depresivni afektivni ton, postepeno je postajala raspoloženija, postizala je nove uspjehe u školskim i vanškolskim aktivnostima (samopouzdanje se vraćalo). Otac je povremeno dolazio i interesovao se, a majka se takođe zanimala i raspitivala preko telefona. Nikada se nije lično obratila ili došla sa kćerkom (Letić, 2010, str. 42–44).

Da bi se postavila dijagnoza bulimije prema međunarodnoj klasifikaciji (MKB-10) koja je označena šifrom F50, neophodno je da budu zadovoljeni sljedeći kriterijumi:

- postoji stalna preokupacija hranom, neodoljiva želja za hranom i djevojka podliježe epizodama pretjeranog uzimanja hrane, kada se velike količine hrane konzumiraju u kratkom vremenskom intervalu,

- pokušaji suprotstavljanja gojenju na jedan ili više od sljedećih načina: izazivanjem povraćanja, zloupotrebom laksativa, periodima gladovanja, upotrebom lijekova kao što su sredstva koja suzbijaju apetit,
- psihopatologija se manifestuje morbidnim strahom od gojaznosti i pacijenti uspostavljaju za sebe jasno definisanu tjelesnu težinu koju mogu dostići. Takva težina je izrazito ispod njihove težine prije poremećaja, koja predstavlja optimalnu ili zdravu težinu.

Tretman anoreksije i bulimije

Poremećaje ishrane treba shvatiti vrlo ozbiljno. Prvi cilj terapije je da se osoba metabolički stabilizuje i da se medicinski zbrine, posebno kada je životno ugrožena. Medicinski tretman podrazumijeva bolničko liječenje (često dugotrajno) i hranjenje na vještački način (na sondu, intravenozno). Korisno je kombinovati medicinski pristup sa psihološkim. Dobre rezultate daju bihevioralni pristupi čiji je osnovni cilj da djevojke promijene iracionalne misli i preokupaciju tjelesnom težinom. Kada se postigne zadovoljavajuća tjelesna težina, moguće je organizovati porodičnu terapiju. Liječenje anoreksije je kompleksno jer mladi nikako ili teško priznaju da imaju probleme sa ishranom (Vidović, 2010).

Bulimija se takođe liječi farmako (najčešće antidepresivima) i psihoterapijom. Rezultati istraživanja su pokazali da je bulimija jedini poremećaj ishrane kod kojeg su se lijekovi pokazali uspješnima. Različiti antidepresivi mogu umanjiti učestalost epizoda prejedanja i povraćanja (Gadow, 1992, prema Wenar, 2003). U nekim slučajevima bulimije uspješna može biti i psihoedukacija koja je zasnovana na bihevioralnim tehnikama, a zasnovana je na učenju kako da izbjegnu prejedanje i kontrolišu unos hrane, kao i da odgode potrebu za povraćanjem poslije jela. Učenje osjećaju samokontrole pomaže da stvore realnu sliku o svome tijelu.

S obzirom na složenost, upornost i dugotrajnost njihovog održavanja, poremećaji ishrane zahtijevaju multidisciplinarni pristup u koji su uključeni: pedijatri, specijalisti za ishranu, endokrinolozi, psiholozi, psihijatri, ginekolozi i druge uže specijalnosti po potrebi. Kvalitetna

saradnja sa roditeljima, a često i sa nastavnicima, značajna je pomoć u tretmanu.

Prognoza

Ishod liječenja je različit i zavisi od mnogih faktora. Kod nekih je anoreksija jedina, srazmjerno blaga smetnja, i može trajati dugo, u nekim slučajevima i cijeli život. Prognoza je uglavnom neizvjesna, a zavisi od uzroka i složenosti sukoba koji leže u pozadini ispoljenih simptoma, odbrana i motivacije za liječenjem (Tadić, 2000). U većini slučajeva djevojke sa anoreksijom nikada ne traže stručnu pomoć samoinicijativno i u velikom su otporu prema bilo kojem vidu pomoći. Uporno pokušavaju da ubijede roditelje i terapeute da im pomoć nije potrebna i da se dobro osjećaju. Ukoliko ipak pristanu na neki vid terapijske pomoći sklone su opstrukcijama, manipulaciji i napuštanju terapije. Prognoza je nešto bolja kod ženskog dijela populacije u odnosu na muški, iako je anoreksija rjeđa kod muškaraca. Istraživanja tehnikom praćenja unaprijed pokazala su da se 40% anoreksičnih oporavi u potpunosti, kod 30% stanje se poboljša u značajnoj mjeri, a kod 20% se ne popravlja ili se značajno pogoršava depresijom, socijalnim fobijama ili ponavljanjem simptoma. Rani početak (prije 16. godine života) povezan je sa boljom prognozom, dok su hroničnost, izrazite porodične teškoće i slaba akademska adaptacija povezani sa lošim ishodom (Leon i Phelan, 1985, prema Wenar 2003). Ranije se smatralo da bulimičarke imaju lošiju prognozu od restriktičarki, danas se smatra da ne postoje značajne razlike što se tiče prognoze, osim što bulimičarke imaju više poremećaja vezanih uz upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od restriktičarki (Toner, Garfinkel i Garner, 1986, prema Wenar, 2003).

Gojaznost

Tradicionalno gledano, gojaznost je smatrana znakom zdravlja i snage, a mršavost znakom bolesti. Danas, gojaznost postaje sve veći problem djece i mladih i predstavlja jedan od značajnih zdravstvenih problema modernog društva, kako u svijetu tako sve više i kod nas. Vitki ljudi se smatraju privlačnijima, zdravijima i ljepšima, osobama koje brinu o sebi, svom

izgledu i zdravlju. Gojaznost se zbog svog ogromnog kliničkog, javnozdravstvenog i socioekonomskog značaja, kontinuirane progresije prevencije i stepena uhranjenosti, uvrstila u red globalno najznačajnijih medicinskih tema (WHO, 2008).

Na Međunarodnom kongresu o gojaznosti, održanom 2006. godine u Sydneyu, iznesen je podatak da u svijetu ima više od milijardu preuhranjenih i više od 300 miliona gojaznih, a od tog broja jednu trećinu čine djeca, od čega oko 22 miliona čine djeca mlađa od 5 godina. Takođe, na kongresu je procijenjeno da je trajno rastući broj pretjerano uhranjenih u svijetu konačno prerastao broj osoba koje su pothranjene zbog gladi, čiji je broj procijenjen na oko 600 miliona (Zimmet i Alberti, 2006).

Istraživanja pokazuju da prekomjerno uzimanje hrane u djetinjstvu povećava vjerovatnoću za pojavu gojaznosti u odraslom dobu. Ova pojava objašnjava se genetskim činiocima ili navikama u vezi sa ishranom koje se formiraju veoma rano određujući broj ćelija tjelesnih masnoća u individualnom slučaju već u prvim godinama života (Venditi, 1996, prema Berger, 2002).

Odredenje pojma

Gojaznost, posebno u razvojnem periodu, teže je definisati, ali pojednostavljeno bi se moglo reći da je gojazno ono dijete čija je tjelesna težina za 20% veća od očekivane težine u odnosu na visinu (Wenar, 2003). Gojazna djeca su manje pokretna i teško je reći da li je pasivnost uzrok ili posljedica gojaznosti. Podaci istraživanja ukazuju da preko 80% gojazne djece ostaje gojazno i kasnije u životu (Adamović, 1983, prema Berger, 2002).

Prevalencija

Utvrđeno je da je 5 do 10% predškolske djece u Americi gojazno (Woolston i Forsyth, 1989, prema Wenar, 2003). Prevalencija raste na 9,2% u školskom uzrastu i na 14,8% u adolescenciji (Leon i Dinklage, 1989, Wenar, 2003). Pouzdanih podataka u našoj zemlji nema, ali je primjetno da je u pedijatrijskim ambulantomama i na sistematskim pregledima sve više gojazne djece. Postoje dokazi o čvrstoj vezi sa socioekonomskim statusom

porodica: 40% djece iz nižeg socioekonomskog sloja je gojazno, dok je taj postotak za djecu iz porodica sa višim ekonomskim statusom oko 25% (Foreyt i Goodrick, 1988, prema Wenar, 2003).

Klinička slika

Gojazna djeca se osjećaju manje prihvaćena u grupama vršnjaka, nespretni su i spori, teže se uključuju u sportske i rekreativne aktivnosti. Gojaznost se razvija postepeno i prerasta u hronično stanje. Gojazna djeca su često stigmatizovana u društvu vršnjaka. U sljedećem primjeru opisano je ponašanje gojaznog dječaka.

Slučaj 9

Nemanja, odličan učenik petog razreda osnovne škole, dolazi u pratnji majke radi ispitivanja prekomjerne tjelesne težine (T.M.=78 kg, T.V.=161 cm). Jedino dijete u jednoroditeljskoj porodici. Otac je poginuo kada je Nemanja imao dvije godine. Rođen je iz uredne trudnoće (T.M. pri rođenju je 4500 grama), urednog ranog razvoja, dojen je oko devet mjeseci, higijenske navike je usvojio oko treće godine. U predškolskoj ustanovi boravio je od dvije i po godine do polaska u školu. Živi sa majkom koja je zaposlena. Za vrijeme školskih odmora boravi kod babe i djeda u inostranstvu. Majka primjećuje da je osjetljiv i plače za svaku sitnicu, jede puno slatkiša i tjestenine, dok voće i povrće gotovo da ne jede uopšte. Ima potrebu da stalno nešto jede. U kući uvijek mora biti kolača, čokoladica, čipsa, smokija. Ponekad ustane iz kreveta i traži da nešto pojede jer ne može zaspati. Pokušava da se bavi sportom, ali je neistrajan i brzo odustane. Nema prijatelja, u razredu osjeća da nije prihvaćen od vršnjaka. Povremeno ga nazivaju pogrđnim imenima „Debo, Buci..“. Slobodno vrijeme provodi sam, uz kompjuter, rjeđe uz televizijski program. Majka navodi: “pravi je dobrica, miran, povučen, poslušan...nikakvih problema ne pravi..“ U kontaktu dječak je neposredan, spontan i saradljiv, vidno izgrizanih noktiju na prstima ruku. Intelektualno funkcionisanje uredno u kategoriji prosječnih sposobnosti (viši prosjek).

Etiologija

Gojaznost je rezultat interakcije mnoštva faktora: genetskih, fizioloških i sredinskih. U nastanku gojaznosti važnu ulogu ima način života koji uključuje manje fizičke aktivnosti i navike u ishrani sa upotrebom visokokalorične hrane. Postoje pokušaji da se prekomjerna tjelesna težina objasni emocionalnim činiocima, kao što su anksioznost, depresivnost i druge emocionalne reakcije kao odgovori na stresore. Podaci nekih studija ukazuju da su gojazne osobe reaktivnije, ne samo na spoljašnje stimulse koji su u vezi sa hranom nego i na sve one koji izazivaju emocionalno uzbuđenje (Haley, 1996, prema Berger, 2002). Poznato je da ljudi različito reaguju u stresnim situacijama. Jedni gube apetit, a drugi jedu više i apetit se povećava. Osobe normalne tjelesne težine i koje nisu na dijetetskom režimu ishrane, u stresnim situacijama jedu manje, dok gojazne osobe i one koje su na dijeti pokazuju tendenciju da na stres i anksioznost reaguju unošenjem većih količina hrane (Marković, 1990, prema Berger, 2002). Gojenje pod stresom dešava se onima koji su skloni gojaznosti i debljini i osobama sa već prekomjernom tjelesnom težinom (Berger, 2002).

Kada su prehrambene navike pojedinca usko povezane sa njegovim emocijama, dolazi do pojave koja se naziva emocionalno jedenje. Istraživanja pokazuju da ljudi postaju podložni ovom poremećaju kada su usamljeni, depresivni, anksiozni, hronično frustrirani i nezadovoljni. Ove osobe obično imaju nizak nivo samopouzdanja, često imaju probleme u međuljudskim odnosima i/ili nizak prag tolerancije na frustracije. Kada ne vide rješenje stanja u kojem se nalaze, obično pribjegavaju hrani bogatoj ugljenim hidratima. Postepeno razvijaju naviku i tako dolazi do nagomilavanja masnih naslaga i viška kilograma. Emocionalno jedenje je jedan od mogućih uzroka gojaznosti kod odraslih i djece kojem se u posljednje vrijeme posvećuje više pažnje, ali ne mora značiti da svaka gojazna osoba pati od ovog poremećaja (Pokrajac-Bulian, 2011).

S obzirom na sve češći pokušaj objašnjenja prekomjerne tjelesne težine emocionalnim činiocima, mogu se izdvojiti tri oblika gojaznosti (Tadić, 2000):

- gojaznost bez emocionalnih smetnji,

- gojaznost kao odgovor na razne stresore (razvod roditelja, hronične bolesti, smrt u porodici),
- trajna gojaznost koja se razvija u sklopu dubljih psihičkih poremećaja (psihoze).

Porodica i gojaznost djece

Značajan je i odnos porodice vezan za izbor hrane, stil hranjenja i roditeljska znanja o zdravom načinu ishrane. Veoma dobrim pokazateljem gojaznosti kod djece smatraju se roditeljsko zanemarivanje i pretjerano roditeljsko uključivanje u djetetovu ishranu. Takođe, roditeljski stil hranjenja i njihovo znanje o ishrani imaju uticaj na razvoj gojaznosti kod djece (Lukač, 2014). Autori koji su se bavili ispitivanjem roditeljskog stila hranjenja, izdvajaju nekoliko osnovnih stilova (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey i saradnici, 2001):

– „*Laissez-faire*“ stil roditeljstva u hranjenju predstavlja roditelje koji ne postavljaju granice svojoj djeci vezano za njihovu ishranu, ni u kvalitetu ni u kvantitetu. U okviru ovog stila, roditelj ne održava interakciju sa djetetom u toku ishrane.

– U *kontrolišućem stilu* roditeljstva vezanom za ishranu, roditelj potpuno ignoriše djetetove potrebe i njegove znake sitosti ili gladi. Postoje dvije vrste kontrolišućeg stila hranjenja s obzirom na njihovu svrhu: *pritisak i ograničavanje*. Kod podstila „pritisak“, roditelji su zabrinuti da je dijete neuhranjeno te žele da dijete što više jede, kada je nezadovoljno i pokazuje tugu, hrane dijete da bi se umirilo i utješilo. Kod podstila „ograničavanje“, roditelji ograničavaju dijete da jede, nadajući se da će na takav način da smanje tjelesnu težinu.

U pogledu traženja povezanosti gojaznosti kod djece i stila roditeljskog hranjenja, istraživači su se najviše usmjerili ka kontrolišućem roditeljskom stilu.

Najpoželjniji stil roditeljskog hranjenja jeste stil u kojem roditelji odgovaraju na djetetove potrebe, reaguju na trenutne djetetove znakove gladi i sitosti. U okviru ovog stila postoje jasne granice, podstiče se samostalnost u ishrani djece, i cijela porodica za vrijeme svakodnevne okupljenosti funkcioniše u pozitivnom okruženju (Lukač, 2014).

Uticaj medija na povećanje gojaznosti djece

Istraživanja su pokazala da vrijeme provedeno gledajući televiziju (posebno tri ili više sati) povećava rizik od gojaznosti kako kod odraslih tako i kod djece. Pronađena je povezanost između broja sati gledanja televizije i gojaznosti kod djece i rezultati su pokazali da je za oko 50% veća vjerovatnost da će djeca postati gojazna ukoliko često gledaju televizor (više od 35 sati sedmično). Takav uticaj na gojaznost djece ne objašnjava se samo smanjivanjem fizičke aktivnosti (postoji negativna povezanost između gledanja televizije i tjelesne aktivnosti djece i adolescenata) već i propagandnim programom koji je usmjeren prema djeci (Giles-Corti, Macintyre, Clarkson, Pikora, Donovan, 2003). U vrijeme emisija za djecu često se prikazuje više od polovine svih reklama od kojih je oko 60% usmjerenih na čokoladne pahuljice, sa mnogo šećera i raznu nezdravu ishranu kao poželjnih obroka za doručak čime se direktno utiče na navike djece (Davison i Birch, 2001). Djeca su godišnje izložena uticaju od oko 10000 reklama o hrani, od kojih se 95% odnosi na brzu hranu, slatkiše, ušećerene pahuljice, slatke sokove (Swartz i Puhl, 2003). Zanimljivo je da neka istraživanja, koja su proučavala uticaj drugih aktivnosti koje su dostupne djeci, kao što su kompjuterske i video-igrice, nisu pronašla povezanost sa prevalencijom gojaznosti djece što je još jedan od dokaza važnosti i kvaliteta televizijskog propagandnog programa (Dietz i Gortmaker, 2001).

Nijedna od postavki o primarno biološkim ili genetskim činiocima u etiologiji gojaznosti i debljine nije uspjela razjasniti ih u cjelosti. Takođe, nijedna ne isključuje uticaj sociokulturnih faktora, normi i stavova date sredine, kao ni individualne psihološke specifičnosti, kako u nastanku tako i u održavanju ovih tjelesnih stanja.

Klinička procjena

Svjetska zdravstvena organizacija prihvata kriterijum indeksa tjelesne mase – ITM (BMI) za postavljanje dijagnoze prekomjerne tjelesne težine i gojaznosti. Vrijednosti ITM veće od 25 kg/m² a manja od 30 kg/m² definišu prekomjernu tjelesnu težinu. Obim struka veći od 80 cm za žene i veći od 94 cm za muškarce predstavlja rizik za pojavu raznih oboljenja. Postoji više

metoda kojima se može odrediti postotak tjelesne masti, ali u kliničkoj praksi najčešće se koriste metode određivanja indeksa tjelesne mase (ITM), ili popularni BMI (Body Mass Index), zatim mjerenje obima struka i debljine kožnog nabora. ITM je razradio belgijski naučnik Adolf Ketel (Adolphe Quetelet) za potrebe istraživanja socijalne fizike sredinom 19. vijeka, zbog čega se ITM često naziva i Ketelov indeks.

ITM ili BMI predstavlja odnos tjelesne mase (TM) izražene u kilogramima i kvadrata tjelesne visine (TV) izražene u metrima: $ITM = TM \text{ (kg)}/TV \text{ (m}^2\text{)}$. Vrijednosti ITM su specifične za uzrast i pol. ITM se ne primjenjuje kod djece u fazi rasta, trudnica, dojilja, kao i kod ljudi kod kojih je izražena muskulatura (npr. body bilderi). Vrijednosti ITM jednake ili veće od 30 kg/m^2 upućuju na gojaznost koja predstavlja rizičan faktor za ozbiljne zdravstvene i psihičke posljedice (Tabela 10).

Tabela 10. *ITM, uhranjenost i nivo zdravstvenog rizika*

BMI	Uhranjenost	Rizik za oboljevanje
<18.5	Mršavi	Minimalni
18.5-25	Normalno uhranjeni	Nizak
25-30	Prekomjerno uhranjeni	Umjeren
35-40	Jako gojazni	Vrlo visok
>40	Ekstremno gojazni	Ekstremno visok

* Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

Zdravstvene i psihosocijalne posljedice gojaznosti

Gojazna djeca pod povećanim su rizikom od velikog broja fizičkih i psihičkih teškoća. Poznata je Hipokratova izreka da gojaznost nije samo bolest za sebe, već i prijetnja za razvoj ostalih bolesti. Među fizičkim teškoćama su ortopedski problemi, hipertenzija i kardiovaskularne bolesti (Foreyt i Goodrick, 1988, prema Wenar, 2003). Mogući rizik su i hormonski poremećaji i poremećaji metabolizma heterogene i složene etiologije među kojima je Dijabetes tipa 2 (Diabetes mellitus – DM) koji se sve češće javlja i

kod mladih. Mnogi drugi poremećaji mogu biti, u većoj ili manjoj mjeri, izazvani gojaznošću kao što su: artritis, pankreatitis, hemoroidi i drugi.

Gojaznost ima značajne psihosocijalne posljedice koje utiču na kvalitet života, emocionalno funkcionisanje i socijalnu kompetentnost. Mnoga djeca jedu kada su usamljena ili preplavljena negativnim emocijama (frustracija, dosada, nesigurnost, ljutnja, tuga), a hrana im služi kao zamjena za zadovoljenje emocionalnih potreba. Gojazni se pretežno osjećaju nepoželjno, depresivno, jedu više, a zbog svog izgleda postaju još više depresivni i opet utjehu nalaze u hrani (začarani krug). Gojaznost često prate negativna obilježja u socijalnoj sredini. Istraživanja pokazuju da se negativni stereotipi o gojaznosti javljaju prema djeci koja su gojazna u dobi od 3 do 5 godina, a gojazna djeca procjenjuju da imaju manje prijatelja, da su slabija u školi i da ih roditelji manje vole. U poređenju sa vršnjacima, gojazna djeca su tri puta češće izložena zadirkivanju. Uočeno je da druga djeca procjenjuju gojaznu djecu kao onu koja im se najmanje sviđaju, misle da su lijena, trapava, troma, prljava, ružna i slabe volje i da bi mogla smršati kada bi to željela (Puhl, Brownell, Bias, 2001).

Ranija istraživanja navodila su gojazne osobe kao zavisne, sklone negativnoj osjećajnosti, depresiji ili anksioznosti, kojima nedostaje samokontrola. Savremene studije ne potvrđuju ovakva shvatanja, a navedene osobine smatraju prije posljedicom prekomjerne tjelesne težine nego njenim uzročnikom. Gojazne osobe su reaktivnije na stimuluse koji izazivaju emocionalno uzbuđenje, a kada su pod stresom sklonije su unošenju većih količina hrane nego negojazne osobe. Gojazna djeca imaju tendenciju da se povlače iz socijalnih aktivnosti, vremenom postaju depresivnija i u većem su riziku za pojavu mentalnih problema i poremećaja u odnosu na negojazne vršnjake. Istraživanje koje je provedeno na prigodnom uzorku od 348 djece uzrasta 8–14 godina iz Republike Srpske, pokazalo je da postoje značajne razlike u ispoljavanju depresivnih simptoma kod gojaznih dječaka i djevojčica. Gojazni dječaci su znatno depresivniji od gojaznih djevojčica ($p > .01$), dok su gojazne djevojčice pokazivale znatno niže samopoštovanje u odnosu na gojazne dječake ($p > .05$). Takođe, gojazna djeca uzrasta 8, 10 i 14 godina pokazuju izraženije depresivne simptome u

odnosu na gojaznu djecu drugih uzrasta koja su bila dio uzorka (Lukač i Letić, 2016).

U vrijeme odrastanja gojaznost je često udružena sa psihosocijalnim i psihopatološkim ispoljavanjima, kao što su: socijalna izolacija, autoagresija, pokušaji suicida, promiskuitet, bulimija, pušenje, enureza i drugi.

U nemedicinske komplikacije gojaznosti spadaju skuplji život (hrana, odjeća, obuća, namještaj i transport), nelagodnost pri kretanju (bolovi u leđima i stopalima), teže nalaze bračnog druga i posao, usamljenost (smanjeni socijalni kontakti), neaktivnost (Wenar, 2003).

Tretman gojaznosti

Gubitak tjelesne težine je samo dio problema liječenja gojaznosti za koje se koriste razne dijete i programi vježbanja. Drugi dio, mnogo teži i važniji, jeste kako održati postignutu željenu (idealnu) tjelesnu težinu. Među psihološkim programima, kognitivno-bihejvioralni programi daju najbolje efekte, a oni uključuju djecu i roditelje kroz programe kontrole unosa hrane i povećanja tjelesnih aktivnosti.

Bihejvioralni tretman traje 12 mjeseci i sastoji se od dvije faze: prva faza je gubitak težine, a druga faza je održavanje. Ovaj pristup podrazumijeva i tehnike usmjerene na povećanje kvaliteta međuljudskih odnosa, razvoj manje disfunkcionalnih stavova prema hrani, radu na slici o tijelu, kontroli tjelesne težine (Brownell i Wadden, 1992). Rezultati grupnih bihejvioralnih tretmana gojaznosti vrlo su konzistentni i obično dovode do prosječnog gubitka od 7 do 10% početne težine u razdoblju od 16 do 24 sedmica od početka tretmana. Bihejvioralni tretman pospješuje i psihološku stabilnost gojaznog djeteta, dolazi do smanjenja simptoma depresije, poboljšava se samopoštovanje i slika o tijelu, a vidljivo je poboljšanje i u biološkim varijablama kao što su krvni pritisak i masnoće (Wilson i Brownell, 2002). Problem sa bihejvioralnim tretmanom, kao i sa drugim pristupima, jeste da se učinci tretmana ne održavaju dugoročno. Gojazni obično vrate oko jedne trećine izgubljene težine za oko godinu dana. Ipak, manji dio pacijenata izgubljenu težinu uspješno održava duže od 4 godine (Perri, 2002).

Kod kognitivno-bihevioralnog tretmana cilj je na kognitivnoj promjeni, gdje se polazi od pretpostavke da je kognitivna promjena preduslov dugoročne promjene ponašanja vezanog za ishranu (Fabricatore, 2007). Naglasak se stavlja na razlikovanje gubitka težine i održavanja postignutog stanja.

Ova dva pristupa u liječenju gojznosti povezuje vremensko ograničenje tretmana, usmjerenost na problem, saradnički odnos između gojazne osobe i terapeuta, edukacija o prednostima koje donosi smanjenje tjelesne težine, identifikacija disfunkcionalnih misli, usmjeravanje na rješavanje problema (problem solving) (Lukač, 2014).

U cilju gubitka tjelesne težine koriste se i farmakološka sredstva (tablete, napici, flasteri i slično).

Prevenција gojznosti

Prevenција podrazumijeva pravovremeno prepoznavanje genetskih faktora ili faktora sredine, koji odvojeno ili u kombinaciji mogu biti faktor rizika za nastanak gojznosti. Za prevenciju gojznosti korisni su razni edukativni programi koji informišu mlade i roditelje o važnosti fizičke aktivnosti, bavljenja sportom, pravilne ishrane i redovnih kontrola tjelesne težine.

Ostali poremećaji ishrane

Pored anoreksije nervoze, bulimije nervoze i gojznosti, povremeno se pojavljuju poremećaji, koji se rjeđe sreću u praksi, pa ćemo ih samo ukratko pomenuti.

Infantilne kolike

Infantilne kolike ili grčevi javljaju se u ranom uzrastu, što roditelje plaši i uznemirava. Dijete plače, grči se, odbija hranu i teško ga je utješiti i smiriti. Majke često panično hrane djecu, pokušavajući da ih umire, što ponekad privremeno i uspijevaju, ali se bolni grčevi ubrzo još više intenziviraju. Najveću korist predstavlja smiren i ohrabrujući stav stručnjaka (pedijatra, psihologa) koji će pomoći u redukovanju majčine anksioznosti i strpljivom bavljenju djetetom. Grčevi u većini slučajeva spontano iščeznu.

Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane

Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane je poremećaj kod djece koja imaju slične simptome kao u anoreksiji, ali ne ispunjavaju sve kriterijume za tu dijagnostičku kategoriju. Ono što nedostaje i razlikuje ovaj poremećaj od anoreksije je nedostatak poremećenog doživljaja tijela i nema straha od debljanja (Lask i Bryant-Waugh, 1993, prema Vidović, 2010).

Odbijanje hrane

Odbijanje hrane ispoljava se kroz selektivno i povremeno izbjegavanje pojedinih namirnica dok nema problema sa jedenjem druge hrane. Nisu opterećeni kalorijama i vitkom linijom. Ova pojava više je vezana za navike i porodične odnose, ne ugrožava dijete i spontano nestaje tokom odrastanja (Vidović, 2010).

Selektivno jedenje

Predstavlja pojavu kada dijete jede dvije ili tri vrste hrane što zabrinjava i opterećuje njihove roditelje. Obično su to namirnice koje sadrže ugljene hidrate (kolači, čips i slično), pa ne gube značajnije na težini.

Gubitak apetita

Gubitak apetita je najčešće povezan sa depresivnim raspoloženjima, a često i sa anoreksijom, posebno u adolescentnom uzrastu.

Sindrom potpunog odbijanja hrane

Sindrom potpunog odbijanja hrane, pića ili sličnih aktivnosti predstavlja poremećaj koji nije obuhvaćen dijagnostičkim kategorijama i smatra se da najčešće nastaje kod seksualno zlostavljane djece kao oblik posttraumatskog stresnog poremećaja (Lask i Bryant-Waugh, 1993, prema Vidović, 2010). Ova djeca zauzimaju fetalni položaj, izbjegavaju bilo koju vrstu kontakta sa drugima, a pri pokušaju hranjenja pokazuju strah ili ljutnju.

Merimizam

Merimizam je poremećaj koji se ispoljava u vidu vraćanja i prežvakavanja hrane tokom prve dvije godine života. Ovaj poremećaj u osnovi može imati

neki organski uzrok, ali kod brojne djece mericizam se razvio pod uticajem emocionalnih faktora, te ga treba posmatrati u kontekstu defekta u ranoj interakciji ili u kontekstu izlaganja separacijama, koje su za dijete vrlo bolne, posebno između šest mjeseci i četiri godine (Matković, 1992, prema Tadić, 2000). U nekim slučajevima ovaj poremećaj je kombinovan sa drugim psihofiziološkim poremećajima. Može nastati u nedostatku odgovarajuće afektivne vezanosti, često kao rezultat emocionalnog napuštanja i odbacivanja.

Pika

Pika (Pica) predstavlja neobičan poremećaj u ishrani koji je karakterističan po upornoj i prisilnoj težnji za stavljanjem u usta neprehrambenih, pa čak i štetnih predmeta, kao na primjer: zemlje, kreča, krede, komadića drveta, gline prljavštine ispod noktiju, otpadaka od cigareta i slično. Pika je najčešća u prve dvije do tri godine života, a rjeđe se sreće kod starije djece, adolescenata i odraslih. Ovaj poremećaj karakterističan je za djecu koja pate od razvojnih poremećaja, uključujući mentalnu zaostalost i autizam, kao i kod osoba sa oštećenjem mozga (Bryant-Waugh i Lask, 1995, prema Vidović, 2010). Pika je češća je među djecom čiji roditelji ispoljavaju slične pojave ili druge smetnje u ishrani. O piki se malo zna, rijetka je pojava i malo ispitivana tako da najvjerovatnije i nema veće psihopatološko značenje (Tadić, 2000).

Potomanija

Potomaniju odlikuje jaka i prisilna potreba za uzimanjem velikih količina tečnosti (vode) i praćena je obilnim izmokravanjem. Ako je psihičkog porijekla, uzroci i psihodinamika nastajanja su slični kao kod anoreksije i bulimije i odnose se na djelimična vezivanja i učvršćivanja nagonskih težnji u ranom uzrastu. Potomaniju treba razlikovati od polidipsija (predstavlja simptom koji opisuje pojačan osjećaj žeđi, često se javlja kao jedan od ranih simptoma dijabetesa) i poliurija organskog porijekla (učestalo mokrenje velikih količina mokraće karakteristično za mnoga patološka stanja i bolesti) koja se sreće kod dijabetesa, tumora i drugih oboljenja.

Koprofagija

Koprofagija je rijetka pojava među djecom, a odnosi se na jedenje sopstvenog izmeta i može se sresti na prelazu oralne u analnu fazu, krajem prve godine života. Kod teže mentalno retardirane djece koprofagija je jedan od znakova usporenog razvoja. Kod najvećeg broja djece igra sa izmetom i jedenje izmeta spontano prestaju.

SNOVI I POREMEĆAJI SPAVANJA

O spavanju i poremećajima spavanja kod djece i mladih manje je podataka nego o spavanju odraslih. Spavanje je složeno stanje organizma. Izmjena stanja budnosti i spavanja izraz je bioloških potreba koje su određene unutrašnjim i spoljašnjim činiocima. Noćno spavanje nije stanje jednoličnog mirovanja, već je složena pojava tokom koje se smjenjuju faze „sporog“ spavanja, dubokog spavanja ili NREM faza (2–3 sata) i faza „brzog“ spavanja ili sanjanja ili REM faza (traje 10–15 min.). Sporo spavanje ima 4 faze i preovlađuje tonus parasimpatikusa. Tada se disanje smiruje, otkucaji srca su jednolični, a mozak se odmara. Iz ovog stanja vrlo teško je probuditi dijete i to može biti jaka buka kao što je grmljavina, zvuk telefona ili usisivača. U ovoj fazi spavanja češća je pojava umokravanja, noćnih strahova, noćnih mora ili hodanje u snu (Tadić, 2000).

Neka djeca su sklona dnevnom sanjarenju, što najčešće ima funkciju bježanja od stvarnosti i traženje zadovoljstva u mašti, a što slabi pažnju i ometa proces učenja. Dnevna sanjarenja su prisutnija kada je dijete umorno, nezadovoljno i u sukobu sa okolinom. Nekada ova doživljavanja mogu biti praćena strahovima, ali strahovi im mogu biti i uzrok.

Razvoj ritma spavanje–budnost

U prvim mjesecima života spavanje je površno i dijete se češće budi na razne stimuluse. Sa odrastanjem, dubina i dužina spavanja se mijenjaju. Djeca različito vrijeme provode u snu počevši od najranijeg uzrasta. Spavanje i budnost su u uskoj vezi sa razvojem. U prvim mjesecima života dijete mirno spava kada je zdravo i nahranjeno, a budi se kada je gladno ili ga nešto boli. Spavanje je površnije i beba se budi na svjetlosne, zvučne i tjelesne podražaje i pokretanja. Oko trećeg mjeseca života uspavljivanje postaje manje vezano za fiziološke potrebe. Zavisnost spavanja od

fizioloških potreba (glad) postepeno postaje sve manja i spavanje postaje sve više regulisano stavovima i navikama okoline. Roditelji podstiču procese sazrijevanja i razvoja, usklađuju mentalne funkcije svog djeteta pa tako spavanje postepeno postaje zavisno od odnosa sa roditeljima i okolinom. Oko druge godine spavanje postaje dublje i sve više sastavni dio odnosa sa okolinom. Pri uspavljivanju djeteta zahtijeva da majka bude prisutna, javljaju se obredi uspavljivanja, prva ispoljavanja strepnje i straha (Tadić, 2000).

U prvim nedjeljama života novorođenčice spava oko 16 do 17 sati. Postepeno, faze spavanja se smanjuju pa krajem prve godine djeteta spava oko 13 do 14 sati, a na uzrastu oko 10 godina noćno spavanje traje oko 9 do 10 sati (Ferber, 1985). U 18. godini noćno spavanje traje oko sedam do osam sati, koliko je prosječno vrijeme spavanja odraslih. Ritam spavanja kod djece je polifazičan, što znači da se smjenjuju kratke faze spavanja (1 do 2 sata) sa kratkim fazama budnosti (Tadić, 2000).

Prvih godinu i po dana noćno spavanje postaje sve duže, dok se broj dnevnih spavanja skraćuje. Nakon 2 do 3 sata duboko spavanje se mijenja u sanjanje, NREM faze spavanja postaju sve kraće, a REM faze spavanja sve duže. Fazu sanjanja karakteriše prevlast simpatikusa što dovodi do porasta tjelesne temperature, krvnog pritiska i ubrzanja rada srca. Tijelu je potrebno više kiseonika, mozak se odjednom aktivira i tada djeteta sanja. Spavanje može biti dnevno i noćno. Djeca do četiri godine spavaju i tokom dana, a kasnije većina prestaje spavati po danu (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000). Djeca predškolskog uzrasta obično i dalje spavaju preko dana, ali se sa ovom praksom najčešće prekida kada redovno krenu u školu. Adolescenti manje spavaju, ali se to više tumači promjenama u ponašanju nego smanjenom potrebom za spavanjem.

Optimalno vrijeme spavanja u kvantitativnom i kvalitativnom smislu neophodno je za zdrav razvoj. Djeca koja imaju problema sa spavanjem (kratko spavaju, često se bude i slično) pretežno su razdražljiva, neraspoložena za igru, njihova pažnja je površna, sporije i teže usvajaju određene navike. Radi lakšeg i sistematičnijeg praćenja podijelilićemo u ovu oblast: razvojne smetnje vezane za uspavljivanje, poremećaje spavanja po dužini i kvalitativne poremećaje spavanja.

Većina djece u ranom uzrastu ima određene navike i rituale vezane za spavanje, koje su značajno povezane sa stavovima roditelja ili osoba koje se brinu o djetetu. Ovdje je rjeđe riječ o poremećaju, a češće se radi o razvojnim fenomenima koji u većini slučajeva tokom odrastanja iščeznu.

Poremećaji spavanja

Dječiji snovi mnogo su bliži stvarnosti nego snovi mladih i odraslih, manje su prurušeni i simbolični, a razlika između latentnih i manifestnih sadržaja je manja nego kod odraslih. Sadržaji dječijih snova najviše se odnose na sadašnjost, a mogu biti prijatni, neprijatni ili indiferentnog afektivnog tona. Ostaci doživljavanja iz prethodnog dana često se pojavljuju u snovima djece, a mogu biti vezani za: doživljajno obojene događaje u interakciji sa članovima porodice (pokloni, strahovanja, odvajanja od bliskih osoba, putovanja), sadržaje ili junake iz TV emisija sa kojima se dijete identifikuje ili junaci iz priča koje djeca slušaju u toku dana, kao i inserti aktivnosti i igara sa vršnjacima (rivalstvo sa drugom djecom, uspjeh ili neuspjeh u predškolskoj ustanovi, školi ili slobodnim aktivnostima). Dječiji snovi su najčešće vizuelnog karaktera, mada se mogu javljati i u slušnom obliku ili se odnositi na druga čula kao što su dodir, miris i sl. Djeca češće nego odrasli sanjaju u boji (Čeranić, 2019).

Poremećaji spavanja mogu se ispoljiti u okviru nekoliko grupa poremećaja koji se vezuju za:

- smetnje uspavljivanja,
- poremećaje dužine spavanja i budnosti,
- kvalitativne poremećaje spavanja.

Djeca često pribjegavaju ritualima uspavljivanja koji su u funkciji magijske kontrole nad strahovima vezanim za spavanje: traže da im se čita priča, da im se pjeva uspavanka, da ih majka drži za ruku ili mazi, obavljaju određene ritualne radnje vezane za svoje ili majčino tijelo.

Smetnje uspavljivanja

Mnogi roditelji imaju značajnih poteškoća vezanih za uspavljivanje djeteta u najranijem uzrastu. Neka djeca se uspavljaju u naručju roditelja, u nekim porodicama djeca spavaju uz upaljeno svjetlo cijele noći, ili spavaju u

postelji sa roditeljima. Smetnje uspavljivanja su povezane sa najranijim odnosom roditelja prema uspostavljanju navika uspavljivanja, a najviše problema se javlja kod nesigurnih, anksioznih i neiskusnih roditelja.

Obredi uspavljivanja

Obredi uspavljivanja se javljaju između dvije i tri godine života i postepeno iščezavaju. To su posebne aktivnosti za vrijeme uspavljivanja, a uobičajeno se ispoljavaju u vidu: sisanja palca, usana, uvrtanja ušne školjke, pramena kose i slično. Većina djece zahtijeva da im roditelji pjevaju, čitaju priče ili miluju ih. Predmeti, obredne radnje i postupci oslobađaju dijete straha od odvajanja i spavanja. Tokom razvoja ove potrebe se smanjuju, strah od odvajanja se prevazilazi i iščezava, a obredi uspavljivanja se postepeno gube. Škrgutanje zubima, govorenje u snu i smijanje tokom spavanja, ritmički pokreti glavom i tijelom, predstavljaju načine rasterećenja od povišene napetosti i anksioznosti. Ove radnje obično ne remete ritam spavanja i ako nisu praćene promjenama na EEG-u i drugim simptomima ne mogu biti shvaćene kao patološke. U suprotnom mogu predstavljati patološka ispoljavanja (Tadić, 2000).

Suprotstavljanje odlasku na spavanje

Dijete odbija na ode na spavanje iako je pospano, plače, postaje uznemireno i agresivno prema roditeljima koji insistiraju na odlasku na spavanje. Suprotstavljanje je u većini slučajeva izraz separacione anksioznosti ili neadekvatnog odnosa roditelja koji uspavljuje dijete.

Fobija od spavanja

Fobija od spavanja čest je pratilac uspavljivanja i spavanja. Najčešće između druge i treće godine, ali i kasnije, dijete počne ispoljavati vidljivi fobični strah pred lijeganje u postelju koji se ispoljava kao strah od mraka i u mraku, strah od samoće, od velikih i malih životinja, čudovišta, vještica, lopova koji su sakriveni „ispod kreveta ili u ormaru“. Dijete zahtijeva da roditelji legnu sa njim u krevet ili da gori svjetlo (Houzel 1985, prema Tadić, 2000). U osnovi pomjerenog i projektovanog fobičnog straha leži separaciona anksioznost, a kod starije djece i strah od zastrašujućih sadržaja iz edipne i preedipne faze ili zastrašujućih snova (Tadić, 2000).

Strah od odlaska na spavanje

Strah od odlaska na spavanje karakterističan je za predškolski uzrast. Dijete se u toku dana ponaša uobičajeno, ali kada treba otići na spavanje odbija odlazak u krevet, plače, odgađa lijeganje sa izmišljanjem raznih izgovora, mazi se i ponaša se kao znatno mlađe. Obično navodi strah od čudovišta, duhova, lopova ili zastrašujućih likova iz televizijskih programa. Doživljaji koji u djetetu bude osjećaj nesigurnosti i straha mogu biti višestruki: upis u vrtić, rođenje brata ili sestre, preseljenje, bolest ili svađe u porodici, razvod roditelja, smrt nekog od bliskih članova porodice. Osjećaj sigurnosti djetetu će pružiti miran i samouvjeren roditelj koji vodi brigu da dijete ima dovoljno sna sa ujednačenim ritmom i ustaljenim rasporedom uspavljivanja. Neka djeca „strahove“ koriste kao instrument kojim produbljuje večernji ritual i roditeljima nije jednostavno razlikovati da li se dijete stvarno plaši ili strah koristi kao izgovor da bi ostalo duže uz roditelje. Ukoliko dijete ima strahove prilikom zaspivanja, ono je i tokom dana zaokupljeno sličnim temama kojih se plaši noću.

Hipnagogna doživljavanja

Hipnagogna doživljavanja javljaju se u vrijeme uspavljivanja ili buđenja. Češća su kod starije djece i u adolescenciji i mogu se ispoljiti na različite načine: nagli trzaji dijelovima tijela ili cijelim tijelom, doživljaj padanja i promjena tjelesne šeme, vizije (najčešće nepokretne ili pokretne slike ispunjene prijatnim ili neprijatnim sadržajima), slušna doživljavanja (zvuk telefona, razni glasovi, dozivanje) i drugo. Često je prepoznatljiva veza između hipnagognih doživljavanja i stvarnih događaja iz života ili sa filma, slika i priča odraslih. Mogu biti praćene promjenama u naponu mišića, razdražljivosti, umokravanjem, anksioznošću i histeričnim simptomima (Tadić, 2000).

Udaranje glavom ili ljuljanje

Udaranje glavom o neki tvrdi predmet, zabacivanje glave, njihanje cijelim tijelom, pokreti glavom tamo–amo zabrinjava roditelje iako u većini slučajeva razloga za strah nema. Udaranje glavom, kao navika, javlja se tokom prve godine života i može spontano iščeznuti. U većini slučajeva

nestaje godinu do godinu i po nakon prvog pojavljivanja, najkasnije u trećoj ili četvrtoj godini života. Kod neke djece se zadržava duže. Udaranje glavom je pojava koja se češće sreće kod djece sa neurološkim ili psihičkim smetnjama u razvoju, ali je moguća i kod zdrave djece koja se uredno razvijaju i to nisu znaci poremećaja. Ova pojava učestalija je kod dječaka nego kod djevojčica. Ujednačeno, ritmično pokretanje tijela ili pojedinih dijelova umiruje dijete i nadjačava eventualnu bol prilikom udaranja o čvrsti predmet. Prihvatanjem ove djetetove osobine sa uvjerenjem da će sve biti u redu roditelji najviše pomažu djetetu (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000).

Dječji snovi mnogo su bliži stvarnosti nego snovi mladih i odraslih, manje su prurušeni i simbolični. Razlika između latentnih i manifestnih sadržaja je manja nego kod odraslih. U njima je manje sadržaja koji se odnose na ranije faze razvoja i, naročito, manje sadržaja koji se odnose na budućnost, a mnogo više sadržaja koji se odnose na sadašnjost. Ostaci doživljavanja iz prethodnog dana su česti sadržaji dječjih snova. To mogu biti sadržaji vezani za određene doživljajno obojene događaje u interakciji sa članovima porodice (nagrade, kazne, pokloni, napuštanje itd.) ili sadržaji i junaci iz nekih TV emisija sa kojima se dijete identifikuje ili junaci iz priča koje su djeca slušala u toku dana. U današnje vrijeme ekspanzije digitalne elektronike, koja je dostupna djeci na najranijem uzrastu, sigurno je da će junaci brojnih igrica, koje djeca skoro kompulsivno igraju, naći svoje mjesto i u snovima. Pri polasku u predškolske ustanove ili u školu, kada je dijete u pojačanim interakcijama sa osobama izvan porodičnog kruga, u snovima se javljaju sadržaji vezani za igru, uspjeh i neuspjeh, rivalstvo sa drugom djecom i slično (Ćeranić, 2019).

Postoje razlike između djece u ritmu, dužini i dubini spavanja, koji su karakteristični za svako dijete. Neka djeca su dobri, a neka loši spavači. Neka djeca se lakše uspavljaju i bude, a neka teže. Mnoge od ovih razlika se zadržavaju i u odraslom dobu i predstavljaju normalna lična obilježja. Međutim, ako ove pojave remete funkciju spavanja mogu biti izraz patologije. Na uzrastu do šest godina poremećaji u spavanju su više povezani sa procesom sazrijevanja moždanih struktura koje nisu završene, a rjeđe sa psihičkim uzrocima (Tadić, 2000).

Poremećaji dužine spavanja i budnosti

Slično kao i kod odraslih, kod djece i adolescenata postoje razlike u dužini spavanja. Neki prirodno spavaju kraće, neki duže. Ove razlike mogu se zadržati tokom cijelog toka odrastanja i predstavljaju lična obilježja sa kojima uredno funkcionišu u svakodnevnom životu. Ukoliko su odstupanja u dužini spavanja jako izražena i ometaju funkciju spavanja i dnevnog funkcionisanja, mogu biti izraz patologije. Ova grupa poremećaja najčešća je u adolescentnom uzrastu, a u koju spadaju: insomnija (nesanica) i hipersomnija (pretjerano spavanje).

Nesanica

Nesanica (*insomnia*) je rijetka u dječijem uzrastu, ali je česta u adolescentnom. Nesanica se ispoljava na više načina i u raznim fazama spavanja: prilikom uspavljivanja, tokom noćnog spavanja ili u ranim jutarnjim časovima. Neka djeca spavaju kratko i takva stanja nemaju patološko značenje. Krajem prve godine smetnje spavanja mogu izazvati i bolovi koji prate izbijanje zuba, osjećanje lišavanja i neprijateljstvo od strane majke, kruto i prerano navikavanje na čistoću i drugo (Tadić, 2000).

Pretjerano spavanje

Pretjerano spavanje ili hipersomnija (*hipersomnia*) češće je kod adolescenata nego kod male djece. Može biti izraz želje za bježanjem iz bolnih okolnosti i stvarnosti, želje za prekidom odnosa sa spoljnim svijetom ili načina rješavanja sukoba, najčešće polnog porijekla. Ova pojava je rijetka kod djece, ali česta u adolescentnom dobu. Uzroci odstupanja i poremećaja u ritmu spavanje–budnost mogu biti vezani za konstituciju, fazu života, režim i način spavanja porodične grupe i kulture u kojoj dijete živi. Rana oštećenja CNS-a i tjelesna oboljenja takođe mogu biti uzroci izmijenjenog ritma spavanja i budnosti (Tadić, 2000).

Kvalitativni poremećaji spavanja

Većina psihopatoloških ispoljavanja manifestuju se nekim oblikom poremećaja spavanja. Najčešće vrste snova koje su remetilačke za spavanje djece i mladih, a predstavljaju kvalitativna odstupanja i promjene od

uobičajenog ritma spavanja, su: noćni strahovi ili košmarni snovi (pavor nocturnus), noćne more i mjesečarenje (somniaambulizam). Neke aktivnosti tačno su vezane uz određenu fazu spavanja, neke se pojavljuju u različitim fazama spavanja, a neke na prelazu iz spavanja u budnost (Muavčević i saradnici, 1995). Kvalitativni poremećaji spavanja mogu se ispoljiti u vidu: mjesečarstva, noćnog straha i noćne more.

Mjesečarstvo

Mjesečarstvo (*somniaambulismus*) najčešće je vezano za dječiji uzrast, a počinje između sedme i osme godine. Češće se javlja kod dječaka. U stanju mjesečarenja dijete se nepotpuno budi iz dubokog spavanja i dolazi do nepotpunog razdvajanja svijesti. Osnovna karakteristika somnambulizma je ustajanje i hodanje tokom noći, a da se pri tome zadržava sanovna svijest.

U prvoj polovini noći, u REM fazi spavanja (Tadić, 2000) dijete ustaje iz postelje i obavlja niz radnji koje mogu djelovati sasvim svrsishodno (hodanje, sjedenje, otvaranje slavina, otvara vrata i/ili prozore, ili izvršava neke druge aktivnosti). Aktivnosti koje obavlja dok mjesečari, dijete obavlja otvorenih očiju, polako i nesigurno hoda i stiče se utisak da je usmjereno ka nekom cilju. Izraz mjesečarska sigurnost nije tačan, jer iako na prvi pogled izvodi razumne i smislene pokrete dijete je u opasnosti da se povrijedi jer spava i nije svjesno šta radi (Tadić, 2000). Prilikom mjesečarenja dijete je mirno i ne pokazuje strah. Poslije epizode mjesečarenja dijete se samo vrati u postelju ili će dozvoliti da ga roditelji vrata u krevet. Neki autori mjesečarenje svrstavaju u disocijativne poremećaje (Cameron 1963, prema Čeranić, 2019) i objašnjavaju da hodanje u snu ima simbolično značenje. Prilikom hodanja u snu motorni aparat je probuđen prije psihičkog i šetnja predstavlja pokušaj realizacije želje inkorporisane u san, a da pri tome dijete nema svijest o takvoj želji. Zbog prisustva ove disocijacije, mjesečarenje nije praćeno afektom straha. Nakon buđenja ne postoji sjećanje na noćnu aktivnost niti na sadržaj sna. Ova djeca su plašljiva, nesigurna, depresivna. U adolescenciji može biti simptom nekog od psihopatoloških ispoljavanja (neuroze, granična stanja). Matic (prema Tadić, 2000) smatra da mjesečarenje i način rješavanja odnosa sa roditeljima i okolinom predstavlja histerični simptom sračunat na naknadnu dobit. Ova pojava kod djece ne mora biti povezana sa bilo kojim

psihološkim poremećajem. Neka istraživanja pokazuju porodičnu sklonost ka mjesečarenju, kao i čestu pojavu da u slučaju da jedan monozigotni blizanac ispoljava sklonost mjesečarenju, u velikom postotku je to slučaj i sa drugim. To daje osnova da se prave pretpostavke o značaju genetskih faktora kod ove pojave.

Slučaj 10

Vuk ima 14 godina, odličan je učenik IX razreda osnovne škole. Prvi put dolazi u pratnji roditelja, a zbog problema sa spavanjem, što je u posljednje vrijeme postalo vrlo intenzivno: noću ustaje iz kreveta, hoda po sobi, otvara orman, sjedne i priča, roditelji razgovaraju s njim, odgovara im na pitanja otvorenih očiju ali se sutradan ne sjeća. Počelo je kada je imao oko 8 godina i povremeno se dešavalo. Posljednjih 3–4 nedjelje je vrlo intenzivno, gotovo svake večeri. Sada spava sa ocem, zaključavaju vrata sobe u kojoj spava, jer se roditelji plaše da se ne povrijedi kada hoda u snu. Povremeno se žalio na stomačne probleme posebno u drugoj smjeni u školi (iznenada ga naglo „presiječe“ preko stomaka i odmah ima potrebu da ide u toalet). Tada se rjeđe dešava hodanje u snu. Uglavnom je imao stomačnih problema. U posljednje vrijeme mu se to rjeđe dešava. Dešava se da 1–2 noći mirno spava, pa se opet pojavi. U ljetnom periodu, za vrijeme raspusta, roditelji su primijetili da se rjeđe dešava. U školi i kući se uredno ponaša, poslušan je i odgovoran. Živi u potpunoj porodici skladnih porodičnih odnosa. Značajnije promjene i potencijalne izvore stresa na individualnom i na porodičnom nivou negiraju.

Jedino je dijete u porodici, rođen iz uredne trudnoće i porođaja, urednog ranog razvoja. Niko u porodici nije imao slične probleme.

U razgovoru sa Vukom doznajemo da, pored škole, trenira košarku, a u slobodno vrijeme dosta vremena provodi igrajuću igrice, uz TV i kompjuter. Roditelji nisu primijetili da se to dešava češće kada duže igra igrice. Spava oko 7–8 sati. S obzirom na to da ima dosta dnevnih aktivnosti, uglavnom bude jako umoran i brzo zaspi. Nema strahova, trudi se da bude među najboljima u razredu. Sarađuje, adekvatno odgovara na postavljena pitanja. Inteliktualna efikasnost je u kategoriji prosječnih sposobnosti (Revisk), Nisu uočeni pouzdaniji znaci neuropsiholoških odstupanja (BG-II),

ali su prisutni znaci hipersenzitivnosti, anksioznosti i nesigurnosti sa tendencijom ka potiskivanju i upotrebi drugih odbrambenih mehanizama.

Noćni strah

Većina djece, posebno predškolskog i ranog školskog uzrasta, imaju strahove od ostajanja u svome krevetu uveče ili tokom noći. Noćni strah (*pavor nocturnus*) javlja se u toku dubokog sporotalasnog spavanja u NREM fazi, najčešće u isto vrijeme, oko jedan do četiri sata nakon uspavljanja (u prvoj trećini noći). Dijete, nakon zaspivanja, vrti se u postelji, iznenada skače iz postelje, a zatim počinje da vrišti. Krici postaju sve jači, dijete je izrazito uznemireno, hvata se za prisutne ili predmete, doziva u pomoć, na licu je vidan strah koji može prerasti u paniku, a manifestuje se i po reakcijama autonomnog nervnog sistema – ubrzano disanje, proširene zjenice, znojenje, bljedilo, ubrzan puls i/ili crvenilo lica. Pogled je unezvijeren i ponaša se kao da halucinira. Dijete je u motornoj akciji, dezorijentisano je i konfuzno. Pravi pokrete kao da se brani od nekoga ili nečega, udara nogama i rukama oko sebe, ne dozvoljava da ga dodirnu. Ne odaziva se na pozive roditelja, djeluje kao da ih ne prepoznaje, govori nepovezano i ubrzano, što uplaši i zabrine roditelje. Kako strah i uznemirenost djeteta postaju jači, slika je dramatičnija, a komunikacija sa okolinom nije moguća (Tadić, 2000).

Napori roditelja da uspostave kontakt i umire dijete ostaju bez uspjeha, ali izgleda kao da dijete na nekom nivou reaguje na umirujuće poruke iz okoline, postepeno se smiruje, vraća se u postelju i brzo duboko zaspiva. Sutradan, kada se probudi dijete se ne sjeća i ne može ispričati noćni događaj. Napadi noćnog straha rijetko se ponavljaju tokom iste noći, ali se mogu održavati u kontinuitetu mjesecima, pa i godinama. Noćni strah može trajati vrlo kratko, ali kod neke djece traje i do 20 ili čak 30 minuta. Javlja se kod 1–6% djece, češće kod dječaka nego kod djevojčica, najčešće između četiri i šest godina, ali i kasnije i može potrajati do početka adolescencije. Noćni strah je često u komorbiditetu sa somnambulizmom i noćnom enurezom (Ćeranić, 2019). Noćni strah često je povezan sa događajima i doživljajima koji su tokom prethodnog dana zaokupljali pažnju djeteta. U sljedećem primjeru iz prakse moguće je prepoznati neke od navedenih simptoma.

Slučaj 11

Djevojčicu Natašu, koja ima oko pet godina, roditelji dovode zbog problema sa spavanjem. Noću se budi i plače, vrišti, djeluje kao da bježi od nečega i to traje oko 3 minuta. Kada se probudi ne sjeća se noćnih buđenja. Često priča u snu. Sadržaj je teže razumljiv, ali kada roditelji uspiju razumjeti uglavnom se odnosi na dnevne aktivnosti. Počelo je prije oko pola godine i dešava se skoro svako veče. Boji se i po danu, ali ne navodi čega. Nije išla u vrtić, čuva je baka. U toku dana po nekoliko sati provodi uz TV program, posebno kada je loše vrijeme. Povremeno pokazuje strah od nekih likova sa TV-a. Na rođenje brata dobro je reagovala. Spava sa roditeljima u krevetu od druge godinu života. Roditelji navode da se ništa posebno nije dešavalo u posljednje vrijeme. Na zabrane reaguje plačem, negodovanjem, ljutnjom, ili se valja po podu.

Trudnoća i porod su protekli uredno, nije dojena, prve riječi počela je izgovarati sa 8 mjeseci, kasnije je počela sjediti i stajati pa je bila uključena u fizikalni tretman i prohodala sa 15 mjeseci. Higijenske navike usvojila je prije druge godine.

Živi sa roditeljima i mlađim bratom (2.5). Roditelji su zaposleni. Opisuju porodične odnose kao skladne.

U test situaciji sa djevojčicom se uspostavlja površan neverbalni kontakt preko testovnog materijala. Ne želi da ostane sama, sjedi u tatinom krilu. Razumije upute i adekvatno ih izvršava, ali ne uspostavlja verbalnu komunikaciju. U prvom kontaktu sporazumijeva se gestikulacijom, pokazuje prstom odgovore, tako da su i pitanja prilagođena datoj situaciji i potrebama. Pažnja je površna, povremeno djeluje odsutna. U drugom kontaktu sa djevojčicom ona navodi „ne da mi brat da priđem mami, gura me...nikome ne da se približi mami. Često mi obećaju pa ne ispune, zato neću da pričam“. Djevojčica ostaje sama sa ispitivačem i tada se uspostavlja verbalna komunikacija, insistira da to ostane „naša tajna“, jer želi da kazni roditelje koji joj ne ispunjavaju obećanja. Uredne psihičke razvijenosti i osnovnog fonda znanja i informacija za uzrast. Vidni su znaci ljubomore prema mlađem bratu i lične ugroženosti njegovim dolaskom u porodicu. Prezaštitnička porodična sredina.

Napad noćnog straha obično završava naglo kao što je i započeo, a rijetko se pojavljuje tokom iste noći. Obično traje nedjeljama ili mjesecima, u nekim slučajevima traje i godinama. Nije rijetka pojava da se noćni strah javlja udruženo sa drugim poremećajima, kao što su somnambulizam i noćna enureza.

Noćna mora

Noćne more ili zastrašujući snovi najčešće se javljaju kod djece između tri i šest godina. Uzroci noćnim morama mogu biti doživljaji i sukobi tokom dana i usko su povezane sa strahom od odlaska na spavanje. Noćne more javljaju se u REM fazi, u drugoj polovini noći. Obično je dijete u REM fazi spavanja oko tri sata nakon uspavlivanja. Neki autori koji se bave poremećajima sanjanja i spavanja kod djece ne prave strogu razliku između noćnog straha i noćne more, ali razlike ipak postoje kako u načinu ispoljavanja tako i u neurofiziološkim stanjima za koja su vezani i u periodu noći u kojem se javljaju. Za noćne more i noćne strahove zajedničko je prisustvo intenzivnog straha. Noćna mora može biti udružena sa obredima i teškoćama uspavlivanja i fobijama od spavanja (Tadić, 2000).

Većina djece sa noćnim morama se budi sa plačem i vrištanjem, obično uz oskudnu i teže razumljivu verbalizaciju za roditelje. Javlja se blaže fiziološko uzbuđenje (ubrzan rad srca, obilno znojenje, širenje zjenica, osjećaj težine i pritiska u grudima, disanje je ubrzano) u odnosu na noćne strahove. Dijete je obuzeto osjećajem bespomoćnosti i oduzetosti. Strah i anksioznost su izraženi i dovode do djelimičnog ili potpunog buđenja. Noćne more su posebno opasne za malu djecu koja ih ne mogu razlikovati od stvarnosti. Kod neke djece je prisutno ustajanje i kretanje, dok neki ostaju u krevetu. Dijete reaguje na okolinu, lako se probudi, traži i doziva roditelje da ga uzmu i umire. Tjelesni kontakt sa roditeljima smiruje dijete. Djeca ne počinju plakati za vrijeme sna, nego nakon njega i tada su potpuno budna. Zbog intenzivnog straha koji je doživjelo dijete ne može odmah zaspati već je potrebno izvjesno vrijeme i podrška roditelja da bi ponovo utonulo u san.

Noćne more se češće pojavljuju i prilično su uobičajene u dječijem uzrastu, dok su dječiji strahovi rjeđi (1–4%) (Wicks-Nelson i Israel, 1997).

Starija djeca mogu se sjetiti i ispričati sadržaj zastrašujućeg sna kao što je vidljivo i u sljedećem slučaju.

Slučaj 12

Dino, vrlo dobar učenik četvrtog razreda osnovne škole, dolazi sa majkom zbog problema sa spavanjem koji su se pojavili u posljednja dva mjeseca. Noću se budi, obično između dva i četiri sata, ubrzano priča, onda počinje da viče, trese se i uporno ponavlja "ubiću, ubiću...pucaj, pucaj sada...". Slične epizode se ponavljaju skoro svake noći. Ponekad prijete, nekad se otima kao da ga neko tuče.

Dino zadnje četiri godine živi sa majkom. Kada je dječak pošao u školu roditelji su se razveli, ali je otac do prošle godine živio odvojeno u istoj porodičnoj kući. Prilikom izlaska iz kuće otac se ponašao agresivno, uništavao imovinu u kući, presjekao vodu i struju. Majka navodi da je bilo emocionalnog i fizičkog zlostavljanja u zadnjih nekoliko godina prije razvoda. U zadnjoj godini, od kada se otac iselio iz kuće, kontakti sa ocem su rijetki. Prije šest mjeseci proveo je vikend sa ocem i od tada ne želi da ide kod njega, jer navodi da ga je verbalno vrijeđao i ponižavao, govorio mu da je glupan, da jede kao svinja...

Treće je dijete po redu rođenja, ima dva punoljetna brata. Sa starijim se slabije slaže. Prije dva dana je sanjao strašan san koji je ispričao: „Sanjao sam da se brat jako naljutio, vikao, a onda je uzeo bombu i bacio na mene i mamu...mi smo bježali, sve je bio dim...kuća je nestala...strašno..“

Majka navodi da je učiteljica imala primjedbi na ponašanje od samog polaska u školu. Povremeno je bio nepažljiv na časovima, kao da odluta u mislima, naiđe period koji potraje kada ne piše zadaće, ne uči, zaboravi školski pribor ili zadaću. Tada stalno mora biti pod kontrolom. Učenju i školskim obavezama ne prilazi samostalno, uglavnom mu majka pomaže i redovno kontroliše. Majka primjećuje da postaje agresivan i da bi sve agresivne postupke ponovio što je otac radio u porodici. Trenira košarku i želi da nastavi. Braća i otac treniraju borilačke vještine.

Noćne more razlikuju se od noćnih strahova i važno je znati pravilno procijeniti o kojoj vrsti poremećaja spavanja se radi u svakom pojedinom

slučaju da bi se mogli pravilno savjetovati roditelji i planirati odgovarajuće terapijske intervencije.

U Tabeli 11 predstavljene su osnovne razlike između noćnog straha i noćne more.

Tabela 11. *Razlike između noćne more i noćnog straha*

	Noćni strah	Noćne more
Šta je to?	Nepotpuno buđenje iz dubokog spavanja, teško se budi i ne reaguje na okolinu.	Ružan san. Slijedi potpuno buđenje.
Kada se mogu primijetiti?	Tokom napada noćnog straha, kada više i oko sebe udara. Nakon toga se smiruje.	Ne za vrijeme sna nego kasnije, kada se probudi više ili plače.
Kada se javlja?	Obično 1–4 sata nakon uspavljivanja, tokom prve trećine noći u NREM fazi spavanja.	Tokom sredine ili kasnijih dijelova noći, u REM fazi spavanja.
Kako se dijete ponaša?	Sjedi ili stoji u krevetu. Baca se posvuda ili udara oko sebe. Priča, mrmrlja, viče ili plače, istovremeno je preplašeno i zbunjeno, znoji se, a puls mu je ubrzan. Buđenjem nestaju svi simptomi. Verbalizacija je obično prisutna.	Uglavnom plače, a nakon buđenja još se plaši, javlja se blaže fiziološko uzbuđenje, oskudno se kreće ili nema kretanja. Verbalizacija, ako se javlja, je oskudna.
Kako dijete reaguje na prisutnost roditelja?	Ne prepoznaje roditelje i ne dozvoljava da ga smire. Odbija tjelesni kontakt.	Raspoznaje roditelje i dopušta da ga umire. Traži tjelesni kontakt. Lako se budi i reaguje na okolinu.
Kako da ponovo zaspi?	Uglavnom brzo, često i bez prethodnoga potpunog buđenja.	Zbog straha ne može odmah zaspati.
Sjeća li se ičega sljedećeg jutra?	Ne sjeća se ni sna ni da je vikalo ili udaralo oko sebe ili se sjeća veoma oskudno.	Ako je dovoljno veliko, može se prisjetiti sna i zavisno o okolnostima prepričati ga (sjeća se epizoda sna).

* Kast-Zahn i Morgenroth, 2000).

Etiologija

Brojna istraživanja omogućila su da se smetnje spavanja objasne na jasniji i sveobuhvatniji način. Činjenica da su smetnje spavanja svih vrsta mnogo

češće u djetinjstvu, da se smanjuju u adolescenciji i skoro iščezavaju u odraslom dobu, ukazuje na zaključak da njihovi uzroci dobrim dijelom počivaju u nezrelosti centralnog nervnog sistema, tj. različitom ritmu sazrijevanja pojedinih dijelova CNS-a (Roberts, 1995). Djeca koja hodaju u snu ili pate od noćnih strahova u većini slučajeva imaju najbliže srodnike koji su u tom uzrastu imali slične poteškoće (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000).

Među psihičkim uzrocima značajnu ulogu imaju sukobi spoljašnjeg i unutrašnjeg porijekla koji izazivaju strah. Spoljašnji sukobi i neprijatna iskustva iz prethodnog ili nekoliko dana ranije (grube kazne, napuštanje, neuspjeh u školi, rođenje mlađeg djeteta u porodici) mogu biti neposredan uzrok smetnjama spavanja. Ta neprijatna iskustva mogu posredno izazvati i oživjeti stare ili nesvjesno potisnute sukobe i tada su uzroci smetnji spavanja i spoljašnjeg i unutrašnjeg porijekla. Uzroci mogu biti i mnogo složeniji i dublji, voditi porijeklo iz neriješenih unutrašnjih sukoba svojstvenih svakoj fazi razvoja. Kod mlađe djece anksioznost izazivaju neriješeni unutrašnji sukobi preedipnog porijekla (strah od odvajanja i gubitka zavisnosti, strah od osjećanja krivice zbog oralnih i analnih agresivnih i erotskih želja). Spavanje je stanje nazadovanja u kome preovladava NREM faza i u kome se lako oživljavaju prethodni i još uvijek bliski sadržaji i sukobi. Tada snovi, kao oživljene slike ranijih iskustava, prelaze iz nesvjesnog u preosvjesno i svjesno stanje i remete spavanje (Tadić, 2000). Manifestni sadržaj sna povezan je urođenim karakteristikama, sa emocionalnim i socijalnim funkcionisanjem djeteta i može se iskoristiti za razumijevanje sadašnjeg stanja spavača, njegovog položaja, briga i sukoba. Većina snova služi zadovoljenju neispunjene želje (najčešće u toku prethodnog dana ili u bliskoj prošlosti). Njihova slikovita ispunjenja u snu služe djelimičnom zadovoljenju i rasterećenju tenzije stvorene upravo neispunjenjem tih želja. Na taj način san predstavlja zaštitnika spavanja, jer pomaže da se održi psihička ravnoteža obezbjeđujući djelimično rasterećenje nesvjesnih težnji. Radom sna se skriveni (latentni) sadržaji preobraćaju u vidljive (manifestne) sadržaje. Manifestni smisao sna je utoliko nerazumljiviji ukoliko je njegov latentni sadržaj teže prihvatljiv za ego i super-ego. Radom sna latentni

sadržaji mogu biti maskirani na više načina, a to su najčešće sažimanje, pomjeranje i simboličko predstavljanje (Kecmanović, 1980).

Snovi djece su znatno rjeđe izučavani, nego snovi odraslih. Razlog tome je što djeca, posebno mala, ne mogu da saopšte svoje snove zbog nerazvijenosti govora i ne mogu da ih razlikuju od stvarnih zbivanja, fantazama i dnevnog sanjarenja. Postavlja se pitanje da li novorođenče sanja. S obzirom na usku povezanost sanjanja i REM spavanja, koje zauzima polovinu vremena u ovom dobu, može se reći da sanja. Oko druge godine života dijete češće sanja, a snovi vremenom postaju sve složeniji, iako dijete nije u stanju da ih razlikuje od stvarnih čulnih opažanja i maštanja. U trećoj i četvrtoj godini dijete saopštava svoje snove, ali još nije u stanju da ih razlikuje od stvarnosti i svoje bogate mašte. Sa razlučivanjem odnosa između stvarnosti i nestvarnosti i razvojem kognitivnih sposobnosti dijete ovu razliku jasnije uočava, a saopštavanje o snovima je mnogo vjernije. Sadržaji dječijih snova mogu biti prijatni, vezani za poklone, putovanja, nagrade, ali i neprijatni, povezani sa povređivanjem, napuštanjem, kažnjavanjem i slično. Dječiji snovi su mnogo bliži stvarnosti nego snovi adolescenata i odraslih, mnogo manje su maskirani i simbolični, uglavnom preovladava sadržaj koji se odnosi na sadašnjost. Kod adolescenata se javljaju i prijatni erotski snovi, kao i neprijatni uznemiravajući, ispunjeni agresijom i strahom od tjelesnih povreda. U snovima mlađe djece ima manje činjenica nego u snovima adolescenata (Tadić, 2000).

Klinička procjena

Klinička procjena poremećaja spavanja je specifična jer nije moguća opservacija kao u drugim poremećajima koji se dešavaju u budnom stanju. U procesu stvaranja snova učestvuju svi slojevi ličnosti, nesvjesni i svjesni. Manifestni sadržaj sna je povezan sa osobinama ličnosti i može se iskoristiti za razumijevanje sadašnjeg stanja djeteta, njegovih briga, sukoba, položaja u porodici, ali i za prepoznavanje nesvjesnog. Detaljna procjena obuhvata što precizniji opis problema spavanja, koliko dugo i često je problem prisutan, moguće uzroke, kao i prikupljanje drugih podataka o djetetu i porodici, kao što su porodična disfunkcionalnost ili zdravstveni problemi. Iscrpan klinički

intervju sa roditeljima, dnevnicu spavanja, skale za mjerenje poremećaja spavanja, kao i neuropedijatrijski pregled sa nalazom EEG-a potrebni su za procjenu poremećaja spavanja.

Terapijski pristupi

Većina studija koje su usmjerene na djecu odnose se na pojedinačne slučajeve (jedno dijete) ili imaju mali broj učesnika. Ovo iziskuje pitanje generalizovanosti studije na drugu djecu (Roberts, 1995), kao i potrebu za obimnijim i sistematskim praćenjem više djece. Istraživanja vezana za terapiju poremećaja spavanja, u većini slučajeva su usmjerena na bihejvioralni tretman slično kao kod odraslih (naročito insomnija). Rijetko, u pojedinim slučajevima uključuje se terapija lijekovima. Prema istraživanjima Instituta za medicinsku statistiku, u Njemačkoj je 1990. godine 7 do 10% djece mlađe od 12 godina najmanje jedanput dobilo propisana sredstva za spavanje i umirenje. Pedijatri ili dječiji psihijatri, kada uključe neki od ovih lijekova, to je obično na kraći rok. Roditelji najčešće odbijaju uključivanje farmakoterapije ili samoinicijativno prekidaju sa njenom upotrebom nakon kratkotrajnog poboljšanja. Nakon prestanka davanja lijekova obično se vraća stari obrazac spavanja. Na osnovu dosadašnjih istraživanja podaci ukazuju da u tretmanu spavanja zdrave djece lijekovi nisu poželjni i ne pružaju trajno rješenje problema (Kast-Zahn i Morgenroth, 2000). Sa mlađom djecom se najčešće primjenjuje terapija igrom i crtež (crtež porodice, slobodan crtež) na osnovu kojeg terapeut postavlja pitanja, a dijete priča i opisuje svoj crtež i projektuje unutrašnje sadržaje. Bilo koji vid terapije sa djetetom (terapija igrom, bihejvioralna terapija, crtež...), obavezno zahtijeva i edukativni, savjetodavni i/ili terapijski rad sa roditeljima. Posebno je važno obratiti pažnju na dnevne aktivnosti i sadržaje, kao i na odnose sa roditeljima, braćom, sestrama i drugim osobama sa kojima je u interakciji. Iako sadržaji dječijih snova mogu biti prijatni i neprijatni, predmet interesovanja terapeuta su neprijatni snovi koji najčešće simbolizuju kažnjavanje, odvajanje od bliskih osoba, agresivnosti i slično.

POREMEĆAJI ELIMINACIJE

Kontrola nad biološkim nagonima kod većine djece uspješno se uspostavi, ali izvjestan broj djece ima eliminacione poteškoće jer ne uspijeva da kontroliše mokrenje, stolicu ili oboje. Učenje higijenskim navikama je ritual od značaja za svako dijete, a neuspjeh u procesu obučavanja rezultira enurezom i enkonprezom, što je od velike važnosti za roditelje u svim kulturama. Posebno je značajan pristup roditelja koji prerano ili prekasno pristupe obučavanju, ili to rade na neadekvatan način. Eliminacioni problemi mogu biti povezani sa anatomskim osobinama, fiziološkim procesima, psihičkim, kulturnim i društvenim činiocima.

Eliminacioni problemi kod djece, posebno su izraženi na predškolskom i ranom školskom uzrastu. Emocionalna komponenta i kvalitet odnosa sa roditeljima su prepoznatljivi kod većine djece sa ovim problemima. Važno je na vrijeme rješavati ove pojave da ne bi ostavile trajnije posljedice na emocionalno funkcionisanje, samopouzdanje, ličnu sigurnost i stabilnost djeteta. Psiholozi se bave uglavnom eliminacionim problemima koji nemaju organsko porijeklo, ali takođe mogu biti dio medicinskih timova koji se bave i organskim uzrocima ovih poremećaja.

Neorganska enureza

Kontrola nad funkcijama mokraćnog mjehura nije razvijena u ranom uzrastu djeteta. Osnovna funkcija struktura donjih urinarnih puteva ogleda se u sposobnosti zadržavanja adekvatne količine mokraće u mokraćnoj bešici, ali i kroz sposobnost njene kompletne i efikasne eliminacije iz bešike u socijalno prihvatljivim uslovima. Uspostavljanje kontrole mokrenja je pod kontrolom autonomnog, perifernog i centralnog nervnog sistema i predstavlja razvojni proces uslovljen kako somatskim i neurohumoralnim, tako i psihosocijalnim činiocima i kulturološkim uslovima sredine

(Vlatković, 1989). Tokom prvih godina života, kapacitet mokraćne bešike postepeno se povećava, da bi u periodu između druge i četvrte godine najveći broj djece usvojio voljnu kontrolu mokraćne bešike.

Određenje pojma

Enureza je funkcionalni poremećaj u kontroli mokraćne bešike koji je okarakterisan nevoljnim mokrenjem (Trebješanin, 2004). U osnovi funkcionalnog poremećaja mokrenja nalaze se razvojni poremećaji nervne i psihološke kontrole, što znači da ova djeca nemaju urođenih ni stečenih neuroloških oštećenja, ni oštećenja struktura urinarnih puteva. Funkcionalni poremećaji mokrenja su praćeni umokravanjem po tipu nevoljnog (nekontrolisanog) oticanja urina iz mokraćne bešike.

Prevalencija

Prema podacima DSM-IV klasifikacije na uzrastu od pet godina, 7% dječaka i 3% djevojčica imaju enurezu; u dobi od 10 godina, 3% dječaka i 2% djevojčica, a na uzrastu od 18 godina 1% dječaka i manje od 1% djevojčica (Davison i Neale, 1999). Prevalencija umokravanja u spavanju kod devetogodišnjaka je 4–5% (Remschmidt i Belfer, 2005). Primjetan je stalni pad u učestalosti enureze od rođenja do odraslih godina. U odrasloj dobi, enureza, iako nije nepoznata, javlja se u samo 1–2% u populaciji. Noćna enureza je dva puta češća kod dječaka nego kod djevojčica. Spontana remisija u slučajevima netretiranih enureza je oko 15% godišnje na uzrastu od 5 do 19 godina (Forsythe i Redmond, 1974, prema Roberts, 1995).

Klinička slika

Enureza je kao ventil sigurnosti nekog emocionalnog problema i kod neke djece potreban je simptom na određenom stepenu njihovog razvoja (Gruden, 1996). Najčešće se javlja noću, rjeđe u toku dana ili kombinovano danju i noću. Uvježbavanje kontrole i usvajanje higijenskih navika zavisi od stavova roditelja i kulturnih normi sredine u kojoj porodica živi. Neka djeca usvoje higijenske navike na uzrastu oko 18 mjeseci, neka sa 24 i kasnije. Teško je definisati uzrasnu granicu djeteta od koje se nekontrolisano mokrenje smatra poremećajem. U SAD, prihvaćena je uzrasna granica

između tri i četiri godine života za proglašavanje noćnog mokrenja stvarnim problemom, a prema DSM-IV klasifikaciji o enurezi se govori onda kada je taj simptom prisutan nakon pete godine života djeteta ili sa mentalnim uzrastom ispod četiri godine (MKB-10). U našoj sredini većina djece usvoji higijenske navike prije pete godine života.

Vrste enureze

Prema važećim klasifikacijama, razlikuje se nekoliko različitih načina klasifikovanja enureze: organska i neorganska, primarna i sekundarna, dnevna i noćna enureza.

Primarna enureza podrazumijeva da kontrola mokrenja nije bila nikada uspostavljena u vremenu dužem od šest mjeseci. Približno oko 85% svih slučajeva enureza su primarne, ali postoji tendencija smanjivanja sa uzrastom, pa se između pet i osam godina povećava udio sekundarnih enureza (Roberts, 1995).

Sekundarna enureza pojavljuje se nakon uspostavljene kontrole mokraćne bešike kada je dijete u neprekidnom trajanju dužem od šest mjeseci ovladalo voljnom kontrolom mokrenja, a zatim je nastala enureza. Ponovnom, nekontrolisanom mokrenju u krevet, često prethode događaji u porodici kao što su rođenje brata ili sestre, preseljenje, razvod roditelja ili smrt u porodici. Ovakva stanja psihoanalitičari tumače kao regresiju na uretralnu erotiku. Privlačenje pažnje i ljubavi roditelja pomoću enureze predstavlja sekundarnu dobit za dijete. Takođe, sekundarna enureza često nastupa i kao reakcija na hospitalizaciju kada je dijete odvojeno od porodice u dužem vremenskom periodu. Sekundarna enureza obično počinje na uzrastu od pet do sedam godina. Primjetna je razlika među djecom sa sekundarnom i primarnom enurezom. Lakše je liječiti sekundarnu enurezu (Gruden, 1996).

Dnevna enureza (enuresis diurna) najčešće se ispoljava kao nehotično vlaženje odjeće, rjeđe kao potpuno umokranje budnog djeteta. Dnevna kontrola nad mokraćnim mjehurom razvija se u ranijem uzrastu djeteta i kontrolu u toku dana djeca obično uspostavljaju prije kontrole nad noćnim mokrenjem. Samostalna dnevna enureza bez noćne je vrlo rijetka. Za razliku od monosimptomatske noćne enureze, dnevna enureza je

posljedica neurogene ili funkcionalne disfunkcije mokraćnih puteva, a često je udružena sa infekcijama mokraćnih puteva. Dnevna enureza, kao i kombinovana dnevna i noćna, mnogo su rjeđe od noćne enureze, a učestalije su kod djevojčica nego kod dječaka (Hjalmas, 1992a, prema Roberts, 1995).

Noćna enureza (enuresis nocturna) javlja se kod 10–25% djece starije od pet godina i dva puta je češća kod dječaka. Noćnu enurezu ima 7–10% sedmogodišnjaka i samo 1–2% onih sa petnaest godina. Neka djeca se umokre neposredno nakon uspavlivanja već u prvih dva do četiri sata, a neki više puta u toku jedne noći. Mokrenje u krevet noću obično se dogodi oko četiri sata nakon uspavlivanja, ili nakon zadnje epizode enureze (Sorotzin, 1984, prema Tadić, 2000). Najveći procenat djece sa noćnom enurezom nema drugih znakova disfunkcije mokraćne bešike, pa se u tom slučaju govori o monosimptomatskoj noćnoj enurezi.

Etiologija

Mogući uzroci enureze kod djece su: genetski, viši prag buđenja („tvrđi spavači“), manji funkcionalni kapacitet mokraćne bešike i smanjeno lučenje antidiuretskog hormona u toku sna. Etiološki se razlikuje organska enureza, gdje je podloga neki organski uzrok i funkcionalna ili psihogena gdje takve podloge nema. Smatra se da je oko 10% svih slučajeva enureze uzrokovano medicinskim stanjima (Davison i Neale, 1999). Najučestaliji poznati fizički uzročnik su razne vrste infekcija mokraćnih puteva, a rjeđe hronična oboljenja bubrega, dijabetes, tumori, epilepsija (Kolvin, MacKeith i Meadow, 1973, prema Davison i Neale, 1999). Zbog značajne incidencije tjelesnih uzroka enureze, većina stručnjaka takvu djecu prvo uputi ljekarima, a tek nakon odgovarajućih pretraga započinje psihoterapiju.

Djeca sa enurezom često imaju najbliže srodnike (roditelji, srodnici prvog reda) koji su takođe imali enurezu u toku odrastanja. Činjenica je da se enureza javlja češće u nekim porodicama upućuje na moguću genetsku komponentu, mada mehanizam prenosa nije poznat (Popović-Rolović, Peco-Antić i Marsenić, 2001). Neka preliminarna istraživanja potaknula su još jednu biološku teoriju za objašnjenje noćne enureze: danski istraživači su otkrili da mladi sa enurezom tokom noći trpe zbog nedostatka antidiuretskog hormona, ADH (Rittig i saradnici 1989, prema Davison i

Neale, 1999). Nalazi djece koja nemaju probleme sa kontrolom mokrenja pokazuju veću koncentraciju ovog hormona (ADH) u mokraći tokom sna nego tokom budnog stanja.

Najčešće je riječ o emocionalnom osujećenju, kao što su želja za ljubavlju, pažnjom, brigom, njegovom, kožnim zadovoljstvima (dodirom, toplotom, vlagom), erotskih i agresivnih težnji (Tadić i saradnici, 1992). U nekim slučajevima, emocionalni problem može ometati učenje ili može dovesti do poremećaja prethodno naučenih ponašanja. Međutim, moguće je da su anksioznost, porodični konflikti i druge emocionalne reakcije posljedica enureze. Enuretična djeca često otkriju frustrirajuće situacije u okviru svojih porodica (Roberts, 1995).

Alternativne teorije, kao što su shvatanje da djeca sa enurezom imaju probleme sa spavanjem i razbuđivanjem ili smanjen funkcionalni kapacitet mokraćnog mjehura, nisu potkrijepljene nalazima istraživanja (Houts, 1991, prema Davison i Neale, 1999).

Psihoanalitički orijentisani teoretičari smatraju da enureza u osnovi predstavlja simbol drugih sukoba i da je simptom nekog psihičkog poremećaja. Pretpostavlja se da enureza predstavlja i simboličku masturbaciju i prurušen oblik iskazivanja prezira prema roditeljima (Mowrer, 1950, prema Davison i Neale, 1999). Međutim, s tim se mnogi istraživači ne slažu, dokazujući da su ostali lični problemi reakcija na osjećaj neprijatnosti i krivice zbog mokrenja, a ne uzrok enureze. Kada se uspostavi kontrola nad mokraćnim mjehurom, većina pridruženih problema uglavnom spontano nestaje (Baller, 1975; Moffatt, Kato i Pless, 1987; Starfield, 1972, prema Davison i Neale, 1999).

Teoretičari učenja (bihejvioristi) smatraju da enureza može biti uzrokovana ako uvježbavanje higijenskih navika započne u preranom ili prekasnom uzrastu. Takođe, ako su roditelji prilikom uvježbavanja isuviše popustljivi i nedosljedni, a ispravne higijenske navike nisu dovoljno potkrijepljene (Mowrer i Mowrer, 1938; Young, 1965; Baller, 1975, prema Davison i Neale, 1999). Noviji medicinski nalazi o aktivnosti mišića dna zdjelice podupiru shvatanje da djeca koja mokre u krevet, ne uspijevaju spontano kontrahirati te mišiće tokom noći (Norgarad, 1989a, 1989b, prema Davison i Neale, 1999).

Komorbiditet

Enureza može biti monosimptomatsko stanje ili udružena sa izraženim emocionalnim poremećajem ili poremećajem ponašanja, dijabetesom, nekim oblicima epilepsije, urinarnim infekcijama. Poseban klinički značaj funkcionalnih poremećaja mokrenja je u visokom stepenu učestalosti njihove udruženosti sa ponavljanim, takozvanim nekomplikovanim urinarnim infekcijama.

Dijete sa enurezom

Djeca školskog uzrasta sa enurezom strahuju da vršnjaci ili nastavnici ne saznaju za njihov problem. Izbjegavaju da odlaze na ekskurzije da se ne bi „osramotili“ pred vršnjacima. Uglavnom se povlače, depresivno su raspoloženi, nesigurni, osjetljivi i osjećaju se neshvaćeno. U nekim porodicama roditelji kažnjavaju i ismijavaju dijete, što otežava situaciju i dijete razvija osjećaj krivice, jer razočarava roditelje. Rođenje brata ili sestre često je povezano sa pojavom sekundarne enureze. Negativni stavovi braće i/ili sestara takođe mogu doprinijeti razvijanju osjećanja manje vrijednosti i neprihvaćenosti u porodici, što može otežavati i produžavati stanje enureze, kao što je vidno u sljedećem primjeru.

Slučaj 13

Aleksa, ima sedam i po godina, a psihologu dolazi u pratnji roditelja zbog nekontrolisanog noćnog mokrenja. Dječak vrlo često bude mokar ujutru kada se probudi i dodaje: „Nisam ja kriv, ja ne znam kada se to desi, ne mogu se probuditi...“ Roditelji mu stavljaju pelenu kada pođe na spavanje. Majka kaže: „Sve smo pokušali i ništa mu ne pomaže, primorana sam da mu stavim pelenu....upropastiće krevet, a neugodan miris koji se osjeti u sobi smeta sestri sa kojom dijeli sobu“. Sestra je rano usvojila higijenske navike prije dvije godine života. Ona ga često ismijava i ucjenjuje zbog mokrenja u krevet.

Aleksa je drugo dijete u porodici iz uredne trudnoće, poroda i ranog razvoja. Do sada je uvijek bio zdrav. Dnevne navike je usvojio tokom druge godine života. Nekoliko noći (najduže tri do četiri) bude suv, pa ponovo za redom bude mokar više noći. Majka je imala slične problem do polaska u

školi. Roditelji su zaposleni, sestra pohađa peti razred osnovne škole, a Aleksa najviše boravi sa babom i djedom koji ga čuvaju (nije išao u vrtić). Rado spava kod babe i djeda jer oni neće reći roditeljima da je bio mokar (obično ga presvuku u snu). Sa sestrom rijetko ostaje sam jer se vrlo često sukobljavaju, ponekad i fizički. U zadnje vrijeme izrazio je želju da trenira borilačke vještine i roditelji su pristali da ga odvođe na treninge. Aleksa je prihvaćen u školi, niko ne zna za problem nekontrolisanog mokrenja, trude se da problem ostane u najužem krugu porodice.

Opšta intelektualna razvijenost je uredna (kategorija prosječnih sposobnosti), primjetna hipersenzitivnost i emocionalna nesigurnost.

Klinička procjena i klasifikacija

Prema MKB-10, dijagnozu enureze moguće je postaviti kada dijete nekontrolisano mokri nakon pet godina života ili nakon četiri godine mentalnog uzrasta. Enureza se ne klasifikuje kao poremećaj prije pet godina života djeteta normativnog razvoja. Ukoliko je enureza udružena sa nekim emocionalnim ili poremećajima ponašanja i ukoliko se javlja najmanje nekoliko puta sedmično, dijagnostikuje se kao enureza. Enureza je često udružena sa enkoprezom i u tim slučajevima šifriranje enkopreze ima prednost. Prema MKB-10, enureza je označena šifrom F98.0.

Terapijski pristupi

Najveći broj djece koja su upućena psihologu zbog enureze je između 5 i 10 godina života. Motivacija za izlječenjem je slaba, prepoznavanje i svjesnost o smetnji nedovoljna, sposobnosti za samoposmatranje nerazvijene, sukobi i unutrašnji sadržaji uglavnom su eksternalizovani (Tadić i saradnici, 1992). Dijete je najčešće upućeno na liječenje ili terapiju protiv svoje volje i nepoznati su mu razlozi dolaska. Roditelji zahtijevaju liječenje, prijete djetetu bolnicom i ljekarom, izazivajući anksioznost, strah i osjećanje krivice. U osnovi terapijskog protokola za djecu sa enurezom nalazi se loše naučen i neodgovarajući odgovor na impulse iz mokraćne bešike i uretre. Roditelji spontano pribjegavaju buđenjima djeteta u toku noći. Tehniku buđenja ne treba sprovoditi kod djece mlađe od sedam godina i kod one čije je spavanje inače nemirno i praćeno strahovima i plaćem (Tadić i saradnici,

1992). Takođe, roditelji često ograničavaju unos tečnosti, neki čekaju da dijete „preraste” problem, a dva najčešća oblika terapije propisane od strane stručnjaka, uključuju davanje lijekova ili neki od vidova bihevioralnog tretmana. Poznat je sistem „mokraćnog alarma” još od 1938. godine kada su Mowrer i Mowrer uveli primjenu zvonca i izolacijske pamučne podloge (Davison i Neale, 1999, str. 508). Mowrer je bio vodeći istraživač i teoretičar pri utemeljenju bihevioralnih pristupa psihopatologiji i terapiji (Tadić i saradnici, 1992).

U tretmanu djece najznačajnije mjesto pripada kognitivno-bihevioralnim protokolima. Osnovni cilj ovih protokola je da dijete nauči kada, kako i koliko često da mokri. Za uspjeh je neophodna visoka motivacija djeteta i njegovih roditelja, kao i povjerenje na relaciji terapeut–dijete, dijete–roditelji i roditelji–terapeut. U nekim slučajevima pomoć je potrebna roditeljima nego djetetu. Dijete se ohrabruje, često se koristi tablica – kalendar u koji dijete označi „mokre” i „suve” noći, što ga podstiče i motiviše ka uspjehu. Ove aktivnosti podstiču zajednički napor i približavaju roditelje i dijete zajedničkom cilju. Uspješnost sprovedene terapije procjenjuje se poslije šest mjeseci primjene. Ovaj terapijski pristup najčešće se kombinuje sa farmakoterapijom, a rjeđe se primjenjuje kao jedina, monoterapija. Farmakoterapiju uključuju specijalisti pedijatrije, subspecijalisti dječije nefrologije u otprilike jednoj trećini slučajeva. Lijekovi djeluju mijenjanjem reaktivnosti mišića uključenih u mokrenje ili koncentrisanjem i zadržavanjem mokraće u mokraćnom mjehuru. Roditelji obično primijete početni pozitivni učinak, ali kod izvjesnog broja djece dolazi do ponovljenih simptoma nakon prestanka uzimanja lijeka (Houts, 1991, prema Davison i Neale, 1999). Uporedo sa psihoterapijom djeteta, posebno kod mlađih, obavlja se i savjetovanje, a prema potrebi i psihoterapija roditelja (Tadić i saradnici, 1992).

Prognoza

Prognoza djece sa enurezom u velikoj mjeri zavisi od ranog prepoznavanja poremećaja, pravilne dijagnoze i pravovremenog započinjanja terapije, kao i dosljednosti u njenom sprovođenju. Od vremena dijagnostikovanja i uključivanja u odgovarajući tretman, u većini slučajeva poremećaj potpuno

nestaje u naredne tri godine (Šerifović-Šivert, 2009). Monosimptomatska noćna enureza ima povoljnu prognozu, često sa spontanom izlječenjem.

Neorganska enkopreza

Kontrola nad funkcijama debelog crijeva (rektuma) nije razvijena u ranom uzrastu djeteta. Tokom razvoja, djeca postepeno počinju da kontrolišu proces defekacije. Enkopreza (izraz potiče od grčke riječi i označava izmet), je nevoljno, nekontrolisano pražnjenje stolice (defekacija) na neprikladnim mjestima.

Određenje pojma

Prema MKB klasifikaciji: „Enkopreza je ponavljano voljno ili nevoljno ispuštanje fecesa, normalne ili skoro normalne konzistencije, na mjestima neprikladnim toj svrsi u sociokulturnoj sredini.” Da bi dijete bilo označeno kao enkopretično, mora navršiti barem četiri godine života, defecirati neprikladno barem jednom mjesečno u toku barem tri mjeseca i da nema organski uzrok nego je obično uzrokovano psihogenim činiocima. Funkcionalna enkopreza ne počinje prije četiri godine.

Prevalencija

Ovaj poremećaj je češći kod mlađeg uzrasta djece. Istraživački podaci ukazuju da 1,3% dječaka i 0,3% djevojčica ima enkoprezu na uzrastu 10–12 godina (Pejović Milovančević, 2012). Enkopreza je četiri ili pet puta češća kod dječaka nego kod djevojčica, te se smanjuje sa uzrastom, postaje rijetka u adolescenciji, a još rjeđa u odrasloj dobi. Prevalencija enkopreze kod sedmogodišnjaka je 1,5% (Remschmidt i Belfer, 2005) i kod djece osnovnoškolskog uzrasta oko 1–2% (Šerifović-Šivert, 2009).

Klinička slika

Enkopreza se može pojaviti u vidu monosimptomatskog poremećaja, ali može biti i dio drugih poremećaja, naročito kod djece sa autizmom, mentalnom zaostalošću emocionalnih ili poremećaja ponašanja. Najčešće dešava u poslije podnevnim satima u vidu defekacije na neprikladnim

mjestima. Enkopreza se može pojaviti u nekoliko različitih oblika (Tadić, 2000):

- primarnu – predstavlja produžetak normalne dječije inkontinencije,
- sekundarnu – kada je dijete usvojilo pa izgubilo kontrolu nad defekacijom,
- namjernu – defekacija na neprikladnim mjestima, iako postoji sposobnost kontrole ispuštanja fecesa i normalna fiziološka kontrola crijeva.

Kada dijete koje je prestalo koristiti pelene počne da defecira u odjeću ili na neprikladna mjesta za tu namjenu, posumnja se na enkoprezu koja je u većini slučajeva simptom nekog problema, a ne sporog razvoja ili organskog poremećaja. Može da predstavlja nedostatak odgovarajućeg obučavanja ili nedostatak odgovarajućeg odgovora na obučavanje ili neuvremenjenog početka obučavanja. Roditelji iznose podatak o stalnom neuspjehu da se uspostavi kontrola crijeva. Za razliku od enureze koja je obično primarna, enkopreza je češće sekundarna.

Razlikuju se dva tipa enkopreze (Pejović Milovančević, 2012):

- retentivna (zadržavajuća), dešava se u budnom stanju i stanju spavanja,
- neretentivna, nevoljno ispuštanje je povremeno.

Anthony (prema Gruden, 1996) podijelio je enkopreze u tri oblika, što daje dragocjene smjernice za psihoterapiju:

- kontinuirana – dijete nikada nije usvojilo higijenske navike i obično dolazi iz porodice u kojoj nema dovoljno podsticaja (nemaju potrebu za psihoterapijom),
- diskontinuirana – djeca snažne motivacije čije su majke uredne i uče djecu kontroli na krut i rigidan način. Takva djeca su inhibirana i zahtijevaju produbljenu psihoterapiju.
- retencijska enkopreza – majke su najčešće opsesivne i primjenjuju vrlo stroge higijenske metode na koje djeca reaguju upornim zadržavanjem stolice. U ovom slučaju je potrebna terapija koja će biti usmjerena na razvijanje majčine sposobnosti da sudjeluje u terapiji.

Slučaj 14

Darko (6 godina) dolazi kod psihologa u pratnji roditelja koji su uznemireni i zabrinuti zbog učestalog ispuštanja stolice (3–4 puta dnevno), a sve češće nekontrolisano ispušta i mokraću u toku dana („vlaži odjeću“). Do četvrte godine je usvojio higijenske navike. Noću je uredan. U toku dana obično se sakrije u ugao sobe i „stišće“. Roditelji insistiraju da ode u toalet kada se „stišće“, ali on samo plače i odbija. Jednom prilikom izdržao je 11 dana, a da nije imao stolicu. Roditelji su mu obećavali nagrade, ucjenjivali ga, kažnjavali, ali ništa nije pomoglo. Kada ostane nekoliko dana kod tetke ili babe znatno rjeđe se dešava (majka misli da on to radi i kod njih, ali oni neće da kažu roditeljima i da ga sakrivaju). Kada ga pitaju zašto to radi, uporno odgovara: „Ne znam“. Roditelji su primijetili da su ovi problemi počeli kada je majka bila u šestom mjesecu trudnoće sa bratom i još više se nastavilo kada se brat rodio. Majka ne primjećuje ljubomoru prema bratu. Povremeno se budi iz prvog sna uz plač što roditelji povezuju sa crtanim filmovima koje gleda između dva i tri sata dnevno. Ima mnogo igračaka, ali se ne obraduje novim. U vrtić je pošao u četvrtoj godini pa je plakao i otac ga je ispisao. Ove godine će krenuti u školu, prethodno je trebalo da ide u pripremno odjeljenje za polazak u školu, ali je nakon prvog dana odustao i roditelji nisu insistirali. Uključen je u školu sporta i trenira pet puta sedmično. Otac je ponosan na dječaka i smatra da je „neviđeni talenat za sport“.

Često crta srca po sopstvenom izboru i poklanja crtež majci. Otac je odrastao u disfunkcionalnoj porodici i kaže: „Ja sam se jako patio u djetinjstvu i želim da budem bolji roditelj. Do sada je Darko imao sve što poželi“. Majka je odrasla sa bakom jer su roditelji rano umrli. Porodični odnosi su skladni, ali roditelji nemaju jedinstvene stavove i neophodnu dosljednost u stavovima prema dječaku.

(Intelektualna razvijenost je uredna, znaci emocionalne nezrelosti i nesigurnosti).

Etiologija

Nastanak ovog poremećaja kod djece, iako ima sličan tok kao i enureza, znatno je rjeđi. Najčešće je psihološki uslovljen poremećaj, pri čemu postoji

normalna fiziološka kontrola defekacije, ali iz nekog razloga se javlja protivljenje, otpor, ili nemogućnost da se zadovolje socijalne norme za defekacijom na prigodnim mjestima. Rijetki su podaci koji ukazuju na mogućnost nasljeđivanja i obično nijedan ili eventualno jedan član porodice navodi ovaj problem. Poteškoće se vezuju za način i uzrast obučavanja ili neadekvatan odgovor na obuku u vidu protivljenja i otpora. To može biti reakcija na pretjerano brižno ili pretjerano autoritativno odvikavanje od pelena. Zadržavanje fecesa je moguće i usljed bolne defekacije ili nekih drugih razloga. Enkopreza je često uzrokovana opstipacijom ili hroničnim zatvorom koji nastaje zadržavanjem stolice i upornim odbijanjem defekacije. Zadržavanje fecesa i otpor često su posljedica roditeljskog insistiranja da dijete defecira u tutu ili pretjerane preokupacije i pridavanje velike važnosti roditelja postupku navikavanja djeteta na čistoću. Može se pojaviti kod djeteta od četiri ili pet godina. Enkopreza može da bude reakcija djeteta na atmosferu u porodici, vrtić, školu ili rezultat iskustava sa roditeljima, vaspitačima ili vršnjacima. Često počinje kao posljedica stresnog događaja: rođenjem mlađeg djeteta, razvoda roditelja, preseljenja, hronične bolesti ili smrti u porodici. Djeca koja su ljubomorna na mlađe dijete u porodici počinju da oponašaju novorođenče nastojeći da ponovo postanu mali koje roditelji presvlače i njeguju isto kao i mlađe dijete i da tako privuku pažnju roditelja. Jedna od osnovnih psiholoških, etioloških crta enkopreze je nepostojanje svijesti o pojavi defekacije sve dok nije prekasno (Gruden, 1996).

Komorbiditet

Enkopreza je često praćena opstipacijom u dječijem uzrastu. Pojava opstipacije nakon navršene godine obično se povezuje sa stečenim, funkcionalnim poremećajima. Kod malog djeteta pojava opstipacije je najčešće posljedica teškoća pri navikavanju na kontrolu defekacije. Depresivna raspoloženja kod neke djece su udružena sa enkoprezom. U izvesnim slučajevima enkopreza može biti praćena mazanjem fecesa po telu ili okolini, a ređe diranjem prstima analne regije ili masturbacijom (Tadić, 2000). Djeca koja pate od enkopreze često imaju problem i sa

enurezom, a podaci pokazuju da je oko 30% enkopretične djece i enuretično (Levine, 1975, prema Roberts, 1995).

Ličnost djeteta

Ispitivanja su pokazala da na razvoj enkopreze utiče i nivo inteligencije. Enkopreza je češća kod anksiozne, inhibirane, nesigurne i plašljive djece. Jedna petina enkopretične djece označena je kao agresivna, mrzovoljna, tvrdoglava, zlobna, osjetljiva i razmažena (Gruden, 1996). Dijete sa enkoprezom je često povučeno i depresivno, sa niskim samopouzdanjem. Roditelji navode da se ova djeca slabije adaptiraju u grupu vršnjaka, pasivnija su, netolerantnija, sklona sanjarenju, a ponekad i nepredvidivim ponašanjima. Slično kao i kod enureze, prisutan je strah od odbacivanja i kažnjavanja od roditelja, a ismijavanja i ponižavanja od vršnjaka. Zato je uobičajeno da se povlače iz socijalnih aktivnosti. Dakle, dijete sa enkoprezom je najčešće emocionalno neprilagođeno sa dubokim osjećajem odbačenosti, koje nosi težak teret nesvjesne krivice i čije motivacije često kriju mržnju (Gruden, 1996). Enkopreza kod djeteta školskog uzrasta obično dovodi do ozbiljnijih psihičkih komplikacija.

Klinička procjena i klasifikacija

Prilikom postavljanja dijagnoze važno je utvrditi da li se enkopreza javlja kao posljedica organskog oboljenja (analna fisura ili gastro-intestinalna infekcija, aganglionski megakolon ili spina bifida) ili je povezana sa opstipacijom (Rajić i saradnici, 2002). Pri anamnezi važno je obratiti pažnju na vrijeme i način navikavanja na čistoću. Djeca sa oko 15 mjeseci već signalizuju da nemaju čiste pelene, dok sa 18 mjeseci jedan broj njih već defecira u tutu, a u zapadnim kulturama uobičajeno je da dijete kontroliše defekaciju između druge i treće godine. Podatak o klasičnim djetetovim postupcima zadržavanja stolice gotovo sa sigurnošću isključuje organski uzrok opstipacije. Dijete, uzrasta četiri godine, koje najmanje jednom mjesечно defecira nekontrolisano u trajanju od tri mjeseca, procjenjuje se kao dijete sa enkoprezom i uključuje u odgovarajuće tretmane (MKB-10). Prema međunarodnoj klasifikaciji (MKB-10) enkopreza je označena šifrom F98.1.

Terapijski pristupi

Tretman enkopreze najčešće uključuje medicinski pregled, bihevioralnu i porodičnu terapiju. Prije početka tretmana enkopreze potrebno je isključiti eventualni organski uzrok, koji su rijetki i konsultovati specijalistu pedijatra (subspecijalista dječije gastroenterologije). Kod neke djece u početku tretmana pedijatri uključuju blage laksative, posebno kod djece koja imaju tendenciju da zadržavaju feces (retencijski tip). Enkopreza djeteta obično izaziva veliku tenziju kod roditelja i članova porodice, pa je potrebno započeti sa edukacijom roditelja i djece kako bi se smanjio osjećaj krivice, poniženja i neprihvaćenosti djeteta. Prema bihevioralnom pristupu dijete se u redovnim vremenskim intervalima stavlja na tutu i tako pokušava uspostaviti redovni ritam pražnjenja crijeva. Bihevioralni tretman podrazumijeva i vođenje redovnog dnevnika i rasporeda defekacije, koja kada se uspješno završi po pravilu treba da bude nagrađena ili na neki način pozitivno potkrijepljena. Psihoterapija pomaže djetetu da savlada prateću anksioznost, nisko samopoštovanje i osećaj socijalne izolacije. Kada se pristupa porodici malog djeteta koje svjesno zadržava stolicu, treba insistirati na ujednačenom pristupu svih ukućana tokom uvježbavanja defekacije. Međutim, nekad porodica ne pokazuje želju za saradnjom, pa je djecu iz takve sredine bolje hospitalizovati radi liječenja.

Od posebnog značaja je rad sa roditeljima koji se može odvijati kroz savjetovanje, a prema potrebi i kroz psihoterapiju. Roditelji su obavezni saučesnici i pomagači u tretmanu. Treba im pomoći da prepoznaju i razumiju uzroke i psihodinamiku enkopreze. Roditeljima je važno skrenuti pažnju da ne obezvređuju, ponižavaju, zastrašuju i kažnjavaju dijete sa enkoprezom da kod njega ne bi povećavali doživljaj odbačenosti, straha i krivice.

Prognoza

Kod većine djece koja ispoljavaju ovaj poremećaj, sazrijevanje djeteta može dovesti do spontanog prestanka enkopreze. Rezultati edukacije roditelja i djece, primjene bihevioralnih tehnika, savjetovanja i psihoterapije dovode u više od 70% slučajeva do poboljšanja (Pejović Milovančević, 2012).

POREMEĆAJI POKRETA

Poremećaji pokreta u djetinjstvu i adolescenciji pojavljuju se u raznim oblicima i najčešće potpuno ili dijelom iščezavaju tokom odrastanja. Ovdje ćemo navesti samo neke od poremećaja pokreta, koji imaju značaja za ovu oblast. Poremećaji pokreta pripadaju i opširnije se izučavaju u oblasti neuropsihologije.

Apraksija

Apraksija (apraxia) je nesposobnost izvođenja naučenih pokreta koja nije prouzrokovana paralizom, ataksijom, nesposobnošću voljnih pokreta, senzornim problemima ili otežanim razumijevanjem. To je patološki gubitak koji može biti djelimičan ili potpun. U zavisnosti od uzroka koji su u osnovi nemogućnosti izvođenja kompleksnih, koordinisanih svrsishodnih pokreta, razlikuju se amnestička, ideomotorna i ideaciona apraksija (Trebješanin, 2004).

Dispraksija

Dispraksija je neurološki razvojni poremećaj koji se pojavljuje kod djece u ranom uzrastu kao posljedica organskog oštećenja u motornoj sferi mozga, a predstavlja djelimičan gubitak sposobnosti izvođenja koordinisanih pokreta ruku ili nogu (Bojanin, 1999).

Disgrafija

Neki autori disgrafiju svrstavaju u poremećaje pokreta, dok je drugi klasifikuju u poremećaje školskih vještina. Mi smo se već susreli sa disgrafijom u sklopu poremećaja školskih vještina, te je ovdje nećemo detaljnije opisivati.

U psihološkoj praksi češće se pojavljuju sljedeći poremećaji pokreta koje ćemo i prikazati:

- rani afektivno-tonični poremećaj,
- hiperkinetički sindrom,
- tik poremećaji.

Rani afektivno-tonični poremećaji

U najranijem uzrastu djeca mogu ispoljiti smetnje u razvoju pokreta, bilo da su pretjerano pokretni i aktivni, napeti sa povišenim tonusom mišića ili u vidu zastoja u razvoju pokreta kroz smanjenu pokretljivost, pasivnost, nemogućnost okretanja i/ili neobične pokrete. Poremećaji pokreta češći su kod djece koja su prerano rođena, posebno sa malom tjelesnom težinom. Oko trećeg mjeseca života moguće je uočiti promjene u razvoju pokreta. Takođe su moguće slične smetnje kod djece koja su zanemarivana i nije im pružena odgovarajuća fizička i emocionalna briga i njega (Tadić, 2000).

Dijete odgovara povišenom mišićnom napetosti i smanjenjem ili povišenjem mišićnih kretnji, ako osnovne potrebe nisu zadovoljene u prvim mjesecima života. Smetnje u razvoju pokreta mogu biti znaci usporenog i disharmoničnog razvoja djeteta. Važno je što ranije prepoznati smetnje u razvoju pokreta da bi se dijete zajedno sa roditeljima pravovremeno uključilo u neki od programa rane rehabilitacije.

Hiperkinetički sindrom

Hiperaktivnost je poteškoća sa kojom se susreću brojni roditelji i djeca tokom odrastanja, ali i učitelji i nastavnici. Veliki broj naučnika se bavio istraživanjem i utvrdio da postoji više sličnih poremećaja koji imaju niz zajedničkih osobina. Tako se najčešće upotrebljava termin hiperkinetički sindrom koji predstavlja grupu poremećaja čije su zajedničke karakteristike: rani početak, kombinacija hiperaktivnosti i dezorganizovanosti, impulsivnost, površna i kratkotrajna pažnja, neistrajnost u aktivnostima koje zahtijevaju kognitivno angažovanje i tendencija prelaska sa jedne aktivnosti na drugu, bez završavanja prethodne (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 1997).

U literaturi je ovaj poremećaj najčešće označen kao ADHD (skraćena ADHD dolazi od engleskog naziva Attention-Deficit

Hyperactivity Disorder). To je skup raznih simptoma koji najčešće obuhvataju smetnje pažnje, praćene nemirom i impulsivnošću. ADHD nije samo faza koju će dijete prerasti, niti je uzrokovan roditeljskim neuspjehom u vaspitanju, a ne može se smatrati ni znakom dječijeg nestašluka. To je stvarni, biološki uslovljeni poremećaj koji stvara značajne teškoće kod djeteta kod kojeg je primijećen poremećaj, ali i roditeljima, nastavnicima, braći/sestrama i vršnjacima. Ova karakteristična ponašanja prisutna su u svim situacijama i održavaju se kroz vrijeme. Prema MKB-10 ovaj poremećaj je označen šifrom F90.

Prevalencija

Razna istraživanja pokušala su dati odgovor na pitanje koliko ima djece sa ovakvim poteškoćama. Iako su podaci dobijeni istraživanjima različiti, prevalencija se kreće 3–12% kod djece školskog uzrasta, a niža je kod adolescenata. Kod dječaka se javlja 3–4 puta češće nego kod djevojčica (Popović Deušić, 2012).

Klinička slika

Pojam „hiperaktivnog ponašanja“ često upotrebljavaju roditelji i nastavnici kada je dijete živahno, puno energije, stalno u pokretu, brbljivo i naglašeno radoznalo. Međutim, to još uvijek ne znači da ima poremećaj pažnje, hiperaktivni poremećaj ili ADHD. Dijete koje je označeno kao hiperaktivno je nemirno, ima problema sa koncentracijom i sa učenjem, obično vrlo naglo reaguje. Ovakvo ponašanje otežava uspostavljanje kvalitetnih odnosa sa vršnjacima i odraslima, a posebno snalaženje u situacijama u kojima se očekuje poštivanje pravila (vrtić, škola).

U Tabeli 12 predstavljen je komparativni prikaz učestalosti ponašanja kod djece sa hiperkinetičkim sindromom i djece bez smetnji. Vidno je da postoji značajna razlika između ove dvije grupe djece.

Hiperaktivno dijete, zbog svoje impulsivnosti i naglosti, odbija djecu i odrasle od sebe, tako da u većini slučajeva ima malo prijatelja i svjesno je izolacije i odbačenosti, a što mu stvara mnoge poteškoće u svakodnevnom životu. Upravo zbog toga događa se da odrasli ne razumiju takvo dijete, pa mu i ne pružaju potrebnu pomoć.

Tabela 12. Zastupljenost ponašanja kod djece sa i bez ADHD simptoma

Simptomi	Djeca sa ADHD simptomima, %	Djeca bez ADHD simptoma, %
Migoljenje	73,2	10,6
Teško mu je sjediti na mjestu	60,2	3,0
Lako mu je odvratiti pažnju	82,1	15,2
Teško mu je čekati na red	48,0	4,5
Odgovara užurbano	65,0	10,6
Teško slijedi	83,7	12,1
Teško održava pažnju	79,7	16,7
Skače s jednog nedovršenog zadatka na drugi	77,2	16,7
Teško mu se igrati u tišini	39,8	7,6
Previše priča	43,9	6,1
Upada u riječ	65,9	10,6
Čini se da ne sluša	80,5	15,2
Gubi stvari potrebne za obavljanje zadataka	62,6	12,1
Upušta se u opasne tjelesne aktivnosti	37,4	3,0

* Izvor: prilagođeno prema Barkley i saradnici, 1990, Davison i Neale, 1999.

Kod neke djece su primjetni poremećaji u mišljenju koji su prepoznaju kao slabije razvijeno apstraktno mišljenje u odnosu na konkretno. Razmišljanje je dezorganizovano, povremeno može da djeluje autistično. Kod ove djece postoje smetnje u kratkoročnom i dugoročnom zapamćivanju. Hiperaktivno dijete često razvija nisko samopoštovanje i ima negativno mišljenje o sebi. Pohvalama i primjećivanjem dječijih osobina, ponašanja i postignuća može se povećati njegovo samopoštovanje. Jedno istraživanje hiperaktivne djece, koja su postala odrasli, uspješni ljudi, otkrilo je da je dominantan uticaj na njihov pozitivan razvoj imala osoba koja je vjerovala u njih. To su uglavnom pojedini nastavnici ili neki od članova porodice. Iako je svako hiperaktivno dijete jedinstveno, postoje neki principi i pravila u izgradnji dobrog odnosa, školskog uspjeha i socijalnih vještina. Postoje razlike u ponašanju djece sa ADHD-om koje su specifične za određeni uzrast. Ove razlike su posljedica uticaja biološkog sazrijevanja, ali i uticaja okoline i sredinskih faktora. Karakteristike hiperaktivnosti koje su specifične za određeni uzrast predstavljene su u Tabeli 13.

Tabela 13. *Karakteristike hiperaktivnosti uzrasno određene*

Dijete dojenačkog uzrasta je:	Dijete predškolskog i školskog uzrasta:
razdražljivo i često plače	ne sluša vaspitača i nastavnike
traži da jede noću	fizički je izrazito aktivno, nikad nije na svom mjestu
ima poteškoće u spavanju, često se budi, teško ga je smiriti i utješiti	loše predviđa posljedice svojih aktivnosti
ima poteškoće u uzimanju hrane, te prilikom izbora hrane	na pitanja odgovara prebrzo, ne ostavlja sebi vrijeme da razmisli, ili pogleda kako druga djeca rade prije nego što sam pokuša uraditi zadatak
može imati trbušne kolike	oblači se bez tuđe pomoći, češće ne nauči oblačiti cipele i vezati pertle, zakopčavati dugmad
vrlo često je izražen pojačan tonus mišića i, ako rano prohoda, ovakvo dijete često je nespretnije od druge djece	pokazuje slabije rezultate u pripremanju za školu, usvajanje boja, brojeva, slova; upotrebi makaza
	nestrpljivo je, prekida rad grupe, upada u riječ, ometa druge u obavljanju zadataka i aktivnosti

* Prilagođeno prema Kocijan-Hercigonja, 1997.

Hiperaktivno dijete u porodici

Dijete sa poremećajem pažnje i hiperaktivnosti može imati poteškoće u odnosima sa članovima porodice. Često se događa da su roditelji već "sve" metode isprobali, osjećaju se neuspješnim i umornim. Čak i u najodgovornijim i vrlo brižnim porodicama koje imaju hiperaktivno dijete, međusobni odnosi često su opterećeni napetošću, a roditelji su zbunjeni, jer ne znaju kako da se ponašaju sa hiperaktivnim djetetom. Neki svoje dijete vide kao „teško“ i neposlušno, koje zahtijeva silnu pažnju, dok drugi prepoznaju problem. Mnogi roditelji hiperaktivnog djeteta imaju hronični osjećaj nesposobnosti, nesigurnosti, umora, stresa i osjećanja krivice, što je najčešće izvor sukoba, ne samo između roditelja i djeteta, nego i između roditelja. Jedan od primarnih problema u odnosu roditelj – hiperaktivno dijete su problemi komunikacije i sukob vezan uz neuspjeh koji može biti posljedica nepažnje, ali i roditeljskog nerazumijevanja. Roditelji, često, na djetetovo ponašanje reaguju ljutito i neprimjereno, što za posljedicu ima još

veći prkos djeteta koji rezultira sve strožim roditeljskim komentarima, odbacivanjem i kaznama. Stvara se zatvoreni krug koji vodi ka neprekidnim svađama, borbama, nagovaranju i „podmićivanju“ djeteta.

Stalno pričanje, buka, uništavanje stvari u kući, skakanje, česti pozivi u školu zbog neprimjerenog ponašanja i/ili loših ocjena odlikuju porodice u kojima odrasta hiperaktivno dijete. Članovi šire porodice i prijatelji često izbjegavaju porodična druženja i okupljanja sa roditeljima hiperaktivnog djeteta. Roditelji koji ne znaju da se radi o poremećaju često reaguju vrijeđanjem i kažnjavanjem djeteta smatrajući ga neposlušnim ili zločestim. S druge strane, neki roditelji dječije ponašanje procjenjuju kroz vlastitu odgovornost i krivicu pa se počinju osjećati loše, ponekad im pretjerano popuštaju i ne postavljaju granice.

Hiperaktivno dijete u školi

Iako simptomi počinju ranije tek sa polaskom djeteta u školu problemi ove djece postaju vidljiviji. Kada se dijete uputi na procjenu zbog poteškoća u učenju i/ili ponašanju i nakon razgovara sa roditeljima i nastavnicima saznaje se da je dijete imalo poteškoće od najranijeg uzrasta. Školski (ne)uspjeh je jedan od pokazatelja da dijete ima određene poteškoće. Ova djeca, iako najčešće urednih intelektualnih potencijala, postižu slabiji uspjeh u školi, sa teškoćama savladavaju čitanje i matematiku (Popović Deušić, 2012). Međutim, nastavnici mogu oklijevati da se izjasne da imaju problema sa učenikom u učenju i ponašanju i sami pokušavaju da riješe problem. Nastavnici često, iz različitih razloga, ne identifikuju problem i vjeruju da će to „proći samo od sebe“. Ne žele ulaziti u privatnost porodice i izbjegavaju da ne povrijede i naljute roditelje, jer mogu biti izloženi prvoj i najčešće burnoj emocionalnoj reakciji roditelja kada im se skrene pažnja na činjenicu da njihovo dijete ima problem. Važno je da nastavnik razumije specifičan način funkcionisanja hiperaktivnog djeteta. Ono je svakako zahtijevan učenik i uspješno će učiti u okruženju koje podržava individualne razlike. Najčešći problemi tokom školovanja su: poremećaj čitanja i/ili poremećaj pisanja, računanja, oscilacije u radnoj uspješnosti od dana do dana, nezavršavanje ili usporenost u završavanju zadataka. Često se ova djeca

obrazuju prema individualnom prilagođenom program. U primjeru koji slijedi prisutni su neki od navedenih simptoma ovog poremećaja.

Slučaj 15

Nenad je učenik petog razreda osnovne škole, a dolazi u pratnji majke zbog problema u školi (obimna školska dokumentacija u prilogu). Nepažljiv je, ne može mirno sjediti na času duže od 10–15 minuta, ustaje, ometa drugu djecu dok pišu, ne završava zadatke, često zaboravi zadaću. Sa djecom iz razreda sukobljava se verbalno i fizički, komunikacija je loša, osjeća se odbačenim od vršnjaka. Dječak kaže: „Ja nemam nijednog najboljeg druga, svi me izazivaju i svašta mi govore. Kada ne mogu da istrpim moram i ja da se branim. Neki dan sam udario Miloša...morao sam...bio je bezobrazan...prvi me gurnuo...i govorio mi je proste riječi i vrijeđao“.

Majka mu pomaže oko učenja, ali poteškoće u ponašanju i sa pismenim izražavanjem su konstantno prisutne od polaska u školu. U petom razredu sa Nenadom dodatno je radila i učiteljica u penziji, svaki drugi dan po dva sata. Često pravi greške u pisanju, posebno kada prepisuje sa table ili piše po diktatu (izostavlja slova, ne koristi gramatička pravila...). Kada piše na zadatu temu obično „odluta“ u mislima i potpuno se udalji od teme. Sjedi sam u prvoj klupi. Na časovima reaguje impulsivno i spontano ne vodeći računa o učiteljici, drugoj djeci i trenutnim aktivnostima. Prvi razred je završio vrlo dobrim, a drugi, treći i četvrti dobrim uspjehom. U predškolskoj ustanovi i u porodici nije ospoljavao problem u ponašanju, prema izjavi majke. Posebne probleme dječak ispoljava u ponašanju u školi, sa vršnjacima i nastavnicima. Nedavno se nekoliko puta desilo da ukrade olovku ili gumicu od drugog učenika, pa je učiteljica pozvala roditelje.

Nenad je jedino dijete u porodici, najviše vremena provodi sa bakom. Majka je zaposlena, a kada je kod kuće zauzima prezaštitnički stav prema dječaku. Otac je trenutno duži vremenski period odsutan zbog posla. Učiteljica je primijetila da se ponašanje dodatno pogoršalo od kada je otac odsutan iz porodice. Od polaska u školu, svake godine je upućen školskom psihologu zbog problema u ponašanju. Urednog zdravstvenog statusa (povremeno sklon bronhitičnim napadima), urednog sna i apetita. Inteliktualna razvijenost dječaka je uredna u kategoriji prosječnih

sposobnosti, ali redukovane intelektualne efikasnosti zbog aktuelnih simptoma hiperkinetičkog sindroma (deficit pažnje, impulsivnost, hiperaktivnost) i disgrafije. U test situaciji sa dječakom se uspostavlja i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnja, neistrajan je u radu, vrlo često pažnju mu odvlače nebitni detalji u prostoriji, ustaje, vrpolti se, spontano komentariše ono što je trenutno zanimljivo za njega.

Hiperaktivno dijete ima poteškoće sa: ponašanjem u vidu (hiper) aktivnosti, pažnjom (nepažnja, deficit pažnje) i kontrolom impulsa (impulsivnost), a što je sažeto predstavljeno u Tabeli 14.

Tabela 14. Osnovna ispoljavanja ADHD sindroma

Hiperaktivnost	Impulsivnost	Nepažnja
trese rukama ili nogama ili se vrpolti na stolici	„istrčava“ sa odgovorima, prije nego što se dovrši pitanje	ne posvećuje pažnju detaljima ili griješi zbog nepažnje u školskim obavezama, poslu ili drugim aktivnostima
ustaje sa stolice u razredu ili na drugim mjestima gdje se očekuje da ostane na mjestu	ima poteškoće sa čekanjem u redu	ima teškoće sa održavanjem pažnje pri izradi zadaće ili u igri
pretjerano trči ili se penje u situacijama u kojima je to neprikladno (kod adolescenata i odraslih može biti ograničeno na subjektivni osjećaj nemira)	prekida ili ometa druge (npr. upada u razgovor ili igru)	ne sluša kada mu se direktno obraća
ima teškoće ako se treba mirno i tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti		ne prati upute i ne dovršava školski zadatak, kućne poslove ili dužnosti (ne zbog prkosnog ponašanja ili nerazumijevanja uputa)
često je u „pogonu“ ili kao da ga „pokreće motor“		ima poteškoće sa planiranjem zadataka i aktivnosti
pretjerano priča		izbjegava, ili odbija zadatke koji zahtijevaju trajniji mentalni napor (školski zadaci)

	gubi stvari potrebne za zadaću ili aktivnost (npr. igračke, školski pribor, olovke, knjige)
	često zaboravlja dnevne aktivnosti

* Prema MKB-10

Etiologija

Uzroci nastanka ovog sindroma još uvijek su nedovoljno jasni i najvjerojatnije učestvuje više faktora u njihovom nastanku. Ranijih godina je preovladavalo mišljenje da konstitucionalne abnormalnosti igraju glavnu ulogu u nastanku ovih poremećaja, ali prema novijim istraživanjima ADHD se pokazao visoko nasljednim poremećajem i molekularno genetski pristup postaje dominantno područje istraživanja (Pospiš, 2009). Porodične studije ukazuju na značaj genetskih faktora, a studije blizanaca nalaze genetske i sredinske uticaje na ADHD (Willicut, 2005, prema Pospiš, 2009). Ispitivanja blizanaca sa ADHD-om u okviru projekta, započela su u Australiji 1990. godine, istražujući nasljednost i komorbiditet ADHD-a. U svim ispitivanjima nađeno je da su individualne razlike u ADHD simptomima pod genetskim uticajem. Hiperkinetički poremećaji se javljaju uvijek rano tokom razvoja, obično tokom prvih pet godina života i obično traju tokom školskih godina, pa čak i u odraslom životnom dobu. Kod mnoge djece javlja se postepeno poboljšanje aktivnosti i pažnje sa odrastanjem. Prema važećim klasifikacijama, za dijagnozu ADHD-a potrebno je da budu ispunjeni sljedeći kriterijumi: simptomi (ili ponašanje) pojavljuju se prije sedme godine, traju najmanje šest mjeseci i ometaju dijete barem u dva područja života: škola, kuća i/ili vršnjaci.

Neki autori tokom posljednjih godina za ove poremećaje često upotrebljavaju termin „poremećaj deficita pažnje“, jer problemi nepažnje predstavljaju značajnu i vodeću karakteristiku poremećaja.

Klinička procjena

Klinička procjena ovog poremećaja zasniva se na dijagnostičkim kriterijumima DSM-IV (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, Američkog psihijatrijskog udruženja) i MKB-

10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema u izdanju Svjetske zdravstvene organizacije). Psiholog koristi, pored intervjuja sa djetetom i roditeljima, testove sposobnosti, neuropsihološke testove i testove za procjenu emocionalnog funkcionisanja i ponašanja. U nekim slučajevima potrebno je uputiti dijete na neuropsihološku procjenu i pregled neuropedijatra. Podaci stručnog tima škole i nastavnika su koristan dodatni materijal za potpunije razumijevanje i precizniju procjenu.

Prema navedenim klasifikacijama, bitno obilježje hiperaktivnog poremećaja je stalni model nepažnje (deficita pažnje) sa ili bez hiperaktivnosti i/ili impulsivnosti. Prema dosadašnjim dijagnostičkim kriterijumima opisana su tri tipa ADHD uočena kod djece (MKB-10):

- dominantno nepažljiv tip (ADHD – Inattentive Type),
- dominantno hiperaktivno-impulsivni tip (ADHD – Hyperative-impulsive Type),
- kombinovani tip (ADHD – Combined Type).

Komorbiditet

Ovaj poremećaj rijetko se pojavljuje izolovano. Najčešće je u komorbiditetu s nekim drugim stanjima. Kliničari su, na osnovu mnogobrojnih istraživanja, uočili da postoji veza hiperaktivnosti sa nekoliko drugih poremećaja koji mogu imati uticaja na ponašanje i učenje. Ovi drugi problemi predstavljaju dodatne poteškoće. ADHD često koegzistira sa poremećajem ophođenja i negativističkim prkosnim ponašanjem (CD-Conduct disorder), poremećajem čitanja (disleksija) i računanja (diskalkulija), problemima sa učenjem, razvojnim poremećajem koordinacije (Reading Disability), prinudno-opsesivnim ponašanjem (Obsessive-Compulsive Behaviours), Tourette-ovim sindromom, epilepsijom, poteškoćama u učenju, mentalnom zaostalošću, oštećenjem vida ili sluha, hroničnim stanjima. Neka istraživanja izvještavaju o sniženoj intelektualnoj sposobnosti, dok drugi (Mariani i Barkley, 1977, prema Hughes i Cooper, 2009) tvrde da istraživanja koja upućuju na slab školski uspjeh djece sa ADHD-om utvrđuju poteškoće u učenju koje su bile prisutne od rane dobi, a ne kao sekundarna posljedica ADHD-a. S obzirom na to da ADHD ima visok komorbiditet, važno je prepoznati komorbidne

poremećaje jer oni zahtijevaju drugačiji tretman (Popović Deušić, 2012). U slučajevima jako izraženog udruženog djelovanja, neophodan je interdisciplinarni pristup.

Terapijski pristupi

U težim slučajevima hiperaktivnosti djeci se prepisuju lijekovi (psihostimulansi) koji su u upotrebi od 60-ih godina prošlog vijeka. Prema jednoj procjeni, u toku jedne školske godine 1–2% američke djece uzima ritalin ili neki amfetamin, da bi obuzdali vlastitu hiperaktivnost (Safer i Krager, 1983, prema Tadić, 2000). Novija istraživanja izvještavaju da ritalin ima više nuspojava u vidu razdražljivosti, glavobolje, bolova u želucu, tikova, problema sa spavanjem i zastoja u rastu i težini kod neke djece (Schachar i saradnici, 1997, prema Hughes i Cooper, 2009). Dosadašnja ispitivanja ukazuju na kratkoročno pozitivno dejstvo lijekova (poboljšanje koncentracije, smanjenje impulsivnosti i agresivnosti), ali da oni ne mogu dugoročno poboljšati uspješnost u školovanju (Weiss, 1983, prema Davison i Neale, 1999).

Drugi oblik biološke terapije je tzv. Feingoldova dijeta, koja je postala popularna nakon knjige istoimenog autora („Zbog čega je vaše dijete hiperaktivno“ iz 1975. godine („Why Your child is Hyperactive“), kao i mnogih udruženja roditelja iz SAD. Ta udruženja objavljuju potpune dijete što sadrže hranu bez umjetnih aroma i boja, konzervansa i prirodnih salicilata. Ova dijeta pomaže malom broju hiperaktivne djece.

Terapijski pristupi djeci sa hiperkinetičkim sindromom koji se zasnivaju na principima učenja i modifikacije ponašanja, pokazali su se barem kratkotrajno uspješnim u poboljšavanju socijalnog i školskog ponašanja. U tim oblicima terapije ponašanje djece prati se kod kuće i u školi, a djeca se kroz pozitivna potkrepljenja podstiču da postupaju ispravno. Takvi programi usmjereni su na poboljšavanje školskog rada, ispunjenje zadataka u domaćinstvu ili učenju specifičnih socijalnih vještina, a ne samo na smanjivanje hiperaktivnosti. Terapeuti koji osmišljavaju takve oblike terapije gledaju na hiperaktivnost kao na nedostatak određenih vještina, a ne kao na ekscesno, remetilačko ponašanje. Iako takva djeca na terapije reaguju vrlo povoljno, za optimalnu terapiju ovog poremećaja

vjerovatno je potrebna ne samo bihevioralna terapija, nego i uzimanje psihostimulansa (Barkley, 1990; Gittelman i saradnici., 1980, prema Davison i Neale, 1999).

Prognoza

Oko 70–80% adolescenata, koji su kao djeca imali hiperkinetički sindrom, i dalje imaju problema sa učenjem, emocionalnim funkcionisanjem i ponašanjem. Oko 50% djece sa ovim sindromom ostaju sa sličnim teškoćama u svakodnevnom funkcionisanju i u odraslom dobu (Popović Deusić, 2012).

Tik poremećaji

Tik poremećaji se pojavljuju najčešće kod djece školskog uzrasta i opterećuju dijete, ali još više roditelje.

Određenje pojma

Tikovi su brzi, nevoljni, iznenadni, repetitivni, nekontrolisani i nesvrshodni pokreti grupe mišića ili dijelova tijela, najčešće su zahvaćeni mišići lica i/ili vrata, torza i ekstremiteta (Aleksić Hil, 2012). Ove tri kategorije su: 1) prolazni tik poremećaj, 2) hronični (motorni ili vokalni) tik poremećaj i 3) Turetov poremećaj, (TS), (Roberts, 1995).

Prevalencija

Rijetko se pojavljuju prije četvrte godine, a najučestaliji su oko sedme godine. Većina djece prije ispoljavanja tikova pokazuje razne znake osjetljivosti, mišićne napetosti, naglosti i pretjeranu pokretljivost. Tikovi se javljaju češće kod dječaka i smatra se da je oko 4% djece sa tikovima u opštoj populaciji (Tadić, 2000). Prije puberteta 1–19% školske djece imalo je barem jednu epizodu tika (Aleksić Hil, 2012). Oko 15–23% djece ispoljava izolovani, prolazni tik (Šerifović-Šivert, 2009).

Klinička slika

Tikom može biti zahvaćen svaki dio tijela, ali su najčešći tikovi lica (očnih kapaka, nosa, usana), glave, vrata, disanja, stomaka, ruku, prstiju,

poskakivanja i drugi. Tikovi se češće javljaju na gornjim dijelovima tijela, a smanjuju se idući ka donjim dijelovima. Fizički tikovi postaju izraženi na uzrastu od šest ili sedam godina. Oni nemaju nikakvu funkciju. Dijete ima neodoljivu potrebu da ponavlja radnju i svako sprečavanje povećava napetost, a izvršavanje smanjuje, ali ubrzo napetost ponovo raste i potreba za tikom se ponavlja (Bergès, 1985, prema Tadić, 2000). Tik se obično pojačava u uslovima stresa (rođenje brata ili sestre, polazak u školu, promjena sredine), buke, psihičke napetosti i primjene lijekova koji djeluju stimulatивно na nervni sistem. Takođe, tik se pojačava u stanjima napetosti i opominjanja, a privremeno se odgađa prilikom spavanja i opuštanju mišića. Javljaju se često udruženo sa drugim poremećajima. Ovi poremećaji se mogu razvrstati na osnovu razlike u trajanju simptoma, vrsti pokreta ili vokalizacije i vremenu početka (DSM IV).

Tikovi se mogu ispoljiti u vidu glasovnog oglašavanja i označeni su kao zvučni, vokalni ili *fonatorni tikovi* koji se obično javljaju na uzrastu oko 11 godina, a ispoljavaju se u vidu kašljanja, ponavljanja određenih riječi, šmrcaja i slično.

Tikovi mogu biti *motorni* i predstavljaju jednostavne, prolazne pokrete koji traju kratko (nekoliko sekundi) i imaju tendenciju da se ponavljaju (npr. treptanje). Pogoršavaju se u stanjima napetosti ili neke vrste pritiska koje dijete trpi ili velikog opterećenja i umora.

Mogu da se premještaju sa jednog dijela tijela na drugi, da privremeno nestanu i ponovo se jave u istom ili promijenjenom intenzitetu. Tikovi mogu biti klasifikovani kao (Aleksić Hil, 2012):

- prolazni tik poremećaji (fonatorni i/ili motorni) i traju od 4 nedjelje do 12 mjeseci,
- hronični tik poremećaj je pojedinačni ili multipli motorni ili vokalni tik (ali ne oba istovremeno), a koji je prisutan više od godinu dana,
- prosti ili jednostavni tikovi: vokalni (štucanje, šmrcaje, kašljanje i drugi) i motorni (treptanje, pomjeranje nozdrva, šutiranje, pomjeranje ramena i sl.),
- složeni ili kompleksni tikovi, vokalni (izgovaranje riječi ili fraza, koprolalije i drugi) i motorni (složeni pokreti dodirivanja predmeta, pljeskanje rukama, facijalne grimase i sl).

Slučaj 16

David, učenik III razreda osnovne škole dolazi u pratnji majke, a zbog nekontrolisanih pokreta koji se ponavljaju u vidu tika. Majka je primijetila neposredno pred polazak u školu kada je pokušavala da nauči Davida da piše i čita prije polaska u školu. Prvo je tresao glavom, nakon nekoliko mjeseci počeo je treptati i žmirkati pa su ga roditelji vodili specijalisti za oči. Nalaz je bio uredan. Školu je dobro prihvatio, adaptirao se već u prvim mjesecima nakon polaska. Učiteljica je primijetila, kada ga opomene ili ne uradi ispravno zadatak, da radi ove pokrete. U nekim periodima tikovi su intenzivni i učestali, a onda se spontano povuku i budu jedva primjetni. U drugom razredu, pored žmirkanja, počeo je kašljucati, „kao da se nakašlja, kao da ima nešto u grlu“.

Majka je primijetila da se to desilo nekoliko puta u nepoznatim i novim situacijama. Nekad su bili izraženi više pokreti očima, nekad pokreti glavom, ponekad kašljanje, a bilo je situacija kada su se smjenjivali, jedan za drugim. Roditelji su ga opominjali, čak ga je majka nekoliko puta kaznila, ali nije pomoglo. Roditelji su posumnjali na alergiju pa su ga vodili pedijatru koji je ustanovio da se ne radi o alergijskoj reakciji (nalaz je uredan). Drugi razred je završio odličnim (sve petice). Voli da bude najbolji. Kada se igra sa vršnjacima takođe se bori da bude najbolji. Prije mjesec dana počeo je širiti ruke i pucketati prstima u nekim situacijama, majka ne može odrediti kada najviše. Takođe majka primjećuje da je nervozan kada to radi i da mu počinje smetati. Prije nekoliko dana je imao učestale pokrete u školi pa je sjeo u zadnju klupu i pokrio se duksom po glavi da ga djeca ne gledaju, jer se plaši da će se smijati. Kući je došao ljut.

David je prvo dijete u porodici iz uredne trudnoće, poroda i ranog razvoja. Prije polaska u školu bio je jednu godinu u vrtiću. Nije bilo problema, izuzev otpora prema dnevnom spavanju. I sada ima strahove noću, ne voli da spava sam, uvijek se nečega plaši, a ujutru voli da spava dugo i teško se razbudi posebno kada ide ujutro u školu. Živi sa roditeljima i mlađim bratom, 5,5 godina. Prema bratu je imao pozitivan stav dok nije prohodao i počeo da mu dira stvari. Smeta mu kada ga brat dodirne, ili uđe u njegovu sobu. Majka napominje da David svoje stvari održava u savršenom redu i jako se uznemiri kada mu brat nešto pomjeri ili

uzme. „Nemoguć je kada je brat u pitanju, jednostavno ne može ga podnijeti, potpuno su različiti, ne slažu se ni u čemu, David je užasno drzak prema malom, stalno se svađaju i tuku. Brat mu smeta, smatra da je mali i da se ne može igrati sa njim, slobodno vrijeme provodi sa drugom djecom a od brata bježi.“ Majka mu pomaže oko školskih zadataka i podstiče da bude najbolji u svemu što radi, zahtjevna je, dominantna, obraća mu se i razgovara sa njim kao sa odraslom osobom, otvoreno iznosi svoje nezadovoljstvo Davidovim ponašanjem prema bratu. Otac je prezaposlen, malo vremena provodi sa djecom. Majka je nezadovoljna i sa očevim učešćem u dječijim aktivnostima, mada navodi da su porodični odnosi skladni i zadovoljavajući. U toku psihološke procjene sa Davidom se uspostavlja i održava zadovoljavajući kontakt i saradnja, uredne intelektualne razvijenosti (u kategoriji gornje granice prosječnih sposobnosti).

Etiologija

Tikovi mogu biti izazvani raznovrsnim događajima: jakim strahom posebno ako je izazvan nečim iznenadnim (napad psa ili neka druga neugodna situacija), bolnim medicinskim intervencijama, prisustvovanjem neugodnim događajima, oboljenjima vezanim za očne kapke, nos i slično. Roditelji često navode da su tikovi počeli nakon raznih infekcija. Tako povezuju treptanje očnim kaptima sa infekcijom očiju (konjuktivitis) ili glasovni tik u vidu kašljanja nakon operacije krajnika ili oboljenja grla koje je bilo povezano sa kašljem. Česta je porodična anamneza o tikovima.

Teorija o organskom porijeklu tikova polazi od pretpostavke da organski činioci imaju udjela u nastanku tika, što ima više opravdanja kada je riječ o generalizovanim tikovima. Psihoneurološke promjene mogu se primijetiti kod djece sa tikovima koja imaju i druge, pretežno neurološke smetnje.

Teorije o psihičkom porijeklu tikova dovodi se u vezi sa porodičnim odnosima.

Podaci ukazuju da je oko 25% roditelja i oko 5% braće i sestara djece sa tikovima takođe imalo tikove. Majke djece sa tikovima su napete, zaplašene, pretjerano popustljive ili nasilne i teže ka savršenstvu (Tadić,

2000). Roditelji su osjetljivi na tikove svoje djece, postaju uplašeni i uporno prate i opominju dijete da to ne radi, a neki od njih i kažnjavaju, što dovodi do učestalijeg ispoljavanja tika, a može isprovocirati i poremećaje kod roditelja i porodici kao cjelini. Prema psihodinamskom učenju, tik je nastao kao izraz potisnutog sukoba koji je nastao u porodici, a povezan je sa agresivnim težnjama i njihovim ispoljavanjem. Roditelji slabo podnose agresivnost svoje djece, sputavaju i ograničavaju pojavu agresivnosti. Značenje tika ima simbolično značenje i nije ga lako prepoznati. Može značiti neprijateljstvo prema roditelju koji sprečava slobodno izražavanje agresije, želju da se roditelj kazni ili da se prisili na povlačenje. Tik je prikriveni, iskrivljeni i poremećeni način izražavanja agresije koji, kao i svaka instinktivna težnja, ima potrebu da se po svaku cijenu ostvari kroz mišiće, na neposredan, prikriven ili simboličan način (Tadić, 2000). Osjećanje stida i krivice kod djece sa tikom najčešće su posljedica krutih stavova roditelja i drugih koji dijete opterećuju upornim ponavljanjem da voljom mogu pobijediti tik, opominju ga i pojačavaju nesigurnosti.

Teorija o psihomotornom porijeklu tikova objašnjava tik kao psihomotorni poremećaj, na što ukazuje i činjenica da su često udruženi ili se oslanjaju na druge poremećaje pokreta, kao što su hiperkinetički sindrom i usporen razvoj pokreta. U nastanku tika značajnu ulogu može imati oponašanje ili identifikacija sa značajnom osobom za dijete. To može biti učitelj, trener, neki od članova porodice ili vršnjak koji ima značajnu ulogu u dječijem emotivnom životu. Svi oblici tikova ne mogu se objasniti na jedinstven način jer su uzroci njihovog nastanka različiti kao i načini ispoljavanja i trajanja.

Klinička procjena

Prilikom kliničke procjene važan podatak je vrijeme nastanka i trajanja tika. Ako tikovi traju duže od četiri sedmice, a manje od godinu dana, postavlja se dijagnoza prolaznog tik poremećaja, a ako traje duže od godinu dana tada je riječ o hroničnom tik poremećaju (Šerifović-Šivert, 2009). Dijagnoza se postavlja retrospektivno, jer je nemoguće predvidjeti da li će dijete koje je razvilo jedan tik poremećaj pridružiti još neke tikove, ili da li će tikovi potrajati i postati hronični. U dijagnostičke svrhe potrebno je obavezno

napraviti detaljan neuropedijatrijski pregled sa potrebnim ispitivanjima kao i psihološku, a po potrebi i neuropsihološku procjenu. Prema MKB-10 tik poremećaj je označen šifrom F95.

Terapijski pristupi

Roditelji najčešće opominju djecu da prestanu sa tikom što pojačava osjećaj neprihvaćenosti. Farmakološka terapija za tik poremećaje je isključivo za liječenje simptoma i primjenjuje se ako simptomi onemogućavaju i negativno utiču na socijalne odnose, odnose sa vršnjacima i školski uspjeh djeteta, te ako simptomi ne reaguju na psihosocijalne (nefarmakološke) intervencije (Cohen i autori, 1992, prema Roberts, 1995). Nefarmakološki tretmani su često vrlo korisni kod djece sa tikom i pridruženim simptomima, kao što su bihejvioralni pristupi koji su alternativa farmakološkom pristupu. Oni uključuju relaksacione treninge, promjene navika, učenje samokontroli ponašanja. Rezultati jedne studije koja se bavila efektima tri pristupa u okviru bihejvioralne terapije, pokazala su da su se tikovi smanjili oko 55% sa promjenom navika, 44% sa treningom samokontrole i 32% sa relaksacionim treningom (Peterson i Azrin, 1992, prema Roberts, 1995). Individualni pristup uglavnom se kombinuje sa porodičnim savjetovanjem ili psihoterapijom. Kod većine djece tikovi su prolaznog karaktera i nestaju spontano ili nakon tretmana.

Prognoza

U većini slučajeva tikovi traju nekoliko dana do nekoliko nedjelja. Rjeđe, tikovi se produžavaju i mogu trajati mjesecima. U adolescenciji tikovi obično postaju manjeg intenziteta i manje su upadljivi. Rijetko su uporni tikovi udruženi sa psihozama. Najbolju prognozu imaju tikovi koji počinju između šeste i osme godine života (Tadić, 2000).

Turetov sindrom

Za Turetov sindrom (Gilles de la Tourette sindrom) u literaturi se sreće više sinonimnih naziva: Tourette sindrom, Tourette's poremećaj, Gilles de la Tourette sindrom, GTS ili, još češće, jednostavno Tourette's ili TS. To je nasljedni neuropsihijatrijski poremećaj koji počinje u djetinjstvu,

karakterističan po višestrukim fizičkim (motornim), a najmanje jednim vokalnim (foničkim) tikom koji se karakteristično pojavljuju i nestaju (Trebješanin, 2004). Sindrom je nazvan po Edouardu Albert Brut Gilles de la Tourette (1859–1904), francuskom ljekaru i neurologu, koji je objavio rad sa devet bolesnika sa Tourette's u 1885. godine (Zinner, 2000). Ovaj sindrom je definisan kao dio spektra tik poremećaja, koji uključuje prolazne i hronične tikove. Motorni tikovi su temeljni tikovi, fonički tikovi su prisilni zvukovi proizvedeni pomicanjem zraka kroz nos, usta ili grlo. Osobe sa Turetovim sindromom imaju normalan životni vijek i inteligenciju.

Prevalencija

Touretov poremećaj je rijedak u populaciji sa prevalencijom od oko 0,05% na uzrastu 7–19 godina. Počinje oko 6–7. godine, a najozbiljnija su ispoljavanja oko 9-11. godine (Aleksić Hil, 2012). Dva do tri puta je češći kod dječaka nego kod djevojčica (Šerifović-Šivert, 2009). Trajanje poremećaja obično je doživotno, iako mogu postojati razdoblja bez simptoma duže vremenske intervale, u nekim slučajevima i godinama.

Klinička slika

Touretov sindrom obično počinje u djetinjstvu između druge i trinaeste godine. Bitno obilježje Turetovog poremećaja su više motornih i jedan ili više vokalnih (glasovnih) tikova. Takođe su karakteristične pojave eholalije (stereotipno ponavljanje riječi ili fraza druge osobe), koprohalije (ponavljanje psovki), ehopraksije (psihijatrijski entitet, vrsta atipičnog ponašanja koje se odlikuje pacijentovom besmislenom i nepotrebnom imitacijom tuđih pokreta i radnji). Mogu se pojavljivati istovremeno ili u različitim razdobljima. Anatomska lokacija, broj, frekvencija, složenost i težina tikova mijenjaju se tokom vremena. Tikovi tipično zahvataju glavu i često druge dijelove tijela, kao što su poprsje, ruke i noge. Vokalni tikovi uključuju različite riječi ili zvukove, kao što su cvoktanje, cviljenje, kašljanje. Mogu se javiti i složeni motorni tikovi: čučanje, duboko sagibanje u koljenima, vraćanje identičnim putem. Stres i anksioznost utiču na složenost simptoma, održavanje i pogoršavanje (Robertson, 2007).

Etiologija

Uzroci nastanka ovog složenog poremećaja još su nepoznati, ali je jasno da su za njegov nastanak odgovorni genetski i sredinski činioci. Postoje dokazi o nasljeđivanju i prenošenju podložnosti za razvoj Turetovog poremećaja. Podložnost znači da je dijete primilo genetski ili konstitucionalni temelj za razvoj poremećaja, ali se tačan tip ili težina poremećaja razlikuju od generacije do generacije. Ispoljavanje (izraženost) naslijeđenog gena nije potpuno, tj. neće se kod svakog ko naslijedi genetsku podložnost ispoljiti simptomi. Smatra se da najveći rizik nose sinovi čija majka boluje od Turetovog sindroma. Nasljeđuje se autosomno dominantno (Zinner, 2000).

Klinička procjena

Klinička procjena, prema revidiranom četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV-TR), Turetov sindrom može biti dijagnostikovano kada osoba pokazuje više motoričkih i jedan ili više vokalnih tikova (iako to ne mora biti istovremeno) u periodu od godinu dana, ne više od tri uzastopna kada se tik ne pojavljuje. Dijagnoza se postavlja na osnovu posmatranja pojedinačnih simptoma i podataka o porodici. Većina slučajeva procjenjuje se posmatranjem i podacima o nastanku tikova. Prema međunarodnoj klasifikaciji (MKB-10), ovaj sindrom označen je šifrom F95.2.

Komorbiditet

Sa Turetovim sindromom mogu biti udruženi i drugi poremećaji, kao što su drugi oblici tikova, opsesivno-kompulzivni poremećaj i ADHD sindrom. Smatra se da oko 50% djece sa Turetovim sindromom ima i dijagnozu ADHD (Šerifović-Šivert, 2009).

Terapijski pristupi

Ne postoji jedinstven lijek za svaki slučaj tikova, ali postoje lijekovi i terapije koje mogu pomoći kada je njihova upotreba opravdana, o čemu odlučuju ljekari. Jedna od mogućih terapijskih tehnika je tehnika negativnog ili masovnog praktikovanja koja se sastoji u insistiranju da dijete ponavlja tik dok se ne umori i tako inhibira reakciju. Tik postepeno dobija averzivno

svojestvo, pa nepraktikovanje tika postaje potkrepljujuće (Šerifović-Šivert, 2009).

Prognoza

Ukupna prognoza je pozitivna, ali manjina djece sa Turetovim sindromom imaju ozbiljne simptome koji traju ili se pogoršavaju i kroz odraslo doba (5% do 10% slučajeva). U 85% slučajeva simptomi se povuku tokom adolescencije, a potpuno nestajanje se događa u oko 50%, a poboljšanje kod 30% do 50% slučajeva (Aleksić Hil, 2012). Poremećaj značajno oštećuje socijalno i radno funkcioniranje. Kod manjeg broja osoba sa Turetovim sindromom moguće je očekivati i dublje promjene ličnosti, nedruštvena i prestupnička ponašanja, što će vjerovatno zavisiti i od kliničke slike, uzroka, načina liječenja i stavova porodice (Tadić, 2000).

Ostali poremećaji

Mišićna rasterećenja u vidu besciljnih pokreta mogu se javiti u vidu: udaranja glavom o čvrstu podlogu, uvrtanja kose ili ušnih školjki, trljanja nosa i dr. Najčešće se pojavljuju izdvojeno i prolaznog su karaktera. Ponekad su udruženi sa drugim psihopatološkim stanjima i mogu biti uporni i trajni. Ukoliko se javljaju u prvim mjesecima života obično pripadaju primitivnim pokretima i smatraju se normativnim pojavama. Sa razvojem, ovi pokreti postaju složeniji i imaju svoju funkciju u rasterećenju od napetosti, ispitivanju svoga tijela i izgradnje tjelesne šeme, dok u kasnijem odrastanju zabrinjavaju roditelje (Tadić, 2000).

Posebni oblici rasterećenja pokretom služe kao simboličko izražavanje nesvjesnog sukoba i način su odnosa i razgovora sa svijetom. Može se manifestovati kao izdvojen simptom ili udružen sa drugim poremećajima. Ova grupa radnji-pokreta iščezava polagano kako dijete otkriva zrelije i više načine rasterećenja. Neke od njih se viđaju i na starijem uzrastu kao obredi uspavlivanja, čija je uloga oslobađanje ili smanjivanje od napetosti, i straha od odvajanja, naročito prilikom stavljanja u postelju i uspavlivanja. Nije uvijek jasna razlika, barem u kliničkoj praksi, između ove vrste radnji, tikova i kompulzija. Često se udružuju ili se nadovezuju jedni na druge. Među mnogobrojnim i nedovoljno razvrstanim kretnjama

izdvajaju se kao posebna grupa ritmičke radnje, lupanje glavom i čupanje dlaka (trihotilomanija). Koji će dio tijela biti korišćen zavisi od neuromišićne zrelosti pojedinih dijelova tijela, tijela u cjelini, kao i djelovanja radnje na razvojne funkcije.

Ritmičke radnje

Većina djece u prvim godinama života pokazuje sklonost ka ritmičkim pokretima. Ritmičke radnje mogu biti u vidu naglih, ravnomjernih, pokreta različitog obima glavom, očima i tijelom (Tadić, 2000). Tokom dana i noći ritmičke radnje različito se ispoljavaju. Neka djeca se uspavljaju ritmičnim pokretima, bilo da to čine samo glavom ili cijelim tijelom. Najčešće se obavljaju ritmički pokreti glavom koji počinju oko trećeg mjeseca života ili kasnije i obično iščezavaju oko treće godine, ali se mogu zadržavati do desete godine pa i kasnije.

Lupanje glavom

Izdvađa se kao poseban poremećaj u okviru poremećaja pokreta. Javlja se i normativno kod djece krajem prve godine, obično traje do 3–4. i rijetko zadržava do 10. godine života, pa čak i kasnije (Tadić, 2000). Glavom češće udaraju dječaci nego djevojčice.

Čupanje dlaka

Čupanje dlaka (*trihotilomania*) je čupanje kose, obrva, trepavica, pazušnih i dlaka polnih organa. Dijete čupa ili pojedinačne dlake ili manje pramenove sa jednog mjesta. Ova radnja je prisilna i povezana sa psihološkim činiocima u svome nastanku. Prvi put je opisana 1889. godine, a opisao je francuski dermatolog Halopeau (Dean, Nelson i Moos, 1992, prema Buljan, D., Šitum, Buljan, V. i Vurnek Živković, 2008). Posljedice čupanja dlaka su vidljiva mjesta u vidu manjih ili većih ostrvca bez kose na glavi i drugim dijelovima tijela ili nedostatak trepavica i obrva. Roditelji primijete ovu pojavu i pridaju joj važnost tek onda kada je nedostatak dlaka (djelimična ćelavost) vidljiv, kao što je vidno na Slici 8 (Buljan, D., Šitum, Buljan, M., i Vurnek Živković, 2008).



Slika 8. *Primjer trihotilomanije*

Prema klasifikaciji DSM-IV, trihotilomanija se smatra poremećajem kontrole impulsa označene kao repetitivno čupanje dlaka (APA, 1994) i spada u grupu psihodermatoloških bolesti. Javlja se kod starije djece i u adolescenciji i traje različito dugo. Najčešća psihopatologija u podlozi ovog poremećaja ponašanja je opsesivno-kompulsivno ponašanje. Ostali poremećaji koji mogu biti u podlozi trihotilomanije su: reakcija na stres, anksioznost, depresija, poremećaj ponašanja ili mentalna zaostalost.

Neka djeca iščupane dlake skupljaju i gnječe prstima, osluškuje pucketanje i izuzetno rijetko žvaću i gutaju (Tadić, 2000). Trihotilomanija je češća kod povučene, usamljene djece i adolescenata koji na taj način ispoljavaju svoju agresivnost. Češće se javlja kod djevojčica. Kosa ima posebno simbolično značenje i kod djevojčica ona predstavlja simbol ženskosti. U tom slučaju dvojnost prema ženskoj ulozi je naglašena. U nekim slučajevima može se javiti nakon zaraznih i tjelesnih oboljenja, povreda glave, odvajanja od roditelja, psihičkih povreda (razvod roditelja, rođenje brata ili sestre) i drugih događaja.

Čupanje dlaka može predstavljati i autoerotsku radnju mazohističke vrste udruženu sa drugim mazohističkim radnjama i praćenu fantazmima,

izraz neprijateljstva i otpora prema roditeljima i, ali i način izgrađivanja tjelesne sheme. Majke ove djece i adolescenata obično su agresivne, nadmoćne, takmičarski raspoložene i ne prihvataju ispoljavanje dječije agresije. U tom slučaju su rušilačke težnje pomjerene na kosu, što je dozvoljeno (Tadić, 2000).

PSIHOSEKSUALNI RAZVOJ I POREMEĆAJI

Prije postavljanja modernih naučnih teorija, seksualne smetnje pretežno su smatrane posljedicom neadekvatne moralnosti. U savremenom društvu problem psihoseksualnog razvoja zauzima složenije i značajnije mjesto. Psihoseksualni razvoj svakog pojedinca određen je interaktivnim djelovanjem mnogih faktora: genetskih, hormonskih, neuroloških, emocionalnih, društvenih i drugih. Polni nagon predstavlja urođenu potrebu čovjeka za doživljavanjem polnog zadovoljstva, a psihoseksualni razvoj ne može se pratiti bez uvođenja pojma o polnom nagonu. Ova potreba je sveopšta i vezana za ljudsku vrstu, ali se mijenja i trpi izvjesne promjene tokom razvoja. Polna težnja pokreće i određuje mnoga polna ponašanja. Neka djeca ispoljavaju upadljivo kočenje (inhibiciju) polnih zanimanja i ponašanja. Druga nemaju dovoljno informacija i saznanja vezanih za psihoseksualni razvoj, pa usljed toga snažno potiskuju svaki polni nemir i radoznalost, što se može prenijeti na igru, sport, intelektualne djelatnosti i društvene odnose. Snažna kočenja u djetinjstvu i adolescenciji mogu imati za posljedicu smetnje u seksualnom životu odraslih. S druge strane, pojačana interesovanja za seksualnost i rana stupanja u seksualne odnose obično su povezani sa disfunkcionalnim porodičnim odnosima, emocionalnim smetnjama, anksiozno/depresivnim raspoloženjima, kompulzivnim postupcima, ali i sa smanjenim ili nepostojećim granicama od strane roditelja i društva. Danas, dječaci i djevojčice ranije stupaju u seksualne odnose i često mijenjaju partnere. U posljednjih nekoliko godina primjetan je značajan porast maloljetničkih trudnoća kod adolescentkinja. Svjesna ili nesvjesna erotska ponašanja roditelja mogu podstaći oponašanja, poistovjećivanja i razvoj polnih želja i težnji, pa i njihova ispoljavanja. Rijetko su pretjerano erotizovana ponašanja izazvana pubertetom, pojačanim hormonskim dejstvom i poremećajima CNS-a (Tadić, 2000).

Granica normalno-patološko u oblasti polnosti adolescenata danas je fleksibilnija nego ranijih godina. Zanimanja za osobe istog pola u djetinjstvu i adolescenciji, kao i kasnije, nisu uvijek znak homoseksualnosti, već mogu biti prolazna faza u procesu psihoseksualnog sazrijevanja. Sublimirani polni nagon preobražava se u nježna prijateljstva i ljubav oslobođenu polnosti prema osobama istog pola. Na osnovu vezivanja i polnih igara sa osobama istog pola, na ovom uzrastu, ne mogu se donositi prognostički zaključci o mogućem razvoju homoseksualnosti kod odraslih. Upadljiva sklonost ka igrama i ponašanjima suprotnog pola, konfuzija u pogledu polne uloge i dugo bavljenje i održavanje homoseksualnih fantazija, radnji i odnosa, uglavnom pobude sumnju kod odraslih na homoseksualnost mladih. Tokom adolescencije, homoseksualne i heteroseksualne faze, nailaze i prolaze spontano i tek između 15. i 17. godine ustaljuju se prava homoseksualna ponašanja. U uslovima domskog smještaja, u kampovima, vojsci, zatvorima i ustanovama gdje duže vrijeme borave osobe istog pola postoji mogućnost da se probude homoseksualne želje i kod dječaka i kod djevojčica, praćene dubljim nemirom i anksioznošću.

Homoseksualnost je seksualna orijentacija prema istopolnom partneru. Homoseksualna ispoljavanja u pubertetskom i adolescentnom uzrastu treba shvatiti kao izraz konfuzije u pogledu psihoseksualnog identiteta. Formiranje homoseksualnog identiteta, kao i formiranje identiteta uopšte, određeno je procesima koji se zbivaju tokom niza godina. U retrospektivnom istraživanju (Bell, Weinberg i Hammersmith, 1981, prema Wenar, 2003) ispitano je 997 odraslih homoseksualnih i 447 heteroseksualnih muškaraca i žena i nađeno je da su rani homoseksualni osjećaji igrali važnu ulogu u kasnijem seksualnom izboru. Erotski osjećaji bili su stalno obilježje homoseksualnog iskustva od djetinjstva do odrasle dobi. Homoseksualno uzbuđivanje počelo se javljati oko 11,6 godina života, što je nešto ranije nego heteroseksualno uzbuđivanje koje se javlja oko 12,9 godina. Ono prethodi homoseksualnoj aktivnosti za oko tri i više godina. Kao posljedica socijalnih prilika i pritisaka grupa homoseksualaca, homoseksualnost je isključena iz popisa psihijatrijskih poremećaja 1974. godine (Wenar, 2003).

Tokom psihoseksualnog sazrijevanja kod mladih, većina psihoseksualnih ponašanja se smatra normativnim u razvojnem periodu, ali u odraslom dobu mogu biti znak poremećaja. To mogu biti prolazni homoseksualni odnosi, lakša nastrana regresivna ponašanja, samozadovoljavanje i drugi. Ista ova ponašanja, posebno kada su naglašena i upadljiva za okolinu, mogu u manjoj ili većoj mjeri, da remete formiranje ličnog identiteta, društveno ponašanje i prilagođavanje. Odstupanja u razvoju polnog nagona kod djece i adolescenata se najčešće predstavljaju kao:

- polno samozadovoljavanje,
- poremećaji polnog identiteta,
- parafilije,
- urođeni poremećaji psihoseksualnog razvoja.

Polno samozadovoljavanje

Polno samozadovoljavanje ili masturbacija (lat. masturbatio što znači samozadovoljavanje) predstavlja aktivnost erotskog samostimulisanja koja dovodi do seksualnog zadovoljstva bez stvarnog prisustva odgovarajućeg (spoljašnjeg, ljudskog) objekta (Trebješanin, 2004). Masturbacija je normalna i uobičajena aktivnost mnoge male i predškolske djece, a može se pojaviti već između prve i druge godine života. U ovom uzrastu djeca su orijentisana na samostalnu igru koja je često praćena istraživanjem vlastitog tijela.

Dijete vrlo rano otkrije da neki dijelovi tijela obezbjeđuju zadovoljstvo, bilo da ih dodiruje ono samo ili majka prilikom kupanja, njege i oblačenja. Dodirivanje polnih organa u prvo vrijeme je slučajno, a kasnije ima funkciju ispitivanja tijela, da bi nakon otkrivanja zadovoljstva postalo namjerna radnja koja obezbjeđuje polno zadovoljstvo (Smirnov, 1970, prema Tadić, 2000). Oko druge godine života učestalost prvobitnih polnih samozadovoljenja se smanjuje da bi masturbatorne radnje ponovo oživjele ulaskom u falusnu fazu. Samozadovoljavanje je izraz anksioznosti i poremećaja razvoja objektnih odnosa u prvom redu sa majkom, koja ne uspijeva da obezbijedi djetetu rasterećenje preko čula i drugih puteva (Tadić, 2000), što je primjetno u sljedećem primjeru.

Slučaj 17

Djevojčica Teodora, uzrasta dvije i po godine, dolazi na kliniku po preporuci pedijatra zbog samozadovoljavanja. Krajem prve godine majka je primijetila neprimjerene pokrete, koji su se dešavali i u prisustvu drugih ljudi, što je stvaralo neprijatnu situaciju, kako kod kuće tako i prilikom odlaska u goste. Dešavalo bi se da ubrzano diše, pocrveni, trlja se. Majka je zabranjivala, grdila, a ponekad i kažnjavala, pa je Teodora počela da se skriva i krišom se zadovoljava sve više i više. Roditelji su zabrinuti i uznemireni, posebno majka, pa su odlučili da potraže stručnu pomoć. Djevojčica je jedino dijete u porodici (živi u potpunoj porodici). Majka radi u smjenama, a otac radi samo prvu smjenu. Kada je Teodora imala oko 12 mjeseci majka je ponovo počela raditi. Čuvanje i zadovoljavanje dječijih potreba povjerili su djevojci. Nakon 8 mjeseci roditelji su odlučili da potraže drugo rješenje jer nisu bili zadovoljni. Na uzrastu od nepune dvije godine roditelji su odlučili da uključe Teodoru u predškolsku ustanovu. Vaspitačica je skrenula pažnju roditeljima da masturbira i u vrtiću, najčešće u vrijeme poslijepodnevnog odmora i da ima slabiji kontakt sa djecom. Roditelji su bili zadovoljni prilagođavanjem.

Prilikom rada sa djevojčicom se uspostavlja i održava zadovoljavajući kontakt i saradnja primjerena uzrastu, uredne je psihičke razvijenosti i socioemocionalne zrelosti za uzrast.

U fazi mirovanja ponovo dolazi do polnih zanimanja i radnji, a u pubertetu do novih oživljavanja pretežno na polnim organima.

Masturbacija se najčešće praktikuje u usamljenosti, uz fantazme o seksualno privlačnoj osobi i rijetko se izvodi u prisustvu drugih. Mladi koji se učestalo samozadovoljavaju i povlače u samoću, osiromašuju emocionalno i socijalno iskustvo. Ovaj način polnog zadovoljavanja se smatra uobičajenim i normativnim za adolescenciju (Jensen, 1976, prema Tadić, 2000). Kada mladi postanu zreli za polne odnose sa osobama suprotnog pola, oni postepeno prestaju da masturbiraju. Osjećanje krivice vezano za polnost postepeno se smanjuje.

Masturbacija na starijim uzrastima školske djece, a posebno u adolescenciji i kod odraslih, može biti izraz psihopatoloških sadržaja. Kada masturbacije predstavljaju isključivi vid polnog zadovoljenja, učestale su,

prisilne i povezane sa prekidom odnosa sa spoljnim svijetom, mogu predstavljati vid psihopatološkog ispoljavanja. Mladi koji se pretjerano samozadovoljavaju obično imaju slabe odnose sa roditeljima i vršnjacima. Javljaju se osjećanja krivice i stida, hipohondrične tegobe, a zatim slabljenje društvenih veza. Pretjerana samozadovoljenja mogu biti praćena fantazijama heteroseksualnog i homoseksualnog sadržaja, kao i sadističkim i mazohističkim elementima. Nemogućnost da se obuzdaju fantazije i samozadovoljenja stvara osjećanja krivice i stida što može dovesti do dubljih psihičkih smetnji.

Ova kolebanja u adolescenciji mogu, ali ne moraju biti izraz patološkog. Tek kada su nazadovanja duboka i vezivanja i učvršćenja trajna, kad su određena polna ponašanja učestala, uporno ponavljana, prisilna, kada ne odgovaraju uzrastu i kulturi, preovladavaju životnim djelatnostima i dovode do otuđenja od svijeta, onda je riječ o patologiji (Tadić, 2000).

Poremećaji polnog identiteta

Poremećaji polnog identiteta u djetinjstvu javljaju se u ranom djetinjstvu znatno prije puberteta, a ispoljavaju se neprihvatanjem sopstvenog pola. Razvoj psihoseksualnog identiteta pod jakim je uticajem roditelja i odvija se na sličan način za dječake i djevojčice do falusne faze.

Poremećaji polnog identiteta predstavljaju posebnu grupu seksualnih poremećaja koja obuhvata različite vidove patološkog odbacivanja ili poremećaja u prihvatanju vlastitog polnog identiteta. Smatra se da poremećaji polnog identiteta nastaju kod onih pojedinaca koji usljed konstitucionalnih (genskih aberacija, viška hormona suprotnog pola) ili porodičnih razloga (odsustvo roditelja istog pola, neuspjela ili negativna identifikacija) nisu adekvatno usvojili ili su odbacili svoju polnu ulogu pa se oblače, ponašaju i osjećaju kao osobe suprotnog pola (Trebješanin, 2004). U ovu grupu poremećaja spadaju: poremećaji polnog identiteta u djetinjstvu, transeksualizam i transvestizam.

Transeksualizam

Transeksualizam (lat. trans znači preko i sexus označava pol) ili inverzija polne uloge predstavlja najradikalniji poremećaj polnog identiteta koji se

ispoljava u odlučnom i permanentnom odbacivanju sopstvenog anatomskeg pola sa željom ili ubjeđenjem osobe da pripada suprotnom polu (MKB-10). Transseksualizam isključuje anatomske-fiziološke i psihotične poremećaje. Subjektivno osjećanje polnog identiteta neusklađeno je sa fizičkim izgledom i pojavnosti. Mnoga djeca poremećenog polnog identiteta žive u uvjerenju da će se tokom odrastanja njihovi polni organi promijeniti u one suprotnog pola (moguće hirurškim zahvatom i hormonalnom terapijom kada postanu punoljetni). Ovo vjerovanje se može protumačiti kao dječija verzija želje odrasle transseksualne osobe da operativnim putem promijeni pol. Muški transseksualac sebe definiše kao „ženu koja pati u muškom tijelu“ (Trebješanin, 2004). Početak transseksualizma je na uzrastu ispod šest godina (Davison i Neale, 1999).

Slučaj 18

Slavica ima 16 godina, vrlo dobra je učenica II razreda srednje tehničke škole (u odjeljenju je još samo jedna djevojka, ostali učenici su muškarci). Obučena je u mušku odjeću, nosi mušku frizuru u ponašanju su upadljivi pokreti i maniri koji su svojstveni muškom polu. U slobodno vrijeme trenira fudbal i najviše se druži sa djevojkama iz fudbalskog tima. U toku školovanja imala je problema sa vršnjacima. Dječaci su je nerado prihvatili zato što je djevojčica, a djevojčice su je takođe izbjegavale jer se ponašala kao dječak i nametala igre i aktivnosti koje djevojčice nisu prihvatale. Navodi: „Stalno sam bila između, nisam pripadala ni jednim ni drugima. Osjećala sam se odbačenom od svih. Djevojčice su me često vrijeđale i ismijavale. Uvijek sam se bolje osjećala u društvu dječaka. Igre sa njima su bile zanimljivije i u svemu sam se snalazila“. U VII razredu zaljubila se u jednu djevojčicu koja je došla u posjetu svojoj baki. Osjećanja su bila obostrana. Veza je završila nakon oko dvije godine, kada su roditelji Slavičine partnerke posumnjali i izvršili pritisak na nju. Doživjela je to kao bolno razočarenje i pokušala suicid sjećanjem vena. Tada je prvi put, za vrijeme hospitalizacije, upućena psihologu. Nakon oko godinu dana razvila je interes i simpatije za djevojku iz fudbalskog tima, sa kojom se aktivno druži, najviše kada odlaze na takmičenja (zajedno spavaju, šetaju, nerazdvojne su..). Roditelji vrše pritisak da se ponaša „više kao djevojka,

jer sada je odrasla“, što je opterećuje. Roditelji očekuju da će se ponašati kao i njene vršnjakinje kada bude starija. Slavica izjavljuje: „Ja se osjećam kao muško i želim da budem muško. Ne smijem reći roditeljima. Oni to ne mogu da shvate, a ovako sam jako nesrećna (plače). Ne želim da ih povrijedim. Čini mi se da me niko ne razumije“. U zadnje vrijeme sumnja da je partnerica vara i to je jako opterećuje. Nezadovoljna je i u jednom trenutku očaja ponovo je pokušala presjeći vene i završila u bolnici. Roditelji sve probleme pripisuju Slavičinoj impulsivnosti i pubertetu. Ne prihvataju probleme vezane za polni identitet. Zadovoljni su jer dobro uči u školi, poslušna je i odgovorna. Živi sa roditeljima i mlađom sestrom. Porodični odnosi su skladni, prema izjavi roditelja. Roditelji navode da je želja da se oblači kao dječak, igra autićima i loptom, prisutna od najranijeg djetinjstva. Na osnovu nalaza urađenih tokom boravka u bolnici svi endokrinološki i drugi nalazi su uredni. Intelektualna razvijenost takođe je uredna, u kategoriji prosječnih sposobnosti.

Transvestizam

Transvestizam (lat. *trans* znači *preko* i *vestis* znači odjeća) je vrsta poremećaja polnog identiteta koja se ispoljava kao neodoljiva želja da se nosi odjeća koja se u datoj kulturi smatra tipičnom za suprotni pol, ali ne uključuje želju da se mijenja pol (MKB-10). Dječak uživa da se oblači kao djevojčica, igra se sa lutkama i više mu odgovara društvo djevojčica, a pokazuje neprijatnost ili odbojnost prema sopstvenim polnim karakteristikama. Ponašanje, oblačenje i polno prepoznatljive navike nisu u skladu sa kulturološkim shvatanjima šta je odgovarajuće za koji pol. Dječaci najčešće izbjegavaju vršnjake, a druže se sa djevojčicama, oblače žensku odjeću, šminkaju se i žele da postanu djevojčice. Suprotno, djevojčice se ponašaju kao dječaci, oblače mušku odjeću, ne podnose dugu kosu, nakit, igraju fudbal sa dječacima i usvajaju muške manire u ponašanju. Djeca sa problemom transseksualnosti prepoznatljiva su kao feminizirani dječaci i izrazito maskuline (muškobanjaste) djevojčice. Intervjui sa roditeljima ove djece često otkrivaju da oni nisu obeshrabrivali nego su čak u mnogim slučajevima podsticali ponašanja primjerena suprotnom polu. Neke majke smatraju simpatičnim kada se dječak igra sa lutkama, oblači sestrine

haljinice ili se šminka, posebno ako su željele da rode djevojčicu. Porodični albumi sadrže fotografije dječaka obučeni kao djevojčice. Ovakve reakcije porodice doprinose konfliktu između anatomskog pola i prihvaćenog polnog identiteta. Grin (Richard Green, 1974, prema Davison i Neale, 1999) je longitudinalno pratio feminizirane dječake i maskuline djevojčice i otkrio da su u poređenju sa kontrolnom grupom djevojčica, djevojčice iz eksperimentalne grupe birale oca kao dražeg roditelja, njihove majke su se ponašale na sličan način u djetinjstvu pa su bile tolerantnije prema maskulinom ponašanju svojih djevojčica. Moguće modeliranje i operantno oblikovanje dominantno maskulinog ponašanja u okviru porodice može biti dopunjeno pozitivnim potkrepljenjem koje ovakve djevojčice mogu dobiti od grupe muških vršnjaka za svoje dječačko ponašanje (Williams, Goodman i Green, 1985, prema Davison i Neale, 1999). Ovaj poremećaj češći je kod muškog pola i pojavljuje su u djetinjstvu prije puberteta.

Parafilije

Parafilije predstavljaju grupu poremećaja kod kojih su seksualno privlačni neobični objekti, a seksualne aktivnosti neobične po svojoj prirodi; ukratko, postoji devijacija, odstupanje (para) u tome što osobu privlači (-philia). Ukoliko je vidna izrazita privlačnost prema neuobičajenim objektima i traje najmanje šest mjeseci, onda se takva ponašanja označavaju parafilijama (Davison i Neale, 1999). Adolescencija je vrijeme burnih fizičkih, kognitivnih i emocionalnih promjena. Sve veći broj adolescenata započinje seksualnu aktivnost u ranijem uzrastu pa su u povećanom riziku od seksualno prenosivih bolesti i neplaniranih trudnoća. Istraživači seksualnog ponašanja adolescenata identifikovali su nekoliko varijabli kao značajne faktore: porodična struktura i porodični odnosi, psihička zrelost, različite osobine ličnosti i ponašanja, socioekonomski status porodice, religiozna uvjerenja su samo neki od faktora koji utiču na seksualnost mladih (Ohannessian i Crockett, 1993). U grupu parafilija spadaju sljedeći poremećaji: fetišizam, pedofilija, incest, voajerizam, egzibicionizam i sadomazohizam (prema Davison i Neale, 1999). Ukratko ćemo ih predstaviti, jer se većina pojavljuje u adolescentnom, a neki i u dječijem uzrastu.

Fetišizam

Fetišizam (franc. *fetich* što znači *vještački napravljen objekt, idol*) jedna je od seksualnih devijacija koja podrazumijeva oslanjanje na neživi predmet da bi se postiglo seksualno uzbuđenje i seksualna gratifikacija. Termin fetišizam potiče od riječi fetiš koja označava neki kulturni predmet koji je objekt strahopoštovanja i obožavanja. Poremećaj obično počinje da se ispoljava sa adolescencijom, ali detaljnijom analizom može se ustanoviti da je obožavani predmet ili fetiš imao posebnu važnost još u djetinjstvu. Fetišisti su dominantno muškarci. Fetišist ispoljava ponavljajuće i intenzivne nagone prema neživim objektima ili fetišima. Fetiš objekti mogu biti razni neživi predmeti: rukavice, ženske cipele, pojedini dijelovi odjeće, pojedini predmeti za ličnu higijenu i drugi. Neki fetišisti provode svoj fetišizam u tajnosti gledajući, mirišući, ljubeći obožavane predmete dok se samozadovoljavaju. Drugi se uzbuđuju kada partner obuče obožavani predmet. Privlačnost objekta koju fetišist osjeća neodoljiva je i ima karakter prisile.

Incest

Incest (lat. *incestus* označava *rodoskvrnjenje*) podrazumijeva seksualni odnos između bliskih rođaka (otac–ćerka, majka–sin, brat–sestra). Zabrana incesta je univerzalna kulturna zabrana u svim vremenima, od primitivnih plemena do najrazvijenijih kulturnih naroda (Trebešjanin, 2004). Nepoštovanje ove zabrane zakonski se kažnjava u svim društvima. Potomak iz veze između oca i kćeri, ili brata i sestre, ima veću vjerovatnoću da naslijedi par recesivnih gena, po jedan od svakog roditelja. U većini slučajeva recesivni geni imaju negativno biološko djelovanje, kao što su ozbiljne urođene mane. U DSM-IV incest je uključen kao podtip pedofilije. Neki od mogućih faktora koji izlažu dijete opasnosti od incesta jesu: život sa očuhom, neobrazovana majka, slaba povezanost sa majkom, te manje od dva bliska prijatelja u djetinjstvu (Finkelhor, 1983).

Noviji podaci ukazuju na češći pojavu incesta nego ranije. Objašnjenje incesta proteže se od seksualne uskraćenosti do frojdotske tvrdnje da ljudska bića u osnovi imaju želju za takvim odnosima.

Pedofilija

Pedofilija (grčki *pedos* znači *dijete*, *filiya* u prevodu znači *volim*) je vrsta parafilije koja se ispoljava u naklonosti odraslih prema djeci kao objektu seksualnih prohtjeva. Upražnjavanje pedofilije predstavlja krivično djelo (Trebješanin, 2004). Pedofili su obično odrasli muškarci koji se seksualno zadovoljavaju kroz fizički (ponekad i seksualni kontakt) sa djecom prepubertetskog uzrasta sa kojima nisu u srodstvu. Procjene ukazuju da je između deset i petnaest posto djece i mlađih adolescenata barem jednom u životu izloženo seksualnom zlostavljanju od strane odrasle osobe (Mrazek, 1984, prema Davison i Neale, 1999). Pedofili obično poznaju djecu koju zlostavljaju iz rodbinskih ili prijateljskih krugova. Mnogi od njih su neupadljivog ponašanja, poštuju moralne, religijske i druge norme društva. Postoje dvije glavne razlike između incesta i pedofilije. Prva, incest se događa među članovima iste porodice. Druga, većina žrtava incesta je starija od objekta želje pedofila. Na primjer, u slučaju incesta otac može postati zainteresovan za svoju kćerku kada počne fizički da sazrijeva, dok je pedofil zainteresovan za dijete baš zato što je seksualno nezrelo. Prema DSM-IV pedofil je star barem 16 godina i barem 5 godina stariji od djeteta. Pedofil može biti heteroseksualan ili homoseksualan.

Voajerizam

Voajerizam je značajno davanje prednosti pribavljanju seksualnog zadovoljenja kroz potajno posmatranje erotski uzbudljivih prizora nagog tijela drugih ili dok imaju seksualne odnose (Trebješanin, 2004). Gledanje se često u našem jeziku naziva virenje i ono uzbuđuje i pomaže voajeru da postigne seksualno uzbuđenje. Kontakt između voajera i posmatrane osobe je rijedak. Voajeri su uglavnom muškarci. Neki voajeri posebno zadovoljstvo i seksualno uzbuđenje doživljavaju u potajnom posmatranju parova za vrijeme intimnog ponašanja ili seksualnog odnosa.

Egzibicionizam

Egzibicionizam (lat. *exhibitio* što znači *izlaganje*, *javno iznošenje*) predstavlja jednu od seksualnih devijacija kod koje se uživanje traži i nalazi u tome da se pokaže nago tijelo, a posebno da se javno otkriju vlastite

genitalije nepoznatim osobama (obično suprotnog pola) ili osobama na javnim mjestima, na sigurnoj udaljenosti bez poziva i namjere da se ostvari bliži kontakt (MKB-10). Čin pokazivanja češće se izvodi na mjestima gdje se obično pojavljuju djevojke i odrasle žene (na primjer srednje škole i fakulteti u kojima se masovno obrazuju djevojke, radne organizacije u kojima su zaposlene žene). Egzibicionisti mogu imati prisilnu potrebu pokazivanja koje se ponavlja na istom mjestu i u isto doba dana. U većini slučajeva uzbuđenje egzibicioniste se povećava ako posmatrač djeluje šokirano, uplašeno ili zbunjeno. Obično, ali ne uvijek, postoji seksualno uzbuđenje u toku pokazivanja, a postupak je najčešće praćen masturbacijom. Egzibicionizam se uglavnom sreće kod heteroseksualnih muškaraca koje često lišavaju slobode zbog ponašanja koje se pravno naziva nepristojno pokazivanje (Davison i Neale, 1999). Smatra se da su egzibicionisti nedozreli u pristupanju suprotnom polu i imaju teškoće u međuljudskim odnosima. Egzibicionizam i voajerizam čine skoro polovinu svih seksualnih prekršaja na koje je usmjerena pažnja policije (Davison i Neale, 1999).

Sadomazohizam

Seksualni sadizam i seksualni mazohizam (sadomazohizam) je pojava da se sadističke i mazohističke crte sreću zajedno kod jedne ličnosti. Većina sadista ostvaruje veze sa mazohistima radi uzajamnog seksualnog zadovoljenja. Osnovna osobina seksualnog sadizma je pribavljanje ili povećavanje seksualnog zadovoljstva nanošenjem fizičkog bola (bičevanje, udaranje) ili psihičke patnje (ponižavanje, potčinjavanje). Osnovna osobina seksualnog mazohizma je pribavljanje ili povećavanje seksualnog zadovoljstva kroz podvrgavanje patnji ili ponižavanju. Sadomazohizam se pojavljuje u heteroseksualnim i homoseksualnim odnosima i počinje u ranom uzrastu. Procjenjuje se da je više od 85% ljudi sa ovim poremećajem isključivo ili dominantno heteroseksualno (Moser i Levitt, 1987, prema Davison i Neale, 1999). Sadomazohisti mogu biti i muškarci i žene.

Urođeni poremećaji psihoseksualnog razvoja

Urođeni poremećaji uslovljeni su pretežno neurohormonski i primarno spadaju u oblast genetike, endokrinologije i neuropedijatrije. Psihički simptomi mogu biti prisutni u sastavu pojedinih sindroma.

Vrste i načini ispoljavanja

Promjene u funkciji polnih hormona produkuju različite grupe simptoma čineći sindrome kao što su:

- Klinefelterov sindrom,
- Tarnerov sindrom,
- Kriptorhizam,
- Hermafroditizam.

Klinefelterov sindrom (47, XXY hromozomi) karakterističan je samo za dječake koji su visoki, vitki, dugih nogu, sa malim testisima i bez odgovarajućeg lučenja testosterona. Prisutna je ginekomastija (uvećane grudi). Intelktualna razvijenost je najčešće ispod prosječnih sposobnosti. Ispoljavaju smanjena erotska zanimanja, nedostatak samostalnosti, anksioznost, sklonost ka čestim promjenama raspoloženja i druge emocionalne smetnje. Terapija je usmjerena na unošenje muškog polnog hormona koji se daje jednom mjesečno.

Tarnerov sindrom (Turner syndrome; 45, XO) karakterističan je samo za djevojčice i podrazumijeva nedostatak lučenja ženskih polnih hormona koji se takođe vještački unose jednom mjesečno. Ovaj sindrom odlikuje: nizak rast, gojaznost, niska kosmatost, edem (otok) šaka i stopala, vrat je kratak i širok. Intelktualna razvijenost je najčešće u kategoriji ispodprosječnih, rjeđe niskih sposobnosti. Mogu imati probleme sa prilagođavanjem u socijalnoj sredini, naglašenu anksioznost i sklonost ka češćim promjenama raspoloženja.

Kriptorhizam karakteriše poremećaj položaja testisa koji su smješteni u trbušnoj duplji i ne moraju biti ispoljeni psihički simptomi. Krajem prve godine testisi se hirurškom intervencijom spuštaju. Roditelji više pažnje posvećuju ovom problemu nego djeca.

Hermafroditizam odlikuje prisustvo muških i ženskih polnih ćelija, odnosno polno nediferencirana osoba kod koje se nalaze zakržljali i muški i ženski polni organi.

Etiologija

Psihoseksualni razvoj kod djece i adolescenata moguće je objasniti kroz tri aspekta razvoja: biološki, psihološki i socijalni.

Sa biološkog stanovišta, seksualnost je dio organskog rasta i razvoja povezana sa metaboličkim procesima u organizmu, kao i nervnim i hormonalnim razvojem. Sa psihološkog stanovišta seksualnost je povezana sa individualnim potrebama, osjećanjima i procesom učenja koji počinje od rođenja i traje tokom cijelog života. Razvojem stavova i ponašanja vezanim za razvoj seksualnosti kod djece i adolescenata razvija se seksualni identitet, a njegov razvoj moguće je pratiti kroz odrastanje od najranijeg uzrasta do adolescencije.

Adolescencija je razdoblje života koje karakteriše povećan seksualni interes. Za to postoji nekoliko razloga: tjelesne promjene, povećan nivo seksualnih hormona, povećano kulturološko naglašavanje seksualnosti, kao i vježbanje polnih uloga odraslih. Masturbacija je učestalija, usmjerena užitku i orgazmu. Dječaci postaju zabrinuti i posramljeni zbog nepredviđenih erekcija, pa su često okupirani pokušajima izbjegavanja neželjenog uzbuđenja. Četnaestogodišnje djevojčice uglavnom su fizički zrele, imaju razvijene gotovo sve sekundarne polne odlike. I dječaci i djevojčice okupirani su vlastitim izgledom i utiskom koji ostavljaju na druge. Neki mladi uspostavljaju romantične veze koje uključuju eksperimentisanje ljubljem, milovanjem preko odjeće, uzajamnu masturbaciju ili međusobno dodirivanje genitalija. Seksualne aktivnosti obično se odvijaju u tajnosti, iako se mnoga iskustva prepričavaju vršnjačkim grupama.

Socijalni aspekt odnosi se na sveukupnost kulturoloških uticaja i socijalnih normi na život pojedinca kao i moralna i religijska uvjerenja u odnosu na seksualna ponašanja i osjećanja.

Vaspitni stilovi roditelja su u uskoj vezi sa budućim seksualnim ponašanjem adolescenata. Roditelji koji sa svojom djecom pričaju o seksualnim aktivnostima, kao i mjerama zaštite, takvim stavom utiču na

djecu da ne stupaju prerano u seksualne odnose. Najpotpuniji prikaz etiologije ljudskih seksualnih smetnji ponudili su Masters i Johnson u svojoj priznatoj knjizi „Ljudske seksualne smetnje” (1970).

Teorijski model Mastersa i Johnsonove

U potrazi za osmišljavanjem etiologije ljudske seksualne neadekvatnosti, Masters i Johnson (1970) upotrebljavali su dvosmjerni model aktuelnih i istorijskih uzročnika. Aktuelne varijable mogu se svesti na dvije: strahove od neuspjeha (izvedbe) i zauzimanje uloge posmatrača (Davison i Neale, 1999). Autori navode da je „strah od neadekvatnosti najveća poznata prepreka uspješnom seksualnom funkcionisanju, jednostavno stoga što blokiranjem primanja seksualnih podražaja potpuno ometa uplašenu osobu u njenom prirodnom reagovanju” (Masters i Johnson, 1970). Strah od izvedbe i uloga posmatrača smatraju se aktuelnim razlozima seksualnih smetnji za koje se pretpostavlja da imaju neku od istorijskih prethodnica kao što su: ortodoksna religioznost, psihosocijalna trauma, sklonost homoseksualnosti, prekomjerno uzimanje alkohola i drugi. Pripadnost određenim religijskim uvjerenjima može biti povod adolescentima da se suzdržavaju od stupanja u rane seksualne odnose, ali crkva može biti prepreka u traženju informacija vezanih za zaštitu ukoliko se neko od adolescenata odluči da stupi u seksualne odnose.

ANKSIOZNA STANJA I FOBIJE

Anksioznost je izraz koji se često sreće u stručnoj literaturi, a sve češće i u svakodnevnom govoru. Prevodi se kao strepnja, tjeskoba, a u nekim slučajevima i kao strah. Reakcije anksioznosti kod djece su u ranijoj literaturi bile označene kao neurotske reakcije, a kod odraslih kao neuroze. Podrazumijevale su veliku grupu ne-psihotičnih poremećaja koje karakteriše pojava nerealnih strepnji i strahova. Ti su poremećaji razmatrani u svjetlu Freudovih tumačenja (npr. slučaj malog Hansa), pa je ova dijagnostička kategorija bila usko povezana sa psihoanalitičkom teorijom i praksom. Tokom razvoja psihopatologije održivost konstrukta neuroza je dovođena u pitanje, jer je pojam neuroze postao toliko širok i sveobuhvatan da je izgubio značenje kao dijagnostička kategorija (Davison i Neale, 1999). Nije bilo moguće dokazati i potkrijepiti činjenicama da sve osobe označene kao neurotične pripadaju zajedničkoj grupi simptoma. Jedino je bilo sigurno da ne pripadaju kategoriji psihotičnih osoba koje pate od krajnjeg mentalnog nemira i gubitka kontakta sa realnošću. Pojam neuroza podrazumijeva anksioznost na kojoj počiva, ali kada je potrebno postaviti jasnu dijagnozu potrebno je pridržavati se važećih međunarodnih klasifikacija i dijagnostičkih kategorija, u kojima je stara kategorija neuroza kod odraslih razdijeljena u nekoliko novih, jasnije određenih, a to su: anksiozni poremećaji, disocijativni poremećaji i somatiformni poremećaji (Davison i Neale, 1999).

Određenje pojma

Anksiozni i slični poremećaji kod djece i adolescenata klasifikovani su u dijagnostičku kategoriju Poremećaji ponašanja i emocija sa početkom obično u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98, MKB-10). Grupa anksioznih poremećaja odnosi se na Emocionalne poremećaje sa početkom specifičnim

za djetinjstvo (F93) koji sadrže: poremećaje separacione, fobičke i socijalne anksioznosti u djetinjstvu.

Pod pojmom anksioznost podrazumijeva se neodređen i neugodan osjećaj straha ili strepnje koja djeluje i na misli i na doživljaje u tijelu. Anksioznu djecu odrasli često prepoznaju kao djecu koja se brinu više od druge djece, češće se žale na tjelesne reakcije koje nemaju organsku podlogu, kao što su: glavobolja, lupanje srca, znojenje, probavne i druge smetnje. Za razliku od straha gdje je objekat ili izvor straha jasan, kod anksioznosti prijetnja koju dijete doživljava manje je jasna, produženog je trajanja i više utiče na cjelokupno psihičko stanje djeteta. Ova osjećanja ostvaruju značajan uticaj na odnose pojedinca kako sa spoljašnjim, tako i sa sopstvenim unutrašnjim svijetom (Kaličanin, 2003). Anksioznost je reakcija na prijetecu ne samo spoljašnju, već mnogo češće na unutrašnju opasnost (Golubović, 2008).

Prevalencija

Istraživanja pokazuju da čak 6 do 8% djece i adolescenata pati od nekog oblika anksioznog poremećaja (Bogels i Zigterman, 2000). Vrijeme pojavljivanja, tok i ishod različiti su za različite oblike anksioznih ispoljavanja (poremećaja).

Anksioznost u djetinjstvu i adolescenciji razmatra se u kontekstu razvojnih procesa. Npr. neki znakovi anksioznosti su očekivani u takozvanim „prelaznim“, potencijalno kriznim razdobljima kao što su polazak u vrtić, polazak u osnovnu školu, srednju školu, završetak srednje škole. Takođe, na promjene boravka i škole, kao i na neke druge promjene u porodici i neposrednom okruženju, dijete može razviti anksioznost. Zajedničko za sve ove situacije je da predstavljaju novi zahtjev djetetu za prilagođavanjem novonastaloj situaciji. Zavisno od uzrasta i osobina temperamenta, dijete različito reaguje. Većina djece se uspješno prilagodi i odgovori izazovu, ali izvjestan broj djece pokazuje strah, anksioznost, a neki reaguju i psihofiziološkim simptomima (bol u stomaku, povraćanje, glavobolja). Dijete često govori o strahu, zatvara se u sebe, osjeća veliku napetost i zabrinutost. Takva neugodna stanja kod djece najčešće su

povezana sa polaskom u vrtić, školu ili sa nekom značajnom promjenu za dijete.

Anksioznosti kao stanje, osobine i poremećaj

Anksioznost je, bez obzira na sve, normalna pojava u svakodnevnom životu, a mnogi kritičari današnjeg društva tvrde da je anksioznost bazično stanje moderne egzistencije (Šerifović-Šivert, 2009). Blaži nivo anksioznosti je očekivan u nekim stresnim situacijama, ali ako postoji kroz duže vremensko razdoblje i ometa dijete ili mladu osobu u funkcionisanju važno je dodatno obratiti pažnju na djetetovo doživljavanje. Većina odraslih nauče se suočavati sa situacijama kada ih preplavi anksioznost, ali djeca obično ne mogu sama riješiti takve situacije bez podrške odraslih.

Dijete, može biti anksiozno samo u nekoj situaciji (ispitivanje, susret s nekom nepoznatom osobom ili situacijom) pa tada govorimo o *anksioznom stanju* ili prolaznom doživljaju napetosti, nervoze i/ili zabrinutosti koji je povezan s pobuđenošću autonomnog nervnog sistema. U slučajevima kada kod djece ili adolescenata postoji stalna tendencija da stresne situacije doživljavaju opasnima ili prijetećima i da na njih reagiraju intenzivnije i to ne samo trenutno, već je to karakteristika reagovanja i u ranijim situacijama i očekivane su takve reakcije i u budućnosti, pa u tom slučaju se govori o *anksioznosti kao osobini* (crti ličnosti u kasnijim fazama razvoja u adolescentnom i odraslom dobu), kao opštijem i trajnijem fenomenu. U teoriji ličnosti se anksioznost kao crta najčešće naziva neuroticizmom ili negativnom osjećajnošću, i to je jedna od najopisivanijih osobina ličnosti. Smatra se bazičnom emocijom (poput straha) i u središtu je pažnje kliničke psihologije (Beck, 2003). Taylor (1995b) smatra da se crta anksioznosti odnosi na opštu sklonost osobe da anksiozno reaguje na potencijalno provocirajuće anksiozne podražaje. Istraživački podaci ukazuju na povezanost anksioznosti kao osobine ličnosti sa učestalošću pojavljivanja psihosomatskih simptoma kod učenika (uzrast oko 13 godina), kao i potvrđenu relaciju percepcije stresa, anksioznosti i psihosomatskih simptoma (Vaselić i Mihajlović, 2019).

Anksioznost kao stanje i anksioznost kao osobina ili crta ličnosti razlikuju se od anksioznosti kao poremećaja koji je rezultat interakcije

različitih bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Pitanje patologije je pitanje intenziteta, trajanja i broja prisutnih simptoma, a pogotovo stepena kontrole nad sobom, koji osoba zadržava u anksioznom stanju. Patološka forma anksioznosti se javlja izvan opasne situacije, traje dugo nakon djelovanja stresora ili opasnosti, ometa funkcionisanje pojedinca i u negativnom smislu mijenja njegovo mišljenje i ponašanje, izlazeći na taj način iz okvira njegove kontrole (Caster, Inderbitzen i Hope, 1999).

Anksioznost kao poremećaj podrazumijeva strah i anksioznost koji se značajno odražavaju na opšte funkcionisanje: emocionalno, socijalno, školsko i porodično. Ovaj vid anksioznosti često je udružen i sa drugim smetnjama i stresnim događajima (najčešće depresivnim). Simptomi anksioznog poremećaja u toku razvoja mogu se negativno odraziti na razvoj, posebno na psihosocijalni razvoj.

Klinička slika

Anksioznost kod djece i adolescenata može se ispoljiti u raznim oblicima bez čvrste i trajne organizacije simptoma i to najčešće posredno kroz tjelesne simptome. Način na koji će se ispoljiti anksioznost kod nekog djeteta zavisi u prvom redu od uzrasta. Bojažljiva, mala djeca ispoljavaju vrlo nisku podnošljivost kožnih, zvučnih, svjetlosnih, toplotnih i kinestetičkih podražaja i gubitaka podloge. Na neki od navedenih podražaja mogu reagovati jakim trzajima cijelog tijela, plaćem, nemirom i vegetativnim znacima, pretjeranim pokretima, smetnjama spavanja i slično. Ovdje je riječ o fiziološkoj anksioznosti, a zatim fiziološko-psihičkoj koja otvara put za kasnija iskustva anksioznosti.

Kako dijete raste, od druge do četvrte godine života anksioznost se ispoljava na složenije načine: kroz nemir, razdražljivost, plaćljivost, neposlušnost, otpor roditeljima, obrede uspavljivanja, povišenu zavisnost, osjećajnu nepostojanost, neprijateljstvo i druge.

Starije dijete razvija složenije mehanizme i postupke da bi prevazišlo anksioznost, a ispoljava je kroz: pretjerane pokrete, uznemirenost, tikove, strahovanja, povlačenje i izbjegavanje društva, zamor, slabu pažnju, gubitak preduzimljivosti. Kroz pokrete dijete uspijeva da umanja svoju napetost. Kod djece u pubertetu i mladih, sem navedenih, pojavljuju se i moralna i

društvena strahovanja, nedruštvena ponašanja, povlačenje od društva i drugi simptomi (Profaca i Puhovski, 2005).

Umjerena doza anksioznosti ima adaptivnu funkciju i štiti dijete u neugodnim i potencijalno opasnim situacijama. Prevelika doza anksioznosti može poremetiti socijalno, emocionalno i/ili školsko funkcionisanje. Kod školske djece neadekvatne strategije učenja povećavaju simptome anksioznosti posebno kod osjetljivih učenika, što dugoročno dovodi do psihosomatskih reakcija, a često i do školskog neuspjeha koji nije povezan sa kognitivnim funkcionisanjem. Takođe, podaci istraživanja na učenicima prosječnog uzrasta 13,7 godina pokazuju da su učenice sklonije anksioznosti od njihovih vršnjaka (Mihajlović, Vaselić i Čekrlija, 2020).

Šerifović-Šivert (2009) objašnjava da se anksioznost manifestuje na tri načina:

- *Kognitivne manifestacije* anksioznosti se dešavaju na nivou misli. One se kreću od blage brige do panike. Ozbiljne forme mogu uključivati vjerovanja da dolazi zlo (smrt ili kraj svijeta), preokupacije nepoznatim opasnostima ili strah od gubitka kontrole nad tijelom.
- *Bihevioralne manifestacije* anksioznosti uključuju razne oblike ponašanja, a mogu biti predstavljene kroz izbjegavanje situacije koje izazivaju anksioznost. Osobe koje osjećaju ekstremnu anksioznost u javnosti mogu jednostavno da se zatvore u kuću, umjesto da rizikuju mogućnost napada u javnosti. Na primjer: učenik ili student koji se boji javnog nastupa, izbjegava sve situacije kada treba da usmeno odgovarati ili kada treba govoriti pred grupom ljudi.
- *Somatske manifestacije* podrazumijevaju promjene koje se dešavaju na fiziološkom nivou, a uključuju: ubrzano disanje, lupanje srca, povišen krvni pritisak, pojačano znojenje, vrtoglavicu, mišićnu tenziju i probavne smetnje i slično.

Poremećaji anksioznosti ne uključuju gubitak sa realnošću. Većina anksioznih osoba, funkcionišu u svojim svakodnevnim aktivnostima. Oni su svjesni nelogičnosti i apsurdnosti svoga ponašanja, ali ga ne mogu kontrolisati.

Etiologija

Kao uzrok podložnosti anksioznosti u literaturi se često spominje tip afektivne vezanosti koji je posebno značajan za emocionalni život ljudi (Bowlby, 1973). Bowlby (1973) je ukazao na dva obrasca ponašanja roditelja ili staratelja koji mogu doprinijeti razvoju anksioznosti i/ili depresije: prijeteće i neprijateljsko, tj. odbacujuće ponašanje. Smatrao je da ovi obrasci afektivne vezanosti pokazuju da roditelj nije emocionalno ili fizički dostupan kad je to potrebno i prepoznat je kod izrazito anksioznih osoba.

Prognoza

Kod većine djece, posebno one koja su imala odgovarajuću podršku, anksioznost se spontano izgubi tokom razvoja. Kod manjeg broja djece anksioznost traje i ometa njihovo svakodnevno funkcionisanje sa tendencijom prerastanja u poremećaj.

Vrste anksioznosti

U kliničkoj praksi često su prisutni sljedeći oblici ispoljavanja anksioznosti kod djece i adolescenata, pa ćemo ih nešto detaljnije objasniti:

- Separaciona anksioznost (strepnja od odvajanja),
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Poremećaj separacione anksioznosti u djetinjstvu

Strah zbog separacije ili odvajanja od bliskih osoba može se pojaviti u bilo kojem periodu odrastanja od razdoblja malog djeteta preko predškolskog, školskog i adolescentnog. Osnovna karakteristika anksioznog poremećaja zbog separacije (APS) je prekomjerno izražena anksioznost zbog separacije od osoba za koje je dijete emotivno vezano, obično od roditelja. Prema DSM-IV, pored navođenja simptoma karakterističnih za separacioni anksiozni poremećaj, naznačeno je da početak poremećaja mora biti prije 18. godine i da trajanje smetnji ne može da bude kraće od 4 nedjelje (Kolar, 2012).

Prevalencija

Prevalencija separacionog anksioznog poremećaja je oko 4,1–4,7% za djecu od 7 do 11 godina, a oko 1,3% za adolescente. Ovo je jedan od malobrojnih poremećaja kod kojih nisu nađene značajne razlike u incidenciji po polu, približno je podjednako zastupljen kod oba pola, mada neki istraživački podaci pokazuju da je nešto češći kod djevojčica (Kolar, 2012).

Klinička slika

Mlađa djeca sa simptomima separacione anksioznosti reaguju otporom i protivljenjem, plačem, izlivima bijesa i ponekad ih je teško fizički odvojiti od roditelja. Insistiraju da spavaju sa roditeljima. Roditelji nisu posebno zabrinuti zbog separacionih problema sve dok dijete ne krene u školu i dok ne počne da odbija da ostane u školi bez roditelja.

Starija djeca najčešće reaguju stalnom potrebom da budu uz roditelje i da ih provjeravaju kada će doći: telefoniraju nebrojeno puta, uznemirena su i teže se mogu fokusirati svoju pažnju na neke druge aktivnosti. Neka djeca navode da imaju strah da će se roditeljima nešto strašno dogoditi kada nisu sa njima, odbijaju da idu na spavanje bez roditelja. Većinu vremena djeca sa separacionom anksioznošću su nerealno i trajno zabrinuta što, u izvjesnoj mjeri, ometa njihove uobičajene aktivnosti. Kada očekuju da će se desiti odvajanje, a da bi ostali što duže uz osobu za koju su vezani, već u predškolskom i školskom uzrastu počinju da se žale na razne tjelesne simptome kao što su bolovi u stomaku, glavobolje, lupanje srca i druge. Neka djeca dobiju povišenu temperaturu na što su roditelji posebno osjetljivi i često postignu svoj cilj, to jest ne odu u vrtić ili školu.

Etiologija

Malo se zna o uzrocima nastanka separacione anksioznosti kod djece, ali jedno od najznačajnijih objašnjenja za razumijevanje separacione anksioznosti vezuje se za teoriju afektivne vezanosti (Bowlby). Uglavnom primjetno je u praksi da separacionu anksioznost pojačavaju nepredvidljive i iznenadne separacije, nesigurna afektivna vezanost, osjetljivost na anksioznost koja je primjetna u najranijem uzrastu (dojenačkom), a koja je dio temperamenta djeteta. U nekim situacijama separaciona anksioznost se

može dovesti u vezu sa stresorima poput dužeg odsustva ili gubitka roditelja/staratelja. Međutim, dešava se da djeca počnu iznenada reagovati simptomima separacione anksioznosti, a da su do tada dobro funkcionisala i roditelji ne nude bilo kakve podatke koje bi mogli biti stresori. Neka djeca mogu da budu osjetljivija za razvoj separacione anksioznosti na osnovu osobina temperamenta ili usljed stresnih događaja (odrastanje uz depresivne ili isuviše zaštitničke roditelje, smrt u porodici i slično).

Komorbiditet

Ovaj poremećaj često je udružen sa školskom fobijom, poremećajima spavanja (noćnim morama i noćnim strahovima), a kod neke djece i gubitkom apetita.

Liječenje i tretman

U liječenju i tretmanu separacione anksioznosti, koja se može klasifikovati kao poremećaj, obično se koristi terapija lijekovima, te neki od vidova psihodinamske i kognitivno-bihejvioralne terapije, koja brže daje rezultate i kraće traje, što je prihvatljivije i za dijete i za roditelje. Prema nekim studijama, godinu dana nakon primijenjene kognitivno-bihejvioralne terapije poboljšanje je evidentno kod 83% djece.

Psihodinamski pristup može da bude usmjeren na roditelje i/ili na djecu. Individualna psihodinamska psihoterapija, uključujući i terapiju igrom za mlađu djecu, najmanje dva puta nedjeljno dovodi do poboljšanja u više od 70% slučajeva (Kolar, 2012).

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je obilježen namećućim idejama (opsesijama) i porivima (kompulzijama): (1) koje dolaze iz izvora nad kojim dijete nema kontrole, (2) kojima se ne može oduprijeti i (3) obično ih prepoznaje kao neracionalne. Ovaj se poremećaj može pojaviti kao pretjerano izraženo ritualno ponašanje u dječijoj dobi; za razliku od ovakvih ponašanja, on izaziva snažnu anksioznost ili osjećanje krivice kad mu se opire ili se na njega troši velika količina vremena. Nametnute misli, riječi i radnje, iako prividno besmislene, imaju cilj da smanje napetost. Pranje ruku

je najpoznatiji primjer. Druga ponašanja mogu biti vezana uz sigurnost (kao što je neprestano provjeravanje vrata da se bude siguran da su zaključana), zaokupljenost redom, kao i ponavljano brojanje do određenog broja ili dodirivanje predmeta određen broj puta. Neka djeca mogu imati veći broj rituala. Najčešće opsesije uključuju strah od zaražavanja i misli o ozljeđivanju samog sebe ili bliskih osoba. Jedan jedanaestogodišnji dječak koji se jako plašio zaražavanja mikrobima koristio je „čarobni broj“ 4 za zaštitu na različite načine: vilicu je dodirivao 4 puta prije nego što počne jesti, brojao bi do 4 prije nego što otvori svoj ormarić u školskoj garderobi, lijegao bi u krevet i ustajao 4 puta prije nego pođe na spavanje, svoje savršeno zašiljene olovke grupisao je u grupe od četiri. Kada bi bio zabrinut da njegov ritual možda nije uspio, ponovio bi ga 4 puta (Bernstein i Borchhardt, 1991).

Početak je obično postepen, rijetko se dešava da počne iznenada i naglo. Djeca sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem obično su natprosječne inteligencije, imaju stroga moralna načela praćena snažnim osjećajima krivice i imaju bogatu maštu.

Prevalencija

U populaciji djece i adolescenata prevalencija OKP-a procjenjuje se na oko 2%. U uzorku školske djece prevalencija OKP-a iznosi 1,9%. Simptomi ovog poremećaja u djetinjstvu se pojavljuju znatno ranije nego prije nekoliko decenija, a godine početka su od 7,5 do 12,5 godina, sa srednjom vrijednošću od 10,3 godine. Dječaci su češće pogođeni ovim poremećajem u omjeru 3:2 (Kolar, 2012).

Klinička slika

Tip ovog poremećaja koji se javlja u dječijoj dobi i onaj u odrasloj dobi gotovo su identični. Jedna trećina odraslih sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem prve simptome je doživjela u djetinjstvu. Poremećaj se ispoljava u tri klinička oblika zavisno od toga da li su dominantne prisilne misli, prisilne radnje ili su u kliničkoj prezentaciji podjednako zastupljene.

Prisilne misli često se odnose na nasilne i uznemiravajuće sadržaje, kao što su: misli i strah od povređivanja ili ubistva drugih osoba ili sebe,

strah od zaražavanja i prljavštine. U adolescentnom periodu su mogući simptomi OKP-a u vidu neželjenih i ponavljajućih maštanja i razmišljanja o seksualnim aktivnostima.

Prisilne radnje su najčešće povezane sa specifičnim načinima održavanja lične higijene: imaju rituale oko kupanja, pranja ruku, oblačenja, dodiruju predmete određen broj puta i slično. Ako se rituali ne izvedu, dijete je jako uznemireno. Rituali se doživljavaju kao neželjeni, ali su izvan djetetove kontrole i ometaju socijalizaciju i zdrave oblike savladavanja anksioznosti. Djeca sa simptomima ovog poremećaja stalno traže odobrenja od roditelja i za beznačajne aktivnosti.

Etiologija

Etiologija opsesivno-kompulzivnog poremećaja i dalje ostaje tajnom. Pretpostavlja se da su kompulzije pretjerano ritualistično ponašanje koje je dio normalnog razvoja, kao što su izbjegavanje crta i rupa na pločniku ili provjeravanje, prije spavanja, jesu li određene igračke poredane po nekom unaprijed utvrđenom redu. Nedavno je zanimanje za etiologiju premješteno u područje organskog konteksta. Postoje dokazi zasnovani na istraživanju porodice koji ukazuju na udio genetske komponente, a osim toga veza između opsesivno-kompulzivnog simptoma i neuroloških poremećaja upućuje na vezu sa bazalnim ganglijama i strukturama mozga ispod moždanog korteksa (Swedo, Rapoport, Seonard, Lenane i Cheslow, 1989).

Klinička procjena

Kompulzivno-opsesivne odgovore, stanja i neuroze treba razlikovati od odgovora, stanja i neuroza druge vrste. Kompulzivno prisilni simptomi su najčešće isprepletani i pomiješani, naročito u mlađem uzrastu, sa strepnjom, fobičnim, histeričnim i depresivnim. Kompulzivno prisilnu neurozu treba razlikovati od psihoze u kojoj se postepeno mijenja odnos prema stvarnosti, javljaju poremećaji mišljenja i teškoće rukovanja apstrakcijama i pojmovima, gubi kritičan stav prema prisilnim radnjama i prestaje borba sa njima, a strepnja pojačava, jer mehanizmi odbrane i prisilni simptomi više ne uspijevaju da je vezuju. Tikove prisilnih obilježja treba razlikovati od

tikova koji su posljedica poremećaja u organizaciji i izgradnji pokreta, kao i od drugih nevoljnih radnji organskog porijekla (Tadić, 2000).

Liječenje i terapijski pristupi

Terapijski pristup je kombinovan, a uključuje farmakoterapiju i psihoterapiju. Kognitivno-bihejvioralna terapija u kombinaciji sa farmakoterapijom predstavlja efikasan pristup, što je potvrđeno u istraživačkim studijama i kliničkoj praksi. U okviru kognitivno-bihejvioralne terapije za ovaj poremećaj se primjenjuju sljedeće terapijske strategije: ekspozicija i prevencija odgovora, kognitivna terapija i relaksacija. Za adolescente sa OKP je korisna i suportivna psihoterapija, a takođe se praktikuje uvježbavanje i podučavanje roditelja što predstavlja važan dio terapije.

Komorbiditet

Opsesivno-kompulzivni poremećaj kod djece i adolescenata često je udružen sa anksioznim i depresivnim poremećajima, poremećajima ishrane (anoreksija) i razvojnim poremećajima.

Prognoza

Razvoj prvih kompulzivno-prisilnih ispoljavanja u djetinjstvu je neizvjestan. Pod povoljnim okolnostima mnoga od njih su prolazna i imaju razvojni karakter. Prolazni obredi ne oštećuju razvoj psihičkih funkcija. Pod nepovoljnim okolnostima, stvara se prisilni karakter sa naglašeno prisilnim obilježjima do krajnje neobičnih razmjera. Rjeđe se razvija prisilno stanje koje se sa povremenim promjenama u načinu ispoljavanja, poboljšanjima i pogoršanjima može organizovati u pravu prisilnu neurozu već u djetinjstvu i zadržati do odraslog doba (Tadić, 2000).

Strahovi i fobije

Svako dijete doživjelo je strah u nekoj situaciji tokom odrastanja. Strah je koristan kada upozorava na fizičku ili psihičku opasnost i tada je njegova funkcija adaptivna jer predstavlja normalan odgovor na neku prijetnju iz okoline. Intenzivan strah od nekih predmeta, osoba i okolnosti koje nisu

realan izvor opasnosti, iako ih dijete takvima doživljava, nazivaju se fobijama. Fobija se, prema psihodinamskoj teoriji, određuje kao neopravdani, nestvarni i ponavljani strah od predmeta, osoba i okolnosti (Tadić, 2000).

Razlika između fobije i straha je u tome što je strah izazvan prisustvom stvarne opasnosti za dijete iz neposredne okoline, dok kod fobija fobični objekat ne predstavlja stvarni izvor straha i mogućnost ugrožavanja. Fobije se razlikuju od strahova na osnovu intenziteta, koji je veći od očekivanog s obzirom na okolnosti, po neprilagođenosti i trajanju (Wenar, 2003). Strah kao normativni odgovor na stvarno opasne okolnosti, objekte ili osobe, ima funkciju prilagođavanja i zaštite i pokreće organizam na djelovanje pred opasnošću, dok fobija nema funkciju prilagođavanja i teži da parališe organizam (Miller, 1974; Rutter, 1977, prema Tadić, 2000).

Fobije su izvan voljne kontrole i dijete ne uspijeva da se voljno oslobodi. Fobični objekt ne predstavlja stvarni i zastrašujući objekt od koga se osoba plaši nego objekt na koga je premještena strepnja i fobični simptom ima simboličko značenje (Freud). Ona dovodi do izbjegavanja opasnih objekata, osoba i okolnosti koje smatra opasnim i na taj način dijete sužava polje kretanja i aktivnosti u sredini u kojoj živi. Osoba prepoznaje nerazumnost fobičnog straha, ali ne uspijeva da ga se voljno oslobodi. Nekada provode sate pokušavajući da savladaju svoje strahove, ali bezuspješno.

Fobije su upornije, dugotrajnije i otpornije na tretman od strahova. S obzirom na to da je strah izazvan prisustvom stvarne opasnosti koja dolazi iz spoljnog svijeta, a fobije su u domenu iracionalnog, što upućuje da postoji jasna razlika između straha i fobija. Praktično, pa ni teorijski, nije riješeno pitanje razlikovanja i određivanja ove dvije pojave kod djece, jer je neophodno uzeti u obzir i razvojnu dimenziju. Na primjer, ako je mrak stvarno bezopasan za odrasle, dijete nema mentalni aparat kojim bi moglo da procijeni šta je opasno, a šta nije. Potrebni su visoko razvijeno mišljenje, ispravno opažanje, izgrađen odnos prema stvarnosti da bi malo dijete procijenilo šta je stvarno, a šta nestvarno opasno za njega (Tadić, 2000) (podsjetiti se razvojnih strahova).

Incidencija i trajanje

Kod neke djece strahovi mogu biti vrlo opterećujući, uporni i dugotrajni. Kod većine djece strahovi su prolaznog karaktera i spontano se povlače tokom razvoja. Smatra se da polovina strahova nestaje nakon tri mjeseca, a procjenjuje se da 3 do 8% djece doživljava pretjerane strahove (Wenar, 2003). Rezultati praćenja pokazuju da su predškolska djeca sa strahovima u povećanom riziku od razvoja nekog od emocionalnih poremećaja pet godina kasnije i da su anksiozni jednogodišnjaci u povećanom riziku od anksioznih i depresivnih problema u adolescenciji (Wenar, 2003).

Većina fobija povlači se nakon dvije do tri godine. Djeca koja su uključena u neki vid terapije nešto ranije se oslobode fobija. Podaci ukazuju da se fobije javljaju kod 2,4% djece i kod 3,6% adolescenata (Bernstein i Borchardt, 1991). U dječijem i adolescentnom uzrastu je nepouzdan govoriti o učestalosti fobija, posebno na mlađim uzrastima jer je razvoj u toku. Većina djece dožive jače ili slabije strahove do 14 godine. Rezultati istraživanja u Beogradu pokazali su da oko 15% dječaka i 19% djevojčica, uzrasta 7–19 godina, ispoljava povišene težnje ka fobičnim odgovorima, najčešće povezano sa izgledom, prirodnim nepogodama i ispitom (Tadić i Kraigher, 1988). Najveći broj fobične djece je na uzrastu između 11 i 14 godina (Baker, 1978, prema Tadić, 2000).

Klinička slika

Kada se dijete ili adolescent suoči sa zastrašujućim objektom ili situacijom ispoljava jak strah koji je praćen fiziološkim reakcijama: ubrzan rad srca, otežano disanje, povišeni krvni pritisak, motorna uznemirenost ili zakočenost. Djeca najčešće koriste mehanizam izbjegavanja zastrašujućeg objekta ili situacije, tražeći pogodne načine i izgovore pa najčešće i ne dođu u kontakt sa ovim objektima. Dijete prepoznaje nerazumnost fobičnog straha, ali mu se ne može objasniti ni razuvjeriti ga u bezopasnost. Pored intenzivnog osjećaja straha i fizioloških promjena, mogu se pojaviti nesigurnost, povlačenje iz vršnjačkih socijalnih aktivnosti, depresivna raspoloženja i slično. Ovakva ponašanja, posebno kada dugo traju ograničavaju dijete ili adolescenta u njegovim aktivnostima. Visok nivo anksioznosti u školskom uzrastu može biti jedan od ometajućih faktora u

učenju. Anksioznost je individualna reakcija koja se javlja kada se učenik nađe u ispitnoj situaciji, posebno kada nije dovoljno spreman i siguran u svoje znanje, negativno percipira ishod ispitivanja, što je praćeno specifičnim emocijama i ponašanjem. Taj oblik anksioznosti se obično označava kao ispitna anksioznost (Mihajlović, Vaselić i Čekrlija, 2020).

Komorbiditet

Djeca sa fobijama mogu imati i različite druge, pridružene probleme: preosjetljivost, tendencija ka povlačenju iz socijalnih situacija i osamljivanju, bolovi u stomaku, glavobolje i slično. Pronađena je bliska veza između fobija i depresije (Wenar, 2003).

Neka istraživanja bihejviorista pokazala su da nema značajne povezanosti između fobija i drugih oblika ponašanja (Miler, 1974, prema Tadić, 2000). Tadić i Kraigher (1988) pokazali su da fobije visoko koreliraju sa anksioznošću, kompulzivnim i depresivnim ispoljavanjima.

Etiologija

Pojava straha kod većine djece se može povezati sa nekim neugodnim iskustvom koje je doživjelo ili je imalo „model” u porodici, odnosno neku osobu koja je sklona ispoljavanju strahova (u praksi su to roditelji, najčešće majke). Dakle, strahovi mogu nastati usljed, za dijete, zastrašujućih doživljaja ili oponašanjem-učenjem po modelu. Etiologija fobija je komplikovanija i nejasnija. Zastrašujući događaj koji je dijete doživjelo (na primjer, ako ga napadne i ugrize pas) ne mora za posljedicu, imati trajni strah ili fobiju, ali isto dijete može razviti fobiju od ptice koja ga nikada nije napala, a nije ni imalo priliku da vidi fobičnu reakciju od ptice. Kako će dijete odreagovati na neki zastrašujući događaj zavisi od (Tadić, 2000):

- opšte sigurnosti djeteta (da li je fizička i socijalna okolina poznata ili nepoznata),
- stepena kognitivne razvijenosti od kojeg zavisi kako će dijete procijeniti konkretni događaj,
- karakteristika temperamenta,
- trenutnog psihofizičkog stanja djeteta.

Direktno uslovljavanje fobija

Moćna uloga klasičnog uslovljavanja u razvoju fobija potvrđena je istraživanjem u kojem je 106 odraslih osoba koje su ispunile anketu o fobijama potvrdilo da je 58% njih imalo traumatična iskustva koja su prethodila razvitku fobije (Ost i Hugdahl, 1981, prema Šivert, 2009). Direktno traumatsko uslovljavanje nije jedini način da se nauče iracionalni, fobični strahovi, ali je naročito često, na primjer kod zubarske fobije (Kent, 1997).

Indirektno uslovljavanje fobija

Fobično ponašanje može biti uznemirujuće za posmatrača, te uzrokovati fobiju kroz indirektno klasično uslovljavanje. Istraživanja na rezus majmunima potvrdila su da se strah može indirektno uslovljavati. U jednom takvom eksperimentu posmatrani su majmuni u laboratoriji koji se nisu bojali zmija. Poslije izlaganja majmunima koji su odrasli u divljini i njihovog fobičnog ponašanja prema zmijama, i majmuni iz laboratorije su počeli pokazivati strah od zmija. Slični rezultati zabilježeni su i kada su majmuni iz laboratorije posmatrali divlje majmune preko video-kasete (Cook i Mineka, 1990, prema Šivert, 2009).

Individualne razlike u učenju fobija

Neka životna iskustva (uglavnom pozitivna) predstavljaju zaštitni, a druga rizični faktor u razvoju fobija.

Djeca koja su imala prethodno netraumatska iskustva sa zubarom, bila su manje sklona razvijanju fobije od zubara poslije lošeg i bolnog iskustva, nego djeca koja su imala manje prethodnih traumatskih iskustava (Kent, 1997, prema Šivert, 2009). Prethodna upoznatost sa situacijom i strpljivost osoblja da pokažu aktivnosti koje će biti obavljene za vrijeme pregleda, doprinosi da dijete razvija pozitivan stav prema zdravstvenim radnicima i uslugama koje pružaju i da je manja vjerovatnoća da će razviti fobiju. Pored toga, stepen kontrole i mogućnost izbjegavanja situacije pokazali su se kao značajni činioci u razvoju fobija. Djeca sa fobijama su konstantno na oprezu prema svojim fobičnim objektima ili situacijama, jer njihove misli pomažu da se već stečene fobije održe. Takođe, djeca sa

fobijama pretjeruju u predviđanju mogućnosti da će fobični objekat biti praćen strašnim događajem. Ova kognitivna pristrasnost im pomaže da održe ili pojačaju fobične strahove kroz vrijeme (Ohman i Mineka, 2001).

Biološki uzročni činioci

Zavisno od temperamenta, djeca su više ili manje sklona razvijanju fobije. Kagan, Snidman, McManis i Woodvard, (2001) su utvrdili da su bihejvioralno inhibirana djeca (pretjerano mirna, stidljiva i lako se uznemire) u 21. mjesecu života sklonija da razviju specifične fobije u 7. ili 8. godini života nego djeca koja nisu inhibirana (32% naspram 5%). Geni i temperament utiču na brzinu i jačinu izazivanja straha (Gray, 1987).

Specifične fobije

Specifične fobije često počinju u djetinjstvu, a karakteriše ih izražen strah od specifičnih objekata ili situacija koje su u realnom životu bezopasne ili mogu izazvati malu opasnost, a najčešće se odnose na fobije od raznih životinja, mraka, strašnih filmova, povređivanja, injekcija, visine, vode i slično. Za adolescente, pored straha od visine i straha od životinja, tu su i strah od pričanja pred razredom, ili od razgovora pred nepoznatim ljudima. Studija od 370 osoba sa fobijama pokazala je da fobije od životinja počinju najranije (oko 7. godine života), fobija od krvi (oko 9 god.) fobija od zubara (oko 12 godina), klaustrofobija (oko 20 god.) (Tadić, 2000).

Prema DSM-V klasifikaciji dijagnostički kriterijumi za specifičnu fobiju uključuju dvije zajedničke karakteristike za sve specifične fobije: 1) perzistentan i iracionalan strah koji je pretjeran i uzrokovan prisustvom ili anticipacijom specifičnog objekta ili situacije, i 2) izlaganje ovim događajima ili objektima gotovo uvijek dovodi do trenutnog anksioznog odgovora.

Prevalencija

Specifične fobije češće se javljaju na mlađim uzrastima djece. Kod nekih spontano prestaju sa odrastanjem, a kod nekih ostaju tokom cijelog života. Najčešće se dijagnostikuju na uzrastu od 10 do 13 godina, a nešto veći rizik

za pojavu specifične fobije je kod djevojčica nego kod dječaka (Kolar, 2012).

Klinička slika

Ispoljavanje specifičnih fobija kod djece je značajno povezano sa uzrastom. Neki strahovi su razvojnog karaktera i spontano prestaju (na primjer, strah od mraka). Kriterijumi za razlikovanje specifičnih fobija i razvojnih strahova su sljedeći: 1) specifične fobije su više obilježene iracionalnim strahovima, 2) specifične fobije češće prate neprilagođeni (maladaptivni) oblici ponašanja, 3) više hendikepiraju, i 4) duže traju od normalnih razvojnih strahova (Kolar, 2012). Djeca sa specifičnim fobijama izbjegavaju objekte ili situacije koje ih plaše što može dovesti do osiromašjenja psihosocijalnih aktivnosti, posebno ako obuhvati veći dio razvojnog perioda. Kod djece se mogu pojaviti i fobije od prirodnih pojava kao što je grmljavina, ili od medicinskih intervencija (injekcije, vađenje krvi), prevoznih sredstava (avion, brod, tramvaj). Fobije od zaražavanja i bolesti takođe mogu biti prisutne kod djece i mladih, a razlikuju se od hipohondrije po tome što djeca imaju strah da će se razboljeti, dok kod hipohondrije vjeruju da su već oboljeli od neke bolesti (Kolar, 2012). Djeca i mladi rijetko ispoljavaju samo jednu fobiju, češće je to više fobija, koje se mijenjaju tokom razvoja. Neke fobije se češće sreću u radu sa djecom i mladima, pa ćemo navesti samo neke od njih samo na osnovu fobične pojave zanemarujući uzrok i proces nastanka:

- Fobije od velikih i malih životinja (pasa, miševa, zmija, insekata i drugo),
- Fobije od prostora (zatvorenih – klaustrofobija, otvorenih – agorafobija, visine – akrofobija, dubine, ulice, lifta i drugih),
- Fobije od predmeta i aparata (kućnih predmeta (fen, usisivač),
- Fobije od radnji (šišanja, kupanja, rezanja noktiju, vožnje, medicinskih postupaka i drugih),
- Fobije od prirodnih pojava (vode, grmljavine – brontofobija, sijevanja i oluje – astrapofobija, svjetla, zvuka vatre i drugi),
- Fobije od povreda (zagrcavanja, udavljenja, biti bolestan, povrijeđen, ubijen i drugo).

Etiologija

Nastanak fobija najčešće se objašnjava bihevioralnim, rjeđe klasičnim, psihodinamskim teorijama.

Tretman specifičnih fobija

U tretmanu specifičnih fobija najčešće se koriste tehnike bihevioralne terapije, kao što su: sistematska desenzitizacija, terapija modelovanjem i izlaganje (ekspozicija) in vivo. Izlaganja koja uključuju kontrolisano izlaganje podražaju ili situaciji koja izaziva fobični strah pokazala se kao najbolji tretman specifičnih fobija do sada. Klijent se postepeno stavlja (simbolično ili stvarno) u situacije koje u njemu izazivaju najintenzivniji strah. Za vrijeme tretmana, klijent je ohrabren da se izlaže (sam ili uz pomoć terapeuta) fobičnim situacijama dovoljno dugo da se fobija počne sama povlačiti. Lijekovi se nisu pokazali uspješnim u liječenju fobija, čak su u nekim slučajevima ometali efikasnost terapije izlaganja (Antony i Barlow, 2002).

Školska fobija

Školska fobija spada u najznačajniji, i za tretman najsloženiji, strah u djetinjstvu, pa se najčešće posmatra kao posebna grupa. Dijete postepeno izbjegava odlaske u školu sve dok potpuno ne prestane odlaziti. Izbjegavanje odlaska u školu ne smanjuje se sa protokom vremena i sa pritiscima roditelja i nastavnika. Roditelji teško mogu da razumiju šta se dešava pa često pokušavaju „natjerati“ dijete da ostane u školi. Većina djece i adolescenata sa školskom fobijom na testovima intelektualnih sposobnosti pokazuju prosječne ili natprosječne rezultate. Školski uspjeh do pojave simptoma obično je odličan ili vrlodobar, ali usljed simptoma uspjeh i efikasnost u izvršavanju školskih obaveza postepeno slabe.

Odredenje pojma

Dijete sa simptomima školske fobije često se žali na somatske tegobe prilikom polaska u školu (najčešće probavne smetnje ili glavobolja), a kada se vrati kući svi simptomi nestaju, što unosi veliki nemir u porodicu. Može

se pojaviti na početku školovanja, ali i kasnije kada dijete već ima školska iskustva. Izraženija je u zapadnom svijetu sa povećanim zahtjevima za učenjem i postizanjem uspjeha. Fobiju od škole treba razlikovati od izbjegavanja, odbijanja i bježanja iz škole, kao i od anksioznosti koja se javlja prilikom polaska u školu, susreta sa učiteljima, vršnjacima, novim prostorom i školskim pravilima. Učenici sa školskom fobijom žele da idu u školu, trude se da postignu što bolji uspjeh, ali ih iracionalni strah blokira i onemogućava u tome. Školska fobija se ispoljava kao jak i nestvaran strah od škole koji može poprimiti jačinu panike. Obično počinje naglo i ima hronični tok sa povremenim poboljšanjima i pogoršanjima. Ovakvo ponašanje onesposobljava učenika za izvršavanje školskih obaveza, a time izaziva i ozbiljne posljedice koje se odražavaju na školski uspjeh i socijalne relacije sa vršnjacima i nastavnicima.

Strah može biti usmjeren ka nastavnicima, vršnjacima, ocjenama i slično.

Prevalencija

Rjeđe se javlja kod adolescenata, a ako se i pojavi, klinička slika nije tako složena i burna kao na ranijim uzrastima, posebno u početku školovanja. U adolescentnom uzrastu počinje postepeno, podmuklo, često udružena sa pojavom školskog neuspjeha problema u uspostavljanju i održavanju odnosa sa drugima. Može biti samo jedan od simptoma dubljih poremećaja koji se mogu pojaviti u adolescentnom uzrastu. Najveći broj strahova i fobija spontano iščezava do puberteta i adolescentnog uzrasta. Učestalost fobije od škole procijenjena je na 17 od 1000 djece na godinu (Kennedy, 1965, prema Davison i Neale, 1999).

Klinička slika

U literaturi su opisana dva oblika školske fobije i smatraju se odvojenim smetnjama, mada se u izvjesnoj mjeri preklapaju (Davison i Neale, 1999).

Prvi oblik, koji je u praksi češći, povezan je sa anksioznim poremećajem zbog separacije, a najčešće je vezan za polazak u školu. Dijete ispoljava: ljutnju, nezadovoljstvo i/ili reakcije bijesa, plača i otpora prema odlasku u školu. Obično se javlja prilikom jutarnjih polazaka u školu i

počinje naglo i neočekivano. Uprkos obećanjima da će ići u školu i da voli školu, dijete ipak ne uspijeva ostati u školi. Za većinu djece, polazak u školu je prvo duže i svakodnevno odvajanje od roditelja. Ovaj vid fobije od škole u praksi se češće sreće kod djece koja nisu imala iskustvo boravka u predškolskim ustanovama, ali nije rijetkost ni kod djece koja su prethodno boravila u vršnjačkim grupama. Češći je kod djevojčica pretpubertetskog uzrasta, nižeg socioekonomskog statusa. Prosječan uzrast na kojem se pojavljuje ovaj oblik školske fobije je 9 godina i 4 mjeseca (Wenar, 2003). Anksioznost zbog separacije često je glavni uzrok fobije od škole. Dijete je opterećeno strahom da će se nešto neprijatno i strašno dogoditi njemu ili njegovim roditeljima dok je u školi, to jest odvojeno od roditelja. Roditelji primijete da je ponašanje djeteta izmijenjeno i u kućnim uslovima: ne odlazi od kuće i ne odvađa se od roditelja ili osobe za koju je najviše emotivno vezano, izbjegava da se igra sa vršnjacima izvan kuće, traži da spava sa roditeljima iako je prethodno spavalo u svome krevetu.

Jedna studija je pokazala da 75% djece, koja ne idu u školu zbog anksioznosti usljed separacije, imaju majke koje su kao djeca takođe imale otpor i odbijale ići u školu (Last i Strauss, 1990, prema Davison i Neale, 1999). Podaci ove studije ukazuju na moguće probleme na relaciji majka–dijete. Pretpostavlja se da majka nesvjesno prenosi vlastitu anksioznost na dijete i nenamjerno podstiče dijete na zavisničko ponašanje i odbijanje odlaska u školu (Davison i Neale, 1999). Takođe, postoje podaci da majke ove grupe djece imaju više psihičkih simptoma, a posebno pokazuju više stope depresije, dok su očevi pretežno pasivni (Wenar, 2003).

Drugi glavni tip odbijanja odlaska u školu povezan je sa pravom fobijom od škole: strahom specifično vezanim uz školu ili opštom socijalnom fobijom. Djeca sa pravom školskom fobijom obično su dječaci postpubertetske dobi iz porodica višeg socioekonomskog statusa, a prosječan uzrast na kojem se pojavljuje ovaj oblik školske fobije je 14 godina i dva mjeseca. Takva djeca počnu odbijati ići u školu kasnije u toku školovanja, a poremećaj je teži, pervazivniji i ima neizvjesniju prognozu. Obično nemaju pridruženih simptoma i strah od škole je glavni simptom. Njihov je strah najvjerovatnije povezan sa strahom od školskog neuspjeha, precjenjivanja sposobnosti, nerealno visokih očekivanja od uspjeha, osjećaja

neprihvaćenosti i neprijatnosti u društvu vršnjaka (ismijavanje, ruganje), kao i sa specifičnim školskim ambijentom. Prisutni su i tjelesni simptomi: povraćanje, prolivi, bolovi u stomaku, ubrzan rad srca, glavobolja i drugi. Osjećaju se neprijatno i izbjegavaju da sretnu djecu iz razreda. Kada nisu u školi nisu usmjereni isključivo na boravak u kući, već se osjećaju ugodno i u svim drugim okolnostima i situacijama osim školskog ambijenta (Last i Francis, 1988, prema Wenar, 2003). Majke ove djece, prema nekim podacima, prezaštitnički se postavljaju prema svojoj djeci dok su očevi strogi (Wenar, 2003).

Liječenje i tretman

Podaci koji se odnose na efikasnost liječenja lijekovima djece sa školskom fobijom nisu posebno optimistični ni dosljedni. U jednom istraživanju dokazano je da antidepresivi umanjuju depresiju, psihosomatske simptome i zavisnost od majke. Takođe djeluju podsticajno za odlazak u školu. Ispitivana grupa djece, pored farmakoterapije, imala je i psihoterapiju. Poređeni su sa grupom djece koja je, umjesto antidepresiva, imala placebo i zaključeno je da su se i jedni i drugi vratili u školu. U drugom sličnom istraživanju djeca su koristila anksiolitik (lijek za smanjenje anksioznosti) pa se pokazalo da je lijek bio uspješniji od placeba, ali su postojale sumnje u metodološku ispravnost istraživanja (Gadow, 1992, prema Wenar, 2003).

Podaci o primjeni psihoterapijskih metoda kod djece sa školskom fobijom ukazuju na efikasnost raznih tehnika, od psihoanalize do promjena ponašanja. Istraživanje provedeno na djeci sa školskom fobijom, koja su podvrgnuta bihejvioralnim metodama, pokazalo je da 93% tretirane djece počne pohađati nastavu uz manje ili više problema, na kraju liječenja, za razliku od 37% djece liječene u bolnicama i 10% djece koja su liječena kod kuće. Bihejvioralno liječenje trajalo je oko 2,5 sedmice, a druge tehnike su trajale od 45 do 72 sedmice (Blagg i Yule, 1984, prema Wenar 2003).

Većina roditelja prvo pokušavaju sa pritiskom na dijete da se vrati u školu. To je prisutno i kod većine psihoterapijskih tehnika. Neki terapeuti smatraju da dijete treba što prije vratiti u školu, čak i uz primjenu određenog pritiska i sile, dok drugi preporučuju da se vrijeme povratka odredi u skladu

sa terapijskim napretkom. Prihvaćen je opšti stav da se dijete vrati u školu što je ranije moguće, pa bilo to i na kratko vrijeme (Wenar, 2003).

Prognoza

Prognoza školske fobije je lošija od nekih drugih fobija u djetinjstvu. Školska fobija koja se pojavljuje u adolescentnom periodu ima lošiju prognozu od onih koji se pojavljuju na mlađim uzrastima. Sa fobijama mogu započeti neke adolescentne krize i psihotične epizode. Prognoza fobija zavisi od uzrasta, osobina djeteta ili adolescenta, odnosa sa roditeljima, vršnjacima i školom, kao i od načina liječenja (Tadić, 2000). S obzirom na to da se djeca sa školskom fobijom često hospitalizuju i liječe u bolničkim uslovima, provedena su i istraživanja hospitalizovane djece sa školskim fobijama, a rezultati pokazuju da je 22 od 100% ove djece imalo i druge emocionalne simptome i problem dvije do 18 godina nakon završetka liječenja. Njihovo raspoloženje, odnosi na radu i međuljudski odnosi, bili su zadovoljavajući (Miller, Boyer i Rodoletz, 1990, prema Wenar 2003). Djeca koja su ambulantno liječena pokazala su bolju prognozu. Rezultati longitudinalnog istraživanja, u kojem je 15 do 20 godina praćeno 35 djece sa školskom fobijom, uzrasta od 7 do 12 godina, pokazali su da se ne razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu u pogledu završetka škole i kontakata sa socijalnim autoritetima, iako su imali više epizoda ambulantnog liječenja (Flakierska, Lindstrom i Gillberg 1988, prema Wenar, 2003). Roberts (1975, prema Wenar, 2003) je zaključio na osnovu istraživanja da 25% djece sa školskom fobijom kasnije ima ometajuće simptome u prilagođavanju novim okolnostima, situacijama i osobama.

DEPRESIVNOST

U modernom društvu djeca i mladi sve više se suočavaju sa izazovnim društvenim promjenama, kao što su nezaposlenost, promjene u sistemu vrijednosti, migracije i mnoge druge. U nekim slučajevima ta izloženost je direktna, a u većini indirektna preko porodica i drugih institucija društva. Najčešće djeca i mladi izloženi su i direktno i indirektno. Depresija u periodu odrastanja je čest problem, ali je kod djece nije lako prepoznati i dijagnostikovati, čak ni za profesionalce. Mogući razlozi za teže prepoznavanje su: ignorisanje depresivnih simptoma, strah od stigmatizacije, strah od neželjenih efekata lijekova, racionalno tumačenje (pravdanje) depresije životnim okolnostima. Ako je sveukupni razvoj bio skladan, mladi doživljavaju depresivnost koja ostaje u normativnim granicama. Ako razvoj nije bio skladan, postoje predispozicije za razvoj depresivnog poremećaja. Depresivni odgovori kod adolescenata povezani su sa nepovoljnim porodičnim okolnostima i pretežno su spoljnog porijekla kao što su: gubitak jednog ili oba roditelja, razvod roditelja, smrt najbližih, odbacivanja i obezvređivanja od strane roditelja i osoba za koje je dijete emotivno vezano, krute moralne norme i drugo.

Vaspitavanje djece kroz porodicu, predškolske ustanove i škole podstaklo je mnoge pozitivne promjene. Međutim, neke od tih promjena mogu biti potencijalni riziko faktor za razvojne smetnje jer su izvor tuge, strepnje i osjećaja nesigurnosti kod djece. Danas se djeca znatno ranije odvajaju iz porodice, često se mijenjaju osobe koje brinu o djetetu, roditelji provode manje vremena sa djecom, što je posebno značajno za najraniji uzrast.

Depresiju kod mladih prvi je opisao T. Ribo (prema Anthony, 1975). Ovaj interes slijedi jedno dugo razdoblje u kojem se depresija posmatrala kao nepostojeća, maskirana ili ispoljena u različitoj simptomatologiji od odraslih (acting-out, agresija, hiperaktivnost i delinkvencija). Jednu od prvih

studija je sproveo Spitz, 1946. godine (prema Burgić-Radmanović, 2008), a koja sugerira spoj između depresije kod djece i velikih depresivnih stanja kod odraslih. On je opisao sindrom pod nazivom „anaklitička depresija“. Njegove studije opisuju dojenčad odvojenu od majki. Pored plača i povlačenja, dojenčad su pokazivala usporen razvoj, usporene reakcije i gubitak apetita. Ovi odgovori su najčešći kod djece između šestog mjeseca i četvrte godine života.

Rezultati sistematskih istraživanja osamdesetih godina XX vijeka potvrdili su da se depresivni simptomi mogu pojaviti u djetinjstvu i da je depresivna simptomatologija kod djece i adolescenata slična depresivnoj simptomatologiji kod odraslih (Kazdin i Marciano, 1998, prema Burgić-Radmanović, 2008). Do osamdesetih godina neki autori su smatrali da se depresivnost kod djece i adolescenata ne može pojaviti jer je prekrivena psihoseksualnim i kognitivno-emocionalnim razvojem i nezrelom ličnošću, te problemima u ponašanju kao što je agresija (Reynolds, 1986; Kazdin i Marciano, 1998, prema Burgić-Radmanović, 2008).

Određenje pojma

Termin depresija koristi se za opisivanje širokog raspona emocija, simptoma i sindroma, te poremećaja koji variraju u svojoj težini, trajanju i obimu. Postoji više definicija ovog pojma, a jedna od njih glasi: „Depresija je emocionalno stanje obilježeno velikom tugom i zlim slutnjama, osjećanjem bezvrijednosti i krivice, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom apetita ili gubitkom interesa za uobičajene aktivnosti i zadovoljstva što iz njih proizilaze (Davison i Neale, 1999). Trenutno se depresija kod djece i adolescenata dijagnostikuje po istim kriterijumima kao i depresija odraslih (APA, 2000, prema Šerifović-Šivert, 2009).

Prevalencija

Prevalencija depresije tokom posljednjih decenija povećava se i primjetna je na sve mlađem uzrastu. Kvalitativna istraživanja pokazuju da učestalost depresivnih simptoma raste na prelazu iz djetinjstva u adolescenciju, ali jedino u grupi djevojčica, ali ne i kod dječaka (Twenge i Nolen-Hoeksema, 2002, prema Burgić-Radmanović, 2008). Iskustava s depresivnim

poremećajima ima 5% djece, te između 10 i 20% adolescenata (Kazdin i Marciano, 1998, prema Burgić-Radmanović, 2008).

Prevalencija je između 0,4 i 2,5% za djecu, a za mlade između 0,4 i 8,3%. (Birmaher, Ryan i saradnici, 1996, prema Šerifović-Šivert, 2009). Prisutnost depresivnog raspoloženja je mnogo raširenija i oko trećina adolescenata izvještava o depresivnom raspoloženju. U djetinjstvu depresija je zastupljenija kod dječaka, a u adolescenciji je dva puta češća kod djevojčica (Weiss i saradnici, 1992; Butcher, Mineka i Hooley, 2008; Hankin i saradnici, 1998; prema Šerifović-Šivert, 2009). Jedno od objašnjenja je i činjenica da djevojčice doživljavaju više izazova, prijetnji i stresora u ranoj adolescenciji, a podaci iz više studija sugerišu da se ovaj preokret dešava oko desete godine.

U velikoj studiji iz 1994. godine koja je pratila šestomjesečnu prevalenciju depresivnih poremećaja za djevojčice i dječake uzrasta 4–11 godina, iznosila je 10,7% za djevojčice i 10,2% za dječake; dok je na uzrastu 12–16 godina iznosila 13,6% za djevojčice i 4,9% za dječake (Lewinsohn, Gregory, 1994, prema Burgić-Radmanović, 2008). Petersen i saradnici (1991, prema Burgić-Radmanović, 2008) proveli su longitudinalno istraživanje kojim su pratili 335 osoba od rane adolescencije do zrele dobi. Rezultati su pokazali da depresivnost raste tokom adolescencije za djevojčice, dok je kod dječaka stabilna. Djevojčice su depresivnije u ranoj adolescenciji i te su razlike statistički značajne. Polne razlike u depresiji tokom adolescencije se povećavaju, što je pokazano značajnom interakcijom između dobi i pola. Sa odrastanjem, razlika u stepenu depresivnosti dječaka i djevojčica bila je sve veća.

Najnovije studije ukazuju da više od 20% adolescenata u opštoj populaciji ispoljava značajne emocionalne probleme, a trećina adolescenata koji posjećuju psihijatrijske klinike pate od depresije. Epidemiološka istraživanja depresivne simptomatologije sugerišu da je depresija veliki mentalni zdravstveni problem među mladima. Koristeći Bekov upitnik za depresiju (Beck Depression Inventory, BDI) nađeno je da 12–18% adolescenata potvrđuje klinički nivo depresivne simptomatologije. Kod adolescenata depresija je usko povezana sa školskim učenjem, kao i nivoom motivisanosti za školske i vannastavne aktivnosti.

Vrste depresivnosti

Depresivna stanja kod djece i adolescenata mogu imati akutni i hronični tok.

Akutna depresivnost može se ispoljiti kao kratkotrajni odgovor na neugodne situacije i nakon toga se povući ne ometajući značajnije uobičajene aktivnosti.

Hronična depresivnost može biti prisutna duže vrijeme, povremeno se pojačavati na osujećenje i stresne reakcije. Rijetka je kod mlađe djece, a češća kod starije djece i adolescenata. Hronicitet je evidentan u 10% slučajeva nakon prve epizode depresije (BurgiĆ-Radmanović, 2008). Takođe, depresija se može shvatiti kao simptom ili kao sindrom.

Depresivni simptom je do 80-ih godina prošlog vijeka smatran dijelom normalne, emocionalne reakcije, koji se pojavljuje u neugodnim situacijama. Djeca i mladi povremeno doživljavaju depresivno raspoloženje, osjećaju se žalosno, neraspoloženo i razočarano. Danas se na depresivne simptome kod djece i adolescenata ne gleda kao na aspekte normalnog razvoja. Prisustvo depresivnog raspoloženja je pojedinačno naj snažniji simptom za razlikovanje onih koji su za klinički tretman (Achenbach, 1991).

Depresivni sindrom odnosi se na skup simptoma u području emocija i ponašanja koji se javljaju zajedno i ne slučajno. Termin sindrom podrazumijeva više od izolovanog simptoma, a u većini klasifikacija je definisan kombinacijom depresivnog raspoloženja sa izvjesnim pridruženim simptomima (BurgiĆ-Radmanović, 2008).

Klinička slika

Depresivna djeca ponekad su pretjerano aktivna i agresivna. Kod adolescenata depresija se može ispoljiti kao negativizam, antisocijalno ponašanje i osjećaj neshvaćenosti. Mlada osoba nije uvijek u stanju da prepozna i opiše svoja depresivna osjećanja. Iza ravnodušnosti, bezvoljnosti, mrzovolje, smanjenih zanimanja za druženje, sport, zabavu i rad često je u osnovi depresivnost. Depresivnost se može skrivati i iza hipohondrijskih stanja, koja mogu početi nakon stresnog događaja. Zbog stvarnog, prijetjećeg

ili zamišljenog gubitka spoljašnjih objekata i doprinosa, unutrašnji psihički prostor ostaje ispražnjen, što ima za posljedicu (Tadić i saradnici, 1992):

- gubitak radosti življenja, osjećanje tuge, nesreće, bezvrijednosti, neuspješnosti,
- osjećanje bespomoćnosti, nevoljenosti, krivice, plačljivost, mrzovoljnost i razdražljivost,
- usporenost i smanjenje kognitivnih funkcija (mišljenja, govora, neuspjeh u školi),
- misli o smrti i, rjeđe, sumanute misli,
- gubitak interesovanja, povlačenje i teškoće uspostavljanja odnosa sa drugima,
- usporenost i sputanost pokreta i radnji.

Slučaj 19

Ana, odlična učenica četvrtog razreda osnovne škole dolazi u pratnji majke koja je zabrinuta zbog ponašanja djevojčice. Ranije je bila vesela i razigrana, ali posljednjih godinu dana sve više se povlači i majka dodaje: „...kao da nije isto dijete, ne mogu da je prepoznam. Isto je primijetila i učiteljica”. Trenutno se vrlo malo druži sa vršnjacima, djeluje tužno, rijetko se nasmije. Kada je neka od drugarica pozove da se igra, obično kaže da ima puno zadaće i nema vremena. Appetit joj je vidno oslabio, noću se povremeno budi i dolazi kod majke u krevet. Ana živi sa majkom koja je zaposlena, tako da značajan dio dana kada nije u školi provodi sama. Roditelji su se razveli prije 8 mjeseci i otac je otišao iz porodice. Nekoliko posljednjih godina roditelji se nisu slagali, otac je često bio odsutan, a povremeno je dolazio kući pod uticajem alkohola. Majka navodi da se trudila da se ne svađaju pred djevojčicom, ali nije bilo moguće uvijek sakriti njihove svađe. Otac sada živi sa drugom ženom, koja je u petom mjesecu trudnoće i povremeno se viđa sa Anom. Kada se vrati sa sastanka s ocem, tiha je i povučena, nikada ne priča gdje su bili i šta su radili. Majka primijeti da je dva ili tri dana posebno tužna i neraspoložena nakon sastanka sa ocem. Trenutno, majka ne komunicira sa ocem i vodi sudski postupak oko izdržavanja Ane. Majka smatra da ne bi trebala dozvoliti da otac viđa djevojčicu jer ništa ne doprinosi njenom izdržavanju. Majka,

takođe djeluje tužno, nezadovoljno i kao da još nije riješila ličnu krizu vezanu za razvod.

Pearce (1978) koristi različite tehnike za otkrivanje simptoma i razlikovanje depresivne i nedeprativne djece. On smatra da djeca sa depresivnim poremećajem imaju depresivno raspoloženje uz najmanje dva od sljedećih simptoma: suicidalne i morbidne misli, poremećaj spavanja, poremećaj apetita, opsesija, iritabilnost, hipohondrija, školske poteškoće i oštećena percepcija, kao što su deluzije ili precijenjene ideje krivice i bezvrijednosti. Ovi simptomi predstavljaju promjenu u uobičajenom ponašanju djeteta i traju dovoljno dugo.

Najčešći simptomi depresivnosti kod djece i adolescenata su:

- gubitak interesa i zadovoljstva u radu i učenju,
- povlačenje iz društva,
- tužno raspoloženje i čest plač bez razloga,
- razdražljivost i hirovitost – iznenadne promjene raspoloženja,
- poremećen apetit i sna (teškoće sa uspjavanjem, noćne more i rano buđenje),
- zamor, umor ili gubitak energije, anksioznost, malaksalost,
- osjećaj krivice i slabo samopoštovanje,
- problemi sa koncentracijom i razmišljanjem,
- samoubilačke misli ili pokušaji,
- fizičke poteškoće: glavobolje, stomahni problemi, upala mišića.

U dosadašnjim istraživanjima o depresivnim stanjima kod djece i adolescenata mogu se istaći tri shvatanja (Burgić-Radmanović, 2008).

- depresivni simptomi ispoljavaju se zavisno od uzrasta i češći su u adolescenciji nego u djetinjstvu (Rutter, 1980),
- djeca i mladi razlikuju se od odraslih po stepenu kognitivnog razvoja,
- primjena istih kriterijuma za odrasle i djecu neadekvatna je, jer djeca ne mogu da izvijeste o emocionalnim stanjima kao odrasli.

Etiologija

Istraživanja su pokazala da depresivna djeca imaju kognitivne stilove koji se razlikuju od nedeprativne djece po tome što svijet vide više u negativnom

smislu. Mnoga depresivna djeca vjeruju da imaju manje kontrole nad svojim životom, a imaju i manje socijalnih vještina za koje se smatra da štite nedepresivnu djecu. Teorijski modeli nastanka depresije mogu se grupisati u dvije osnovne kategorije (iako nijedan od navedenih modela ne nudi uvjerljiva kauzalna tumačenja), i to: biološke i psihosocijalne modele.

1) Biološki modeli

Biološki modeli se zasnivaju na biohemijским i genetskim istraživanjima i ukazuju na povezanost između depresije roditelja i ponašanja i raspoloženja njihove djece (Hammen, Shih i Brennan, 2004). Djeca čiji roditelji imaju veliku depresiju pokazuju više poteškoća, primaju više psihološke pomoći i imaju više dijagnoza poremećaja nego djeca roditelja bez psihičkih poremećaja (Kramer, Warner, Olfson, Ebanks i saradnici, 1998). Pokušaj suicida znatno je veći kod djece depresivnih roditelja (7,8%) nego kod djece čiji roditelji nisu depresivni (Weisman i saradnici, 1992, prema Šerifović-Šivert, 2009). Mnogi biološki činioci mogu uticati na depresivnost kod djece i adolescenata. Jedno istraživanje potvrđuje povezanost između korišćenja alkohola u vrijeme trudnoće i depresije kod djece (O'Connor, 2001). Novija istraživanja neurobioloških korelacija i reakcija na tretman djece i adolescenata pokazala su jasnu razliku u hormonalnim nivoima i reakcijama na tretman (Kaufman, Martin i saradnici, 2001; Butcher, Mineka i Hooey, 2008; prema Šerifović-Šivert, 2009).

2) Psihosocijalni modeli

Obuhvataju psihodinamsko, kognitivno-bihevioralno tumačenje, te shvatanje o uticaju socijalne sredine, teorije životnog stresa i interpersonalne modele.

2a) *Psihodinamske teorije depresije*

Psihodinamske teorije o nastanku depresije rezultat su višegodišnjih istraživanja i kliničkih opservacija. Polazište ovih koncepcija je u pretpostavci da su karakterne osobine te koje predisponiraju javljanju depresije. Druga pretpostavka je da se depresija javlja kao reakcija osoba oralnih crta ličnosti na realni, imaginarni ili simbolični gubitak objekta, koji asocira na negativna iskustva u ranom djetinjstvu.

Teorijski pristup depresiji Melani Klajn (M. Klein) temelji se na nesposobnosti uspješnog prevladavanja depresivne pozicije koja je normalna faza psihološkog razvoja djeteta. M. Klein vidi depresivnu osobu kao bolesnika koji je ostao fiksiran na depresivnoj poziciji sa strahom da će dobiti objekat biti uništen zavišću i destruktivnošću koja je prema njemu usmjerena.

Neki autori naglašavaju ulogu gubitka objekta i separaciju u etiologiji depresije. Mnoge hipoteze o vezi gubitka i depresije vode porijeklo iz radova i opisa odgovora dojenčadi i djece na gubitak roditelja (Bowlby i Ainsworth). Smrt roditelja ili separacija od roditelja doživljava se kao preplavljujuća dezorganizovanost, posebno u obliku kratkotrajnog funkcionisanja. Veler (Weller) je 1988. godine pratio djecu zbog smrti roditelja u periodu od tri do dvanaest nedjelja i našao da 29–45% djece zadovoljava kriterijume za veliki depresivni poremećaj. Slično je nađeno i kod djece čiji su roditelji razvedeni, koji su pokazivali značajan distres i depresivne simptome u dvogodišnjem praćenju.

2b) *Kognitivno-bihejvioralni modeli*

Bihejvioralno orijentisani autori nastanak i pojavu depresije objašnjavaju teorijama učenja i principima instrumentalnog uslovljavanja. Prema njihovom shvatanju, depresija nastaje kao posljedica smanjene učestalosti, varijabiliteta ili motivacionog djelovanja pozitivnog potkrepljenja. Među istraživačima dječije i adolescentne depresije najzastupljeniji su bihejvioralni modeli depresije o gubitku pozitivnog potkrepljenja i naučene bespomoćnosti, a koji se međusobno dosta preklapaju. Ukratko ćemo ih predstaviti:

- Seligmanova teorija bespomoćnosti,
- Bekova kognitivna teorija depresije,
- Lewinsohnov model gubitka socijalnog potkrepljenja.

Seligmanov model naučene bespomoćnosti je stanje ponašanja djeteta ili adolescenta koje karakterišu minimalni pokušaji da se adaptira ili odgovori na nepovoljne stimuluse, a zasniva se na radovima Seligman i saradnika (1986). Ovaj model opisuje kognitivni deficit, teškoće u motivaciji i emocionalnim odgovorima, a pojavu depresije objašnjava

sklonošću kognitivnim greškama i stanju bespomoćnosti učenja. To je očekivanje gubitka kontrole i to stanje može proizvesti mnoge simptome depresije. Jedan od zadataka ove teorije je da objasni zašto depresivne osobe imaju često osjećanje krivice.

Beckov kognitivni model depresije naglašava ulogu negativnih iskustava tokom psihosocijalnog sazrijevanja koja se fiksiraju kao depresivni obrasci mišljenja. Depresivne osobe imaju negativan pogled na sebe, na svijet i budućnost. Depresivna kognicija vodi ka depresivnom raspoloženju. Ovaj model ističe tri komponente koje su ključne za depresiju: kognitivna trijada, sheme i kognitivne greške.

- Kognitivna trijada predstavlja tri negativna obrasca misli: negativni pogled na sebe (samopotcjenjivanje), budućnost (beznadežnost) i na svijet koji osobu okružuje (bezvrijednost). Ovi obrasci obično su dugo latentni, a aktiviraju ih stresne situacije, kada se očituju depresivnim kognitivnim trijasom koji iskrivljuje realno sagledavanje aktuelne situacije.
- Kognitivne sheme, kao crte ličnosti, predstavljaju stabilne kognitivne obrasce koje individue stvaraju u cilju organizacije i evaluacije informacija i događaja. Ljudi koji dožive depresiju, razvijaju sheme koje iskrivljuju stimulanse iz okoline, a što se podudara sa potcjenjujućom slikom o sebi. Ove disfunkcionalne i negativne sheme su često stvarane ili pogoršane greškama u logičkom zaključivanju.
- Kognitivne greške podrazumijevaju tendenciju ka negativnim interpretacijama događaja. Rana traumatska iskustva, posebno emocionalni gubitak, čini se važnim za stvaranje ovih negativnih pogleda. Negativni događaj sam po sebi ne stvara depresiju već njegovo značenje za osobu.

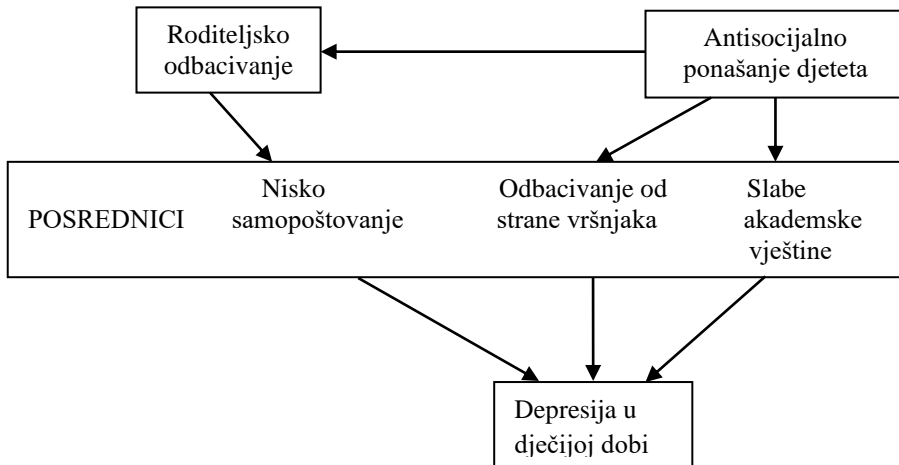
Lewinsohnov model gubitka socijalnog potkrepljivanja pretpostavlja da je depresija rezultat slabog socijalno pozitivnog potkrepljivanja usljed manje kontakata sa drugim ljudima i manje socijalnih vještina da se postigne zadovoljstvo, pa tako manje doživljavaju pozitivno socijalno potkrepljivanje. Depresivno raspoloženje može biti povezano i sa nedostatkom socijalnih vještina.

2c) Teorije o životnom stresu

Ovaj model objašnjava uzroke dječije depresije ispitujući i objašnjavajući neadekvatna ponašanja roditelja i disfunkcionalnih porodičnih obrazaca. Posebno se naglašavaju agresivnost i odbacivanje, bračni problemi u porodici i nasilje. Nekoliko studija je ukazalo na vezu između depresivnih simptoma i niskog socijalnog i materijalnog statusa. Kandel i saradnici, (1987) su našli da su niska novčana primanja udružena sa depresivnim simptomima kod adolescenata.

2d) Integrativni model

Kao što je vidno iz izloženog, pojedinačne teorije objašnjavaju nastanak depresivnih simptoma kod djece i adolescenata, ali nijedna nije dovoljno sveobuhvatna. U stručnoj literaturi pominju se novija shvatanja i objašnjenja autora koji navode da tokom normalnog razvoja postoje dvije važne sklonosti, jedna prema stvaranju odnosa sa drugima, a druga prema shvatanju samog sebe (Blatt i Zuroff, 1992, prema Wenar, 2003). Pretjerana zaokupljenost bilo kojom od njih može dovesti do depresije. U prvom slučaju, kada su prisutne smetnje u interpersonalnim odnosima i kada je osoba zavisna od drugih, potrebna joj je ljubav i pažnja, boji se napuštanja i gubitka ljubavi, javljaju se negativni osjećaji bespomoćnosti i slabosti i kao posljedica, depresija. U drugom slučaju, kada su prisutne prijetnje samopoštovanju i shvatanju samog sebe, djeca, a posebno adolescenti, postaju samokritični, zabrinuti zbog mogućeg gubitka samokontrole, neuspjeha i gubitka autonomije. Takođe, izraženija je želja za poštovanjem i divljenjem, pa se posljedično javljaju negativni osjećaji inferiornosti, krivice i beskorisnosti, a na kraju se kao posljedica javljaju depresivni simptomi. Nastanku depresije značajno doprinose lične osobine i temperament djeteta (povučena, stidljiva, previše osjetljiva djeca i djeca niskog samopouzdanja) i kvalitet odnosa roditelj–dijete. Roditeljsko odbacivanje ili nesigurna afektivna povezanost sa roditeljima povezana je sa niskim samopoštovanjem. Efekti odbacivanja od strane vršnjaka, slabe akademske vještine i nisko samopoštovanje postaju sve teži i izraženiji u adolescentnom uzrastu, što dalje vodi ka depresivnim simptomima, a što je grafički predstavljeno na Slici 9.



Slika 9. Posrednici efekata na porodicu i dijete, faktori uključeni kod depresije u dječijoj dobi (Izvor: preuzeto i prilagođeno iz Pertterson i Capaldi, 1990, prema Wenar, 2003, str. 196).

Komorbiditet

Depresija je često u visokom stepenu komorbidnosti s drugim psihičkim problemima i poremećajima i medicinskim stanjima, što otežava kliničku procjenu i terapijske pristupe. Uz tipična obilježja depresije, često se pojavljuju anksioznost i nemir, nedostatak energije, poremećaji apetita, gubitak tjelesne težine, poremećaji spavanja, bolovi, teškoće s koncentracijom i samoubilačke misli. Polovina depresivne djece i adolescenata ima najmanje još jedan drugi poremećaj, najčešće anksioznost i antisocijalno „acting out“ ponašanje. Vrijednosti anksioznosti i depresije u visokom su korelacijskom odnosu, te 16–62% djece koja su dijagnostikovana kao anksiozna ili depresivna imaju i komorbidni depresivni ili anksiozni poremećaj (Brady i Kendall, 1992, prema Wenar, 2003, str. 194). Kratkotrajno prospektivno istraživanje na učenicima od trećeg do petog razreda u zdravoj populaciji ukazuje da se učenici osjećaju odbačeno u društvu vršnjaka, što dovodi do povećane agresivnosti, a potom do pojačanja depresije (Panak i Garber, 1992).

Istraživanje provedeno na 191 adolescentu između 15 i 22 godine koji su boravili u vaspitnoj i/ili popravnoj ustanovi u Srbiji zbog učinjenih

krivičnih djela odnosi se na fenomen istovremenog pojavljivanja depresije i antisocijalnog ponašanja kod adolescenata. Rezultati istraživanja pokazuju da je njihov komorbiditet jedan od najviše prisutnih komorbiditeta dva jasno različita psihosocijalna poremećaja u populaciji mladih. Istraživanja komorbiditeta depresivnosti i delinkvencije kao dva izrazito učestala poremećaja u populaciji, omogućava da se jasnije uvidi suština depresivnosti, što je dovelo do formulisanja modela unipolarne depresije. Ovaj model definiše depresiju kao značajno smanjenje ili potpuno povlačenje emotivnih ulaganja osobe u socijalnu okolinu, a time i u sebe, u cilju odbrane od psihičkog bola nastalog zbog nedovoljnih socijalnih afektivnih veza (Hrnčić, 2011)

Reakcije na gubitak

Dječije razumijevanje smrti određeno je prvenstveno kognitivnim mogućnostima, zatim iskustvom i osjećanjima svakog pojedinačnog djeteta. U našoj sredini tema smrti je jedna od „tabu“ tema, o kojoj se govori samo kada se mora, sa mnogo negativnog uzbuđenja i neprijatnosti. Razgovarati sa djetetom o smrti i umiranju smatra se neprikladnim i neprihvatljivim za većinu porodica. To je neka vrsta socijalne zabrane, uz nepisano pravilo da se kvvari „srećno djetinjstvo“ sa takvim „crnim, mračnim“ temama. Smrti i umiranja su dio života i sa sobom nose nenadoknadivi gubitak koji neka djeca vrlo rano dožive. Smrti koji se događaju iznenada i neočekivano posebno su teške za djecu bez obzira na uzrast. Studije na djeci koja su izgubila roditelje zbog smrti pokazuju da se reakcije plačljivosti, razdražljivosti i dugotrajne tuge javljaju tokom djetinjstva i traju od nekoliko dana do nekoliko mjeseci (Raphael, 1984; Eerdewegh, 1985, prema Tadić, 2000). Kao što su reakcije na gubitak različite kod različitih odraslih, tako su različite i kod djece. Kod djece je reakcija na gubitak u izvjesnoj mjeri zavisna od uzrasta, socioemocionalne i kognitivne razvijenosti djeteta.

Djeca mlađa od pet godina ne razumiju da je smrt konačna, nepovratna i da prestaju sve životne funkcije. Takođe, iako upotrebljavaju riječ smrt, mala djeca ne razumiju i ne shvataju potpuno njeno značenje, a

što je u skladu sa njihovim specifičnim doživljajem svijeta koji ih okružuje. Dijete ovog uzrasta oslanja se na fantaziju, smrt je reverzibilna, mrtav može opet da bude živ (magično mišljenje). Oni imaju problem sa apstraktnim objašnjenjem smrti, jer u razmišljanju se oslanjaju na konkretne pojmove. Moguća su pitanja, kao na primjer: kada će se vratiti neko ko je umro? zašto ne ustane iz groba i ne dođe kući? zašto ne dođe da idu u park? i sl. Iako pojam smrti kod male djece nije u potpunosti razvijen, oni snažno reaguju na odvajanje i gubitak bliskih osoba sa kojima su do tada bili u kontaktu. Najčešće se primijete novi momenti u igri, posebno u slučajevima nasilne smrti kada se igra male djece vrti oko traume. Mlađa djeca najčešće ispoljavaju napade bijesa, poremećaje eliminatornih funkcija (enureza i enkompreza), poremećaje spavanja i ishrane.

Djeca od pete do desete godine postepeno počinju da razumiju smrt kao konačnost, ali za tugovanje još uvijek trebaju konkretna ponašanja koja se odnose na smrt: obrede, slike, nadgrobne spomenike, nošenje crne odjeće i slično, što je zavisno od običaja i tradicije porodice djeteta. Mogu saosjećati sa bliskim osobama koje su u žalosti. Utvrđeno je da se bitne promjene u shvatanju smrti dešavaju u periodu prelaska sa predoperacionalnog na operacionalni stadij kognitivnog funkcionisanja, najčešće između šest i sedam godina. Sa polaskom u školu djeca su spremnija da izraze osjećanja, pa tako i tugu, ukoliko su doživjela gubitak bliske osobe.

Većina djece predškolskog uzrasta plaši se smrti. U razgovoru sa predškolskim djetetom nije poželjno da se objašnjava suština smrti. Važnije je razumijevanje dječijih osjećanja i strahova, kao i pružanje emocionalne sigurnosti i podrške. Kognitivni nivo djeteta ograničava koliko dijete može da shvati pravo značenje smrti tako da kognitivno funkcionisanje predstavlja korisniji podatak nego kalendarski uzrast djeteta u shvatanju i interpretaciji smrti. Ono što se sa sigurnošću zna jeste da je za djetetovo izlaženje na kraj sa smrću najvažnija klima u porodici u okviru koje se smrt dogodila. Pored odraslih koji i sami imaju problema u prihvatanju smrti i djeca će teže da se suočavaju sa smrću. Kognitivna i afektivna komponenta shvatanja smrti ne idu paralelno, te ih je potrebno odvojeno posmatrati i reagovati na njih.

Kulturna sredina kojoj dijete pripada takođe doprinosi shvatanju smrti i odnosa prema njoj.

Nakon 10 godina uzrasta dijete počinje da se oslanja na lična iskustva i saznanja, prihvata fizičku definitivnost i konačnost smrti, da bi konačno na uzrastu između 11 i 12 godina nadalje usvojilo potpuno značenje smrti karakteristično za odraslu osobu. Većina djece nema težih posljedica. Kod neke djece pojavljuju se, najčešće privremeno, problemi sa pažnjom i koncentracijom na časovima što za sobom povlači školski neuspjeh, posebno nakon smrti roditelja. U slučajevima kada je smrt bila iznenadna ili vrlo traumatična mogu se pojaviti značajnije poteškoće u koncentraciji. Unutrašnji doživljaji djeteta mogu se često primijetiti u crtežima, pismenim radovima i drugim aktivnostima. Većina problema kod djece nestaje tokom prve godine nakon gubitka bliske osobe, a školski problemi se zadržavaju sljedećih nekoliko godina (Dyregrov, 2001). Intenzitet dječije reakcije na gubitak značajno je određen nivoom socijalne podrške koja je dostupna porodici, reakcijom i emocionalnom stabilnošću preostalog roditelja, kao i socijalnim i finansijskim promjenama zbog smrti. Manji broj mlađe djece optužuje sebe, preostalog roditelja, brata/ili sestru za smrt. Otvorena, jednostavna i pravovremena komunikacija u porodici može da umanjí osjećaj krivice i ljutnje. Međutim, razumijevanje smisla i značenja smrti, ne podrazumijeva emocionalno prihvatanje smrti. Način na koji emocionalno bliske osobe prihvataju smrt značajan je i za prihvatanje gubitka i smrti kod djeteta. Strah od smrti prethodi kognitivnom shvatanju smrti i ostaje iza potpunog shvatanja smrti. Još uvijek je nejasno i nedovoljno ispitano kako se intelektualna i afektivna komponenta poimanja smrti međusobno prepliću.

Primjer djevojčice koja je doživjela gubitak sestre u osjetljivom razvojnom periodu ilustruje neke od značajnijih simptoma karakterističnih za situacije i stanje gubitka.

Slučaj 20

Nina, učenica sedmog razreda, prije mjesec dana, nakon teške bolesti izgubila je sestru koja je imala 6 godina. Nina je upućena na zahtjev roditelja jer se često žali da je pritiska u grudima i da ne može disati, ako se

trudi da jače udahne vrti joj se u glavi, povisi joj se krvni pritisak (do 170). Roditelji su više puta vodili Ninu u službu hitne pomoći u situacijama kada se osjećala izrazito slabo. Spava sa roditeljima u krevetu jer se plaši spavati sama. Appetit je značajno oslabio, majka navodi: „Mogla bi da uopšte ne jede.“ Izbjegava društvo djevojčica sa kojima se družila, prestala je ići na vanškolske aktivnosti koje su joj ranije prčinjavale zadovoljstvo. U školu ne ide redovno, sve češće izostaje zbog navedenih smetnji. Sa sestrom je dijelila sobu. Poslije njene smrti sve je ostalo netaknuto i Nina ne želi da se išta mijenja. Sestra je bila teško bolesna oko godinu dana i Nina je zajedno sa roditeljima bila prisutna u svim fazama bolesti. Prije dva dana, jedna od drugarica je pozvala na rođendan, ali nije otišla jer misli da nema pravo da se veseli a njena sestra je mrtva. Od tada je njeno stanje pogoršano. Prva četiri razreda je bila odlična učenica, u zadnje vrijeme slabije uči i nije sigurno da će postići vrlodobar uspjeh. Roditelji primjećuju značajne promjene u ponašanju i zabrinuti su za njeno zdravlje. Majka je duže vrijeme na bolovanju, a u zadnje vrijeme redovno koristi antidepresive i potpuno je nefunkcionalna u porodici, jer je i sama u dubokoj žalosti. Nina se plaši da će se majci „nešto ružno desiti“ kada ona ode u školu. Otac se trudi da bude više vremena sa Ninom, ali i sam teško podnosi gubitak. Cijela porodica se dobrim dijelom izolovala od vanjskog svijeta, upućeni su jedni na druge, kao da ih je tuga zblížila.

U test situaciji sa djevojčicom uspostavlja se i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnja, sa preovladavajućim depresivnim afektivnim tonom, sklona pasivizaciji i povlačenju, posebno kada se kroz razgovor oživljava uspomena na sestru.

Intelektualna razvijenost uredna, u kategoriji prosječnih sposobnosti, blago redukovana usljed aktuelne porodične situacije i depresivnog raspoloženja.

Kada dijete doživi gubitak roditelja ili drugih, za dijete, značajnih osoba, vidljive su promjene na gotovo cjelokupnom funkcionisanju djeteta, ali radi lakšeg praćenja možemo izdvojiti i posmatrati na četiri osnovna nivoa: fizičkom, kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom (Tabela 15). Kod svakog pojedinačnog djeteta pojavljuju se različiti simptomi, različitog intenziteta i trajanja.

Tabela 15. *Reakcije na gubitak*

Fizičke:	Kognitivne:	Emocionalne:	Ponašajne:
„praznina u želucu“	šok i nevjerica	tuga	teškoće sa spavanjem
„stezanje“ u prsima, grlu	zbunjenost	ljutnja	promjene u apetitu
bol, pritisak u grudima	gubitak kontrole	osjećaj krivice i samooptuživanje	povlačenje od ljudi
osjetljivost na zvukove	razmišljanje o umrlome	tjeskoba i strah	sнови o umrloj osobi
teškoće sa disanjem: plitko, ubrzano, nedostatak vazduha	doživljaj da je umrli kraj nas	osjećaj usamljenosti	„pretjerana“ aktivnost
	teškoće sa pamćenjem koncentracijom, prisjećanjem	osjećaj praznine	plakanje
mišićna slabost	slike i misli o umrlome	bespomoćnost	odlazak na mjesta koja podsjećaju na umrloga
suha usta	zabrinutost	patnja za umrlim	izrazita briga o stvarima koje su pripadale umrlome
glavobolja	priviđanje umrloga	osjećaj „slobode“	traženje pravde, krivca
vertoglavica	traženje smisla	olakšanje	
pospanost			
umor			

* Prilagođeno prema Profaca i Puhovski, 2005.

Gubitak roditelja

Za djecu bilo kojeg uzrasta najveće posljedice u svakom pogledu nosi gubitak članova porodice i osoba sa kojima je dijete blisko i emotivno povezano: smrt roditelja, sestre ili brata, bake ili djeda, prijatelja i drugih bliskih osoba. Istraživanja pokazuju da djeca koja su izgubila roditelja sklonija su raznim emocionalnim smetnjama u kasnijem životu (Bowlby, 1980, Crook i Eliot, 1980). Među mogućim smetnjama izdvajaju se razni

oblici depresije i suicidalnih ideja i pokušaja, a rizik je veći u sljedećim slučajevima (Parker i Manicavasagar, 1986):

- ako se smrt desila iznenada,
- ako se smrt dogodila starijem djetetu,
- ako dijete nije imalo odgovarajuću zamjensku figuru.

Praćenje djece nekoliko godina nakon smrti roditelja ukazuje na rizik od nastajanja psihičkih problema. Black i Urbanowicz (1987, prema Dyregrov, 2001) pokazali su kako u grupi djece koja su izgubila roditelje njih 50% godinu dana nakon gubitka pati od neugodnih simptoma, dok se taj broj nakon dvije godine smanjio na 30%. Prisustvo bliske osobe koju je izgubilo dijete zadržava u svojim mislima češće i duže nego što je to slučaj kod većine odraslih (Dygrinov, 2001).

Kaffman i Elizur (1979) i Elizur i Kaffman (1983, prema Dyregrov, 2001) pokazali su kako se kod djece koja su izgubila očeve tugovanje na različite načine „zaglavilo” (patološko tugovanje). Patološke reakcije tugovanja nakon 6, 18 i 42 mjeseca pokazalo je 40% djece koja su ispoljila dva tipa reakcije:

- reakcije tugovanja poput plakanja, negacije onoga što se dogodilo, tuge, čežnje i drugih,
- problemi u ponašanju u obliku povećane tjeskobnosti i zavisnosti o drugima, te antisocijalnog, agresivnog ponašanja.

Klinička procjena i klasifikacija

Prilikom procjene važno je procijeniti intenzitet depresivnog stanja djeteta. Pored kliničkog intervjua i intervjua sa roditeljem/starateljem, moguće je primijeniti opšte testove, specifične upitnike i skale koji se odnose na depresivnost.

Terapijski pristupi

Liječenje većine depresija zasniva se na rješavanju emocionalnih problema. Endogena depresija je vrlo rijetka kod djece mlađe od 12 godina, tako da se lijekovi oprezno uvode u terapiju. Mogući pristupi depresiji adolescenata su farmakoterapijski uz razne vidove psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka.

Veliki broj lijekova koji se koriste u populaciji odraslih koristi se i kod djece. Istraživanja o efikasnosti antidepresiva kod djece ograničena je i kontradiktorna. Antidepresivi mogu izazvati i mnoge neželjene efekte kao što su: glavobolja, mučnina, nesanica i mnoge druge. Terapija lijekovima bi se trebala pokazati efikasnijom od placebo efekata koji ublažavaju simptome kod depresivne djece. Farmakoterapija u kombinaciji sa kognitivno-bihejvioralnom terapijom pokazala se efikasnom kod djece i adolescenata.

Psihoterapijski pristupi mogu pomoći u tretmanu depresivnih stanja kod djece i adolescenata, a primjenjuju se kod djece i adolescenata sa blagom i umjerenom depresijom i u kombinaciji sa terapijom lijekovima kod težih i teških oblika depresije (Burgić-Radmanović, 2008). Od psihoterapijskih pristupa mogu se koristiti: kognitivno-bihejvioralna terapija, porodična terapija, trening socijalnih vještina, suportivna (individualna ili grupna) terapija igrom (Play Therapy) i druge. Primjena psihoterapijskih pristupa zavisna je od kognitivnog razvoja i emocionalnog stanja pojedinog djeteta ili adolescenta. Kod depresivne djece predškolskog uzrasta najčešće se primjenjuje terapija igrom uz odgovarajući trening i psihoedukaciju roditelja.

Kognitivno-bihejvioralna i psihodinamska terapija primjenjuje se kod starije djece i adolescenata. Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) je jedna od najrasprostranjenijih i najprihvaćenijih psiholoških tretmana za depresiju, a zasnovana je na pretpostavci da je depresija rezultat razmišljanja, a ne raspoloženja, i da je vođena kroz iracionalna uvjerenja i iskrivljenu sliku o sebi, okolini i budućnosti. Posebno je efikasna kod djece starije od deset godina i adolescenata. Osnovni cilj je pomoći depresivnoj djeci u mijenjanju negativne kognicije o sebi i svijetu koji ih okružuje. Najnovija istraživanja potvrđuju da KBT ima kratkotrajne i dugotrajne efekte kod adolescenata sa depresivnim raspoloženjima.

Trening ili uvježbavanje socijalnih vještina može biti korisno u umanjivanju depresije, jer je primijećeno da mnogi depresivni mladi imaju deficit socijalnih vještina. U trening socijalnih vještina mogu se uključiti pojedinci ili grupe depresivnih adolescenata.

Porodična terapija značajno doprinosi efikasnosti terapije sa depresivnom djecom i adolescentima. Ukoliko se procijeni da je depresija proizvod disfunkcionalne porodične sredine, neophodno je uključiti cijelu porodicu u terapiju. Porodici se može pristupiti i uključiti je kroz savjetovanje ili posredovanje u tretmanu. U situacijama kada depresivno dijete dolazi iz jednoroditeljske porodice usljed razvoda, od izuzetne je važnosti da se oba roditelja uključe u terapijski proces zajedno ili odvojeno. Takođe, braća i/ili sestre mogu biti od pomoći u toku individualno terapijskog procesa (provođenju terapijskih zadataka, vježbe relaksacije, socijalnih vještina, podrške aktivnijem životu).

Savjetovanje poslije gubitaka

Parkes (Parkes, 1981, prema Baldwin i Birtwistle, 2002) navodi nekoliko studija koje se odnose na ovu vrstu savjetovanja. On smatra da profesionalni servisi, podrška volontera i servisi samopomoći mogu da smanje rizik od psihijatrijskih i psihofizioloških poremećaja koji su rezultat gubitka. Parkes je kasnije ocjenjivao i pronašao vezu između visokog rizika i loših posljedica kod onih koji nisu imali podršku. Podrška je takođe smanjila zloupotrebu droga, alkohola i duvana kod ljudi koji su preživjeli gubitak i smanjila je broj simptoma anksioznosti. Servisi za podršku namijenjeni su osobama u povećanom riziku, a koji nemaju podršku. Povećani činioci rizika su povezani sa negativnim posljedicama poslije gubitka i to najčešće u slučajevima iznenadne i neočekivane smrti, smrti djeteta, višestrukih gubitaka, ambivalentnih i zavisnih odnosa sa osobom koja je umrla, smrti sa potencijalnom stigmom (sida, samoubistvo), smrt kao rezultat nesreća koju je umrli izazvao, ubistvo (Parkes, 1981, prema Baldwin i Birtwistle, 2002).

Prognoza

Depresivno raspoloženje kod djece i adolescenata je rizični faktor za suicidalnost (Fisher, 1999), te je važno da se pravovremeno prepozna i reaguje na pojavu depresivnih simptoma, koji su u većini slučajeva prolazni i imaju adaptivnu funkciju na razne životne izazove.

AGRESIVNOST I POREMEĆAJI AGRESIVNOSTI

Agresivno ponašanje kod djece često se pojavljuje i predstavlja normalnu pojavu tokom odrastanja, naročito na mlađim uzrastima. Slično kao i kod odraslih, odnosi među djecom mogu biti konfliktne prirode. Mala djeca razvijaju vještine koje im pomažu da uspješno savladaju zahtjeve svakodnevice i da se izbore za svoja prava. Pri tome, uče važne lekcije koje im pomažu da se poslije aktivno kreću u širem socijalnom okruženju.

Dijete dojenačkog uzrasta nije u stanju nekome namjerno nanijeti štetu, pretpostavlja se da se u prvim mjesecima pojavljuju reakcije bijesa (Sternberg i saradnici, 1983; prema Essau i Conradt, 2006). Krajem prve godine počinje se pokazivati agresivno ponašanje u vidu oduzimanja igračaka i uglavnom je tokom druge godine vezano za aktivnosti oko igračaka (Caplan i saradnici, 1991, prema Essau i Conradt, 2006).

Na uzrastu od tri i po godine napadi bijesa dostižu vrhunac, da bi se između treće i pete godine postepeno smanjivala fizička agresivnost, što je možda uzrokovano moralnim razvojem djeteta. Tokom srednjeg djetinjstva, dječija agresivnost je češće namjerna, neprijateljska, što se objašnjava činjenicom da su starija djeca sposobnija prepoznati motive i namjere drugih, pa se samim tim razvija potreba za uzvraćanjem istog. Tokom odrastanja agresivnost se sve više izražava simbolički i verbalno. Govor omogućava verbalizaciju bijesa, a kognitivni razvoj i sve veće značenje socijalnih odnosa razlog su što oblici relacijske agresivnosti postaju sve važniji. U adolescenciji postaju značajni konflikti u kojima se uspostavlja ili učvršćuje socijalna dominantnost, što je najvjerojatnije uslovljeno hormonalnim razvojem (Essau i Conradt, 2006).

U posljednjih nekoliko decenija agresivno i antisocijalno ponašanje u stalnom je porastu, na što ukazuju podaci u većini zapadnih zemalja, ali i kod nas. Kada pojedinac, mlađi od 18 godina, ispoljava neke od specifičnih simptoma kao što su agresivno ponašanje, kršenje pravila ponašanja,

uništavanje tuđe imovine, te na taj način povređuje prava drugih i važne društvene norme većina autora upućuje na poremećaj agresivnosti. Ako tokom vremena ima sve više antisocijalnih postupaka, ispunjeni su uslovi za hroničnost i intenzitet koji opravdavaju dijagnozu poremećaja ponašanja.

Vrste agresivnosti

Pojam agresivnosti, radi lakšeg razumijevanja, možemo posmatrati kroz nekoliko vrsta agresivnosti (Essau i Conradt, 2006).

Otvorena agresivnost definiše se kao otvoreno sukobljavanje povezano sa fizičkim nasiljem. Djeca, koja su otvoreno agresivna, fizički se obračunavaju, upotrebljavaju oružje, zlostavljaju druge sa neprijateljskom namjerom i sklona su impulsivnim, nekontrolisanim ponašanjima, čak i na beznačajne povode.

Prikrivenu agresivnost karakterišu prikriveni postupci koji se događaju potajno. Ovakva djecu su manje društvena i u većoj mjeri nepovjerljiva prema drugima, sklona bježanju od kuće i sa nastave, krađama, podmetanju požara i drugih aktivnosti sa nanošenjem štete sebi ili drugima.

Reaktivna agresivnost predstavlja reakciju na neki vanjski podražaj, događaj ili ponašanje, koji može biti stvaran ili ga je dijete takvim doživjelo. Javlja se velika količina bijesa, koja se udružuje sa impulsivnošću, slabo razvijenim sposobnostima savladavanja i neprimjerenom obradom socijalnih informacija. Ovaj oblik agresivnosti počinje veoma rano i smatra se da je povezan sa grubim vaspitnim mjerama, socijalnim problemima, nestabilnošću u porodici i iskustvima nasilja.

Proaktivna agresivnost predstavlja namjerno i planirano agresivno ponašanje koje dijete koristi da bi postiglo neki cilj. Ovakva djeca su često mirna i samouvjereni i očekuju da će ishod njihove agresije biti pozitivan.

Relacijskom agresivnošću nazivamo ponašanje koje šteti drugima zbog uništavanja veza, prijateljstava, pripadnosti grupi ili osjećaja prihvaćenosti ili se takvim uništenjem prijeti. To znači da će se agresivno dijete pobrinuti da neko dijete bude isključeno iz grupe prijatelja ili će time prijetiti. Češće se javlja kod djevojčica.

Instrumentalnom agresivnošću označen je oblik agresivnost čiji je glavni cilj da se žrtvi nanese bol i šteta radi postizanja nekog drugog, višeg cilja. Ovaj oblik agresivnosti kod djece smanjuje sa odrastanjem.

Neprijateljska agresivnost javlja se u višim razredima osnovne škole, a posebno u srednjoj školi kod adolescenata, a ima za cilj uništenje protivnika. Češća je kod dječaka.

U svakodnevnom životu djece teže je postaviti jasnu granicu između prihvatljivog i neprihvatljivog ponašanja, posebno u porodicama u kojima ne postoje jasna pravila ponašanja. Nastavnici i roditelji su prvi koji primijete ponašanja koja odstupaju od uobičajenih za djecu tog uzrasta. Saradnja između roditelja i nastavnika i što ranija identifikacija neprihvatljivih oblika ponašanja omogućava pravovremeno poduzimanje odgovarajućih intervencija i postupaka za suzbijanje ponašanja koja u sebi nose bilo koji oblik agresivnosti. Razmatranje granice između socijalno prihvatljivog i neprihvatljivog ponašanja moguće je posmatrati na nekoliko načina (Moeller, 2001, prema Essau i Conradt, 2006):

- Kvalitativno, fizički obračuni kod djece predškolskog i osnovnoškolskog uzrasta su česti, ali rijetko predstavljaju neprihvatljivu agresivnost. Međutim, podmetanje vatre ili mučenje životinja predstavlja društveno neprihvatljive postupke koji zahtijevaju uključivanje i intervencije odraslih.
- Kvantitativno se razlikuju u pogledu učestalosti, intenziteta ili dužine trajanja. Na primjer, kod djece predškolskog uzrasta prihvatljivo je da se određen broj agresivnih postupaka ponovi, dok kod desetogodišnjaka to već može biti neprihvatljivo i upozoravati roditelje i nastavnike na ozbiljnije probleme u ponašanju.
- Određeni oblici agresivnog ponašanja u nekom uzrastu mogu biti prihvatljivi, ali ne i u drugim uzrastima. Budući da se fizička agresivnost češće sreće kod dječaka nego kod djevojčica, ista količina agresivnosti kod sedmogodišnje djevojčice prije bi bila razlog za zabrinutost nego kada se radi o dječaku istog uzrasta.
- Neprihvatljivo agresivno ponašanje ometa i odražava se na različite aspekte dječijeg razvoja (školski uspjeh, odnose sa vršnjacima i

odraslima), dok to nije slučaj kada je u pitanju prihvatljivo ispoljavanje agresije.

Klinička slika

Poremećaj agresivnosti ima tendenciju razvoja od lakših prema težim oblicima. Pri tome, otvoreni oblici agresivnosti su učestaliji od prikrivenih oblika. Smatra se da rani razvoj problematičnog ponašanja započinje sa nezadovoljavajućim vaspitnim postupcima roditelja, koje dovodi do poremećaja socijalnog ponašanja u djetinjstvu. Posljedice mogu biti raznovrsne, a školski neuspjeh i neprihvaćenost od vršnjaka neke su od važnijih. Kasnije se javlja potištenost i pokušaj da se približi vršnjacima kroz ponašanje koje odstupa od društvenih normi. Nasilničko ponašanje koje se nauči u porodici prenosi se i na odnose sa nastavnicima i vršnjacima. Dječaci ispoljavaju znatno više nasilja u školi nego djevojčice, posebno najstariji učenici preadolescentne dobi ispoljavaju najviše nasilja prema drugima, a podaci istraživanja pokazuju da se učestalost nasilnog ponašanja povećava, ako se djeca osjećaju odbačeno ili nesigurno (Buljan Flander, Durman Marijanović i Šorić Špoljar, 2007).

Agresivno ponašanje često izaziva odbijanje od vršnjaka i sprečava pozitivnu socijalizaciju. Djeca sa agresivnim oblicima ponašanja su obično odbačena od svojih vršnjaka u razredu i vremenom pronalaze djecu ili grupe djece koja su im u pogledu društveno neprihvatljivih ponašanja slična (Cavins i Cairns, 1992, prema Essau i Conradt 2006). U takvom okruženju postepeno se stvaraju prilike za delinkventne oblike ponašanja. Lober i saradnici (1997, prema Essau i Conradt, 2006) istraživali su razvojne faze koje mogu dovesti do težih i teških problema ponašanja i delinkvencije:

- otvoreni slijed, koji započinje sa blago agresivnim ponašanjem, a nakon toga slijede fizički obračuni i nasilničko ponašanje,
- prikriveni slijed, koji započinje prije 15. godine nizom blagih postupaka, a zatim slijedi oštećivanje stvari, te srednji do teški oblici delinkventnosti,
- sukobi sa autoritetima koji započinju prije dvanaeste godine tvrdoglavim i prkosnim ponašanjem, te izbjegavanjem autoriteta (bježanje od kuće i/ili škole).

Može se desiti da djeca istovremeno prolaze različite razvojne faze. Dječaci koji su istovremeno prolazili više od jedne faze imaju puno lošiju prognozu od dječaka koji se razvijaju prema samo jednom od tih slijedova. Najvišu stopu sukoba sa zakonom, delinkventnih djela i nasilničkog ponašanja, imaju djeca koja su prošla sva tri razvojna slijeda. Neki autori (Stroufe, 1997; prema Essau i Conradt, 2006) smatraju da je veoma važan uzrast na kojem poremećaj počinje da se razvija. Ako poremećaj počinje rano, onda je veća vjerovatnoća da će se u odrasloj dobi nastaviti kao antisocijalni poremećaj ličnosti ili kao poremećaj ponašanja. Prema ovom shvatanju, razlozi koji utiču na razvoj poremećaja ponašanja su u: porodici, školi, vršnjačkim grupama (kontakti sa vršnjacima čije ponašanje odstupa od norme i u samoj ličnosti djeteta ili adolescenta). Kod dječaka predškolskog uzrasta česti su fizički obračuni i sukobljavanja. Upravo je ta pojava učestalosti fizičke agresivnosti najbolji predznak početka poremećaja ponašanja (Loeber i saradnici, 1998; prema Essau i Conradt, 2006). Roditeljski nadzor je važan faktor koji određuje da li će se dijete približiti grupi vršnjaka sa odstupajućim ponašanjem i pasti pod njihov uticaj. Roditelji mogu uticati na izbor prijatelja i aktivnosti svoje djece, jačati i usmjeravati sposobnosti da se odupru pritisku grupe sa agresivnim ponašanjem (Fridrich i Flannery, 1995; prema Essau i Conradt, 2006). Pojavljivanje agresivnog ponašanja povezano je i sa strogom i nefleksibilnom primjenom školskih pravila, kao i sa krutošću i nefleksibilnošću učitelja (Essau i Conradt, 2006). Sljedeći primjer nam ukazuje na znake agresivnosti koji se pojavljuju rano, u nižim razredima osnovne škole.

Slučaj 21

Miloš koji ima oko 9 godina dolazi u pratnji majke na retest po preporuci učiteljice i školskog psihologa, a zbog problema u komunikaciji i čestih agresivnih oblika ponašanja sa učenicima u razredu. Zadirkuje drugu djecu, oštećuje i uništava im školski pribor, djevojčice često počupa za kosu, namjerno ih gurne, a kada padnu, on se pobjedonosno smije. Jednom prilikom je djevojčici iz klupe pošarao flomasterom novu školsku torbu, drugoj je slomio olovku...jednom djetetu je oteo i bacio užinu. Na velikom

odmoru često se fizički obračunava sa dječacima, jer su ga oni navodno izazvali. U razgovoru sa učiteljicom, pedagogom, psihologom i roditeljima svaki put obećava da to neće više raditi, ali uskoro, ponekad u istom danu se ponovi.

Miloš je prvo dijete u porodici iz uredne trudnoće, poroda i ranog razvoja. Osnovne navike usvojio je na vrijeme. Otac radi u inostranstvu, povremeno dolazi kući, svakih mjesec ili dva. Dječak je emocionalno vezan za oca i nedostaje mu. Sa polaskom u školu dobio je brata, a otac je otišao na rad u inostranstvo. Nije pokazivao otvorenu ljubomoru prema bratu, ali nije bio ni zainteresovan, uglavnom ga je ignorisao.

U test situaciji sa dječakom se uspostavlja adekvatan kontakt i saradnja, prihvata i razumije upute, adekvatno odgovara na postavljena pitanja, selektivno je zainteresovan za testovni materijal. Povremeno ga je potrebno dodatno podsticati i vraćati na trenutne aktivnosti, jer spontano nametne potpuno novu temu koja nije vezana za zadate aktivnosti. Pažnja je kratkotrajna i površna, gubi koncentraciju ukoliko se duže zadrži na istom zadatku. Zahtijeva stalno podsticanje i usmjeravanje pažnje. Aktuelna intelektualna efikasnost je u kategoriji graničnih sposobnosti, a što se odražava i na slabiji školski uspjeh.

Etiologija

Smatra se da su uzročni činioci ispoljavanju agresivnih oblika ponašanja složeni i višestruki, a neke od njih koji su značajni za ovu temu, ukratko ćemo opisati.

Porodični i genetski činioci

Podaci nekih istraživanja ukazuju da su majke adolescenata koji ispoljavaju probleme u ponašanju u većini slučajeva i same ispoljavale neprimjerena ponašanja (rano napuštanje škole, delinkventno ponašanje, maloljetnička trudnoća i sl.). Činjenica je da su te majke često samohrane i nemaju potrebnu socioekonomsku i emocionalnu podršku. Kod roditelja ove djece često su prisutne smetnje poput antisocijalnog ponašanja, alkoholizma i depresije. Afektivni odnos između roditelja i djece u porodicama s poremećajem ponašanja obilježen je malom količinom emocionalne topline

i velikom količinom međusobnog neprijateljstva (Seydlitz i Jenkins, 1998; prema Essau i Conradt, 2006).

Prema psihodinamskom stanovištu razvoj agresivnosti može se pratiti kroz razvojne faze (Tadić, 2000):

- oralna: pražnjenje agresivne energije preko usta, griženje, ujedanje, pljuvanje,
- analna: pražnjenje agresivnosti ispoljeno je kroz tvrdoglavost, svojevolsnost, probleme defekacija i usvajanja higijenskih navika, prljanje,
- falusna: pražnjenje agresivnosti usmjereno je kroz osjećanja neprijateljstva, mržnje, ljubomore i zavisti.

Sa odrastanjem primitivniji oblici ispoljavanja agresivnosti bivaju zamijenjeni sa višim i organizovanijim. Prva ispoljavanja agresije usmjerena su prema vlastitom tijelu (autoagresija). Tokom odrastanja dijete uči da upravlja svojom agresijom. Slaba organizacija prvobitnih nagonskih pulzija najčešće je uzrok impulsivnih ponašanja djece i mladih.

Teoriji učenja agresivno ponašanje

Prema teoriji učenja, agresivno ponašanje je naučeno ponašanje koje podstiču i potkrepljuju roditelji i drugi uzori kao što su: vršnjaci, popularne ličnosti iz svijeta muzike, filma, sporta i slično. Djeca koja rano osjete neprihvatanje od vršnjaka u većem su riziku za nastanak i održavanje problema ponašanja sa agresivnim ispadima, mada obično razlog tog odbijanja ima svoje dublje korijene u složenoj interakciji individualnih i sredinskih faktora. Tako se otkrilo da agresivna djeca, koju su njihovi vršnjaci isključili, imaju najveći rizik za antisocijalno ponašanje (Farrington i saradnici, 1990; prema Essau i Conradt, 2006). Dodatni činioci, kao što su školski neuspjeh, nedovoljan roditeljski nadzor, takođe su predznaci lošeg socijalnog toka. Tokom adolescencije jača uticaj vršnjaka, a slabi uticaj roditelja. Odnosi među vršnjacima postaju prisniji, dolazi do razmjene misli i osjećaja. Takva djeca mogu, jedni drugima, pokazivati nove oblike antisocijalnog ponašanja i međusobno se ohrabrivati. Takođe, trajno učestvovanje u antisocijalnim aktivnostima grupe vršnjaka može izazivati osjećaj pripadnosti i ugleda, što dovodi do toga da se takvi obrasci

ponašanja još više učvršćuju i podstiču. Redovno gledanje emisija sa temama nasilja može destabilizovati dijete i otkočiti agresivne tendencije koje su u određenoj mjeri prisutne u svakoj osobi, tako da se agresivno ponašanje počinje smatrati prihvatljivim (Bandura, 1977, prema Essau i Conradt, 2006).

Socioekonomski status

Djeca iz porodica sa niskim prihodima češće su izložena riziku življenja u naseljima sa višom stopom kriminala, kao i bližem kontaktu sa delinkventnim vršnjacima, što može biti jedan od rizičnih faktora za problem ponašanja sa agresivnošću. Nizak socioekonomski status ne smatra se direktnim uzrokom problema ponašanja, jer se ustanovilo da je u odsutnosti drugih faktora povezan samo sa prolaznim oblicima antisocijalnog ponašanja. Moguće je da nizak socioekonomski status, u izvjesnoj mjeri, ograničava roditelje u njihovim vaspitnim postupcima.

Terapijski pristupi

Indikacije za terapijske pristupe su široke. Pri izboru vrste psihoterapijske tehnike potrebno je razmotriti vrstu, jačinu, porijeklo i psihodinamiku poremećaja. Takođe, neophodno je upoznati osobine, uzrast, motive i podobnost djeteta ili adolescenta i roditelja za psihoterapiju. Psihoterapija se sprovodi sa svakim djetetom ili adolescentom kod koga se na osnovu kliničkog posmatranja i procjene psihodinamike sveukupnog razvoja utvrdi da povišena agresivnost, na vidljiv ili prikriven način, remeti neke oblasti ili sveukupni duševni razvoj (Tadić i saradnici, 1992, str. 302). Terapeut će se lakše odlučiti da predloži psihoterapiju ako je agresivnost ispoljena na vidljiv način kroz bijes, mržnju, prijetnje, psovke i razne oblike povređivanja. Povod za psihoterapiju je povišena monosimptomatska agresivnost što je u većini slučajeva glavni simptom koji remeti razvoj odnosa i uznemirava okolinu. Psihoterapija je neophodna i kada je agresivnost prikrivena, maskirana ili udružena sa drugim smetnjama i simptomima kao što su anksioznost, osjećanje krivice, depresija, bolesti zavisnosti, psihofiziološke reakcije i druge. U tretmanu djece i adolescenata sa agresivnim ispoljavanjima najčešće se primjenjuju porodična terapija i

savjetovanje i kognitivno-bihevioralna terapija, ali su mogući i drugi pristupi.

Tretman djece predškolskog i osnovnoškolskog uzrasta usmjeren je na vaspitne metode. U ovim tretmanima roditelji su najvažnije osobe koje mogu pomoći djeci da prevaziđu negativne obrasce ponašanja. Roditelji dobijaju uputstva za odgovarajuće vaspitne postupke i sticanje sposobnosti nadzora ponašanja. U ovom uzrastu problemi u ponašanju usko su povezani sa vaspitnim poteškoćama roditelja poput premalo discipline ili nedovoljne količine zadovoljavajućih interakcija (Loeber, Stouthamer i Loeber, 1986; prema Essau i Conradt, 2006).

Tretman adolescenata podrazumijeva rad sa čitavom porodicom, gdje takođe treba poboljšati porodične interakcije. Prinz i Jones (prema Essau i Conradt, 2006), ističu dva problema koja se odnose na porodicu, a mogu pridonijeti antisocijalnom ponašanju u adolescentnom uzrastu. Prvi je povezan sa nedovoljnim usmjeravanjem i nadzorom, a drugi se sastoji od opterećujućih porodičnih interakcija sa brojnim konfliktima u porodici. Djeca čiji roditelji sudjeluju u programu nakon tretmana pokazuju bolju sposobnost prilagođavanja od 80% djece čiji roditelji nisu učestvovali u programu (Serketich i Dumas, 1996, prema Essau i Conradt, 2006).

Roditelji djece sa agresivnim ispoljavanjima trebalo bi da kontaktiraju neko od postojećih savjetovališta za porodicu u mjestu boravka ili dječijeg terapeuta, onda kada sami ne mogu uticati na destruktivnu agresiju ili autoagresiju djeteta (Rumpf, 2006). Profesionalni pomagači upućuju roditelje na podsticanje saradnje i komunikacije u porodici, fizičke bliskosti i kvalitetno provođenje zajedničkog vremena, te zajedničko rješavanje problema koji postoje između njih i djece. Sa odrastanjem djeteta smanjuje se efikasnost programa, pa je uobičajena praksa da roditelji koji se dugo i bezuspješno bore sa problemima svoje djece u značajnom broju odustanu od tretmana. Smatra se da oko 60% roditelja prije vremena prekida tretman. Zato je program za roditelje u periodu adolescencije, kada problemi ponašanja dostižu svoj vrhunac, manje efikasan nego u ranijim razvojnim fazama (Essau i Conradt, 2006).

Prevenција

Cilj preventivnih programa poremećaja agresivnosti kod djece i adolescenata je da preduhitre i spriječe pojavljivanje agresivnih oblika ponašanja. Primjenjuju se dvije vrste programa prevencije: primarni i sekundarni. Primarne mjere prevencije usmjerene su na prevenciju razvoja poremećaja i podstiču fizičko i psihičko zdravlje djece i adolescenata, dok su sekundarne mjere usmjerene prema djeci koja rano pokazuju lagane naznake disfunkcije i kod kojih postoji rizik od razvijanja poremećaja. Preventivni programi koji su usmjereni na porodicu mogu doprinijeti smanjenju ili ograničavanju nasilja. Sve donedavno nije se toliko obraćala pažnja na prevenciju nastanka poremećaja ponašanja, međutim prevencija agresivnog i antisocijalnog ponašanja igra sve veću ulogu u društvu jer (Essau i Conradt, 2006):

- ti oblici ponašanja uzrokuju velike troškove za društvo i nakon što jednom postanu hronični teško ih je liječiti,
- problemi ponašanja razvijaju se postepeno, pri čemu se individualni, porodični i sredinski činioci tokom godina akumuliraju prije nego što se pojavi nasilničko i delinkventno ponašanje.

Pravci ispoljavanja agresije

Agresija može biti usmjerena prema spoljnim objektima i tada govorimo o heteroagresivnosti ili usmjerena prema sebi u vidu raznih samopovređujućih aktivnosti, kada govorimo o autoagresivnosti.

Heteroagresivna ponašanja podrazumijevaju agresivnost usmjerenu prema spolja, na druge žive ili nežive objekte. U prvim godinama javlja se pljuvanje, udaranje, lupanje. Kod starije djece ispoljavanje agresije dobija svojstva društvenog ponašanja. U određenim fazama razvoja može predstavljati normativno ponašanje, ali ukoliko počne odstupati od društvenih normi ili postane previše učestalo, onda ima tendenciju da preraste u poremećaj ponašanja, kao što su nasilno ponašanje, rušilaštvo (često praćeni sužavanjem ili poremećajima svijesti).

Autoagresivna ponašanja predstavljaju pojavu samopovređivanja koja su prisutna kod većine djece u ranom uzrastu. Autoagresivnost u

najranijem uzrastu jedan je od postupaka za stvaranje tjelesne šeme, fizioloških rasterećenja i oslobađanje od napetosti i straha i ne mora predstavljati psihopatološku pojavu. Kada su slična ponašanja prisutna i ponavljaju se kod starije djece i adolescenata imaju tendenciju ka poremećaju autoagresivnosti.

Nesuicidalno samopovređivanje

Prema klasifikaciji DSM-V (2013), nesuicidalno samopovređivanje (NSSI), predstavlja čin direktnog nanošenja namjerne, samoinicirajuće povrede na površini tijela, tako da izaziva krvarenje, modrice ili bol (npr. sječenje, ubod, udaranje, intenzivno češanje), sa očekivanjem da će uzrokovati samo malu ili osrednju fizičku povredu. Ovu pojavu moguće je sresti već u višim razredima osnovne škole kada učenik konstantno nanosi bolne povrede na površini svoga tijela. Te povrede su pokriveno odjećom i adolescenti ih kriju, posebno od roditelja. Najčešći razlog za nesuicidalno povređivanje adolescenata odnosi se na redukovanje emocionalnih stanja, kao što su anksioznost, depresivna raspoloženja ili namjera da se riješe neki, najčešće problemi vezani za odnose sa drugima. Pojedinaac koji se samopovređuje često prijavljuje trenutno olakšanje tokom i nakon procesa.

Povreda je najčešće nanesena nožem, iglom, brijačem, žiletom, pincetom, šestarom ili drugim oštrim predmetom. Takođe, adolescenti koji su skloni samopovređivanju mogu izazvati površinske opekotine vrhom cigarete. Rezovi mogu često krvariti i eventualno ostaviti karakterističan ožiljak. Opšte zone povrede nalaze se u frontalnom dijelu butina i/ili dorzalnih strana nadlaktica.

U Americi je prihvaćen naziv ovog poremećaja nesuicidalno samopovređivanje (NSSI – Non suicidal Self Injury), dok se u Evropi često koristi naziv namjerna samopovreda (DSH – Deliberate Self Harm (engl.) (Mišić, 2016).

Broj mladih koji se samopovređuju sve više se povećava u savremenom društvu. Namjerno samopovređivanje prijavljeno je u procentu od 9,1% (na 333) adolescent. Češće je registrovano kod djevojčica (13,9%), nego dječaka (4,3%), što otvara pitanje da li se djevojčice koje se samopovređuju češće obraćaju za pomoć nakon samopovređivanja ili se

zaista i više povređuju (Mišić, 2016). Samo manji broj adolescenata traži ljeakarsku pomoć (15,3%) (Morey, Concoran, Arensmann i Perry, 2008).

Nesuicidalno samopovređivanje obično se ne odnosi na upotrebu ili zloupotrebu supstanci, poremećaje ishrane, tetoviranje i pirsing. Prisustvo kombinovanih i morbidnih metoda nesuicidalnog samopovređivanja povezano je sa dubljom psihopatologijom, uključujući ponavljajuće pokušaje samoubistva (DSM-V, 2013).

Slučaj 22

Nedeljko je učenik prvog razreda srednje škole, a hospitalizovan je zbog otečenih zglobova na rukama. Majka navodi da je jako nervozan u zadnjih oko pola godine. Kada koristi kompjuter uporno lupka rukama po stolu, kada prati košarkašku utakmicu i igrači za koje navija gube snažno udara rukom u zid ili bilo koju tvrdu površinu. Kada ga majka grdi uznemiri se postaje agresivan i udara rukama u sto, zid...često udari i sebe u glavu ili prsa...Živi sa roditeljima i bratom u porodici skladnih odnosa. Majka navodi da je uvijek bio nemiran, ali nije bio agresivan kao sada. Kompjuter koristi dva do tri sata dnevno i kada igra igrice pa gubi, snažno udara rukom od sto (jednom je čak rasjekao šaku i išla je krv). Posebno ga nervira kada mu majka daje neke zadatke, galami i udara sam sebe, majka kaže: „...kao da ne zna šta radi, udara kuda stigne, bude me strah takvog ponašanja...”. Roditelji su ga upisali da trenira košarku jer su mislili da će mu to koristiti i da će biti manje agresivan. Nedavno je imao konflikt sa ocem i duže vrijeme nije pričao sa njim. Dok je bio mlađi ponekad su ga fizički kažnjavali (više otac nego majka). Zadnjih godinu ili dvije nisu ga nijednom udarili. U porodici rijetko spontano priča, uglavnom odgovara na pitanja i djeluje povučen, miran, majka dodaje „lijen“, rijetko se bori za sebe ili pobuni zbog nečega. U školi su nastavnici primijetili da se češće pobuni ili iskazuje nezadovoljstvo. Urednog je zdravstvenog stanja. U test situaciji vidno natečene ruke, sa ponekom modricom. Sa dječakom se uspostavlja i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnja. Inteliktualna efikasnost je u kategoriji prosječnih sposobnosti, blago redukovana usljed aktuelnih smetnji u školi i porodici, što se odražava i na nešto slabiji školski uspjeh u odnosu na prethodne razrede.

Ako se autoagresivne radnje zadržavaju dugo znak su vezivanja i učvršćivanja u određenoj fazi razvoja i zastoja u afektivnom sazrijevanju. Jedan od značajnih oblika autoagresije je samoubilačko ili suicidalno ponašanje, koje će biti predmet našeg interesovanja na narednim stranicama.

Suicidalno ponašanje

Tokom posljednjih decenija bilježi se značajan porast broja samoubistava u većini zemalja. Samoubistvo ili suicid je predmet izučavanja mnogih nauka, a suicidologija je samostalna nauka koja se bavi izučavanjem suicida. Suicidalno ponašanje je svako ponašanje koje je svjesno ili nesvjesno, namjerno usmjereno na samouništenje. Autodestruktivnost i samoubilaštvo mladih nisu psihopatološki entiteti, ali su psihopatološki fenomeni ili simptomi koji su relativno česti u adolescentskoj populaciji (Ćurčić, 2012). Suicid je treći po redu među najčešćim razlozima smrti adolescenata (Hwang i Nilsson, 2000). Veliki broj mladih koji izvrše samoubistvo imaju u 40% slučajeva istoriju psihijatrijskog liječenja ili u istom procentu istoriju ranijih pokušaja samoubistva (Ćurčić, 2012). Upozoravajuća ponašanja koja roditelji često ne prepoznaju, a predstavljaju suicidalne ekvivalente, ispoljavaju se najčešće kroz: odbijanje liječenja, izlaganje opasnostima po život, ponašanja koja su posredno motivisana djelimičnim samouništenjem na prikriven način (brza vožnja, opasni sportovi). Kod adolescenata, identifikuju se i stresni događaji koji mogu da prethode suicidu. Vrsta stresora, kao i ukupan broj stresora, dovodi se u vezu sa suicidalnim ponašanjem. Istraživanja koja su se bavila odnosom stresnih životnih događaja ili stresora i suicidalnih ideja (Hawton, 1986; Rich i saradnici, 1991; prema Srna, 1997) ukazuju na to da suicidalni mladi imaju dva puta više stresnih životnih događaja od nesuicidalnih, ali i da prijavljuju više stresora u svom životu nego nesuicidalni mladi (Srna, 1997). Suicidalni mladi su prijavljivali pet događaja koji su se mogli okarakterisati kao stresni, kao što su razvod roditelja, gubitak bliskog prijatelja, promjena škole, negativne ocjene i lične povrede i bolesti. Oni koji su pokazali visok stepen depresije i pokušali su suicid, prijavili su preko pet stresnih događaja u posljednjih šest mjeseci života (Walker, 2002). Mnoge depresivne osobe imaju suicidalne misli i ponekad stvarno pokušaju počinuti suicid. Smatra se

da je više od 50% osoba u vrijeme pokušaja suicida depresivno (Davison i Neale, 1999). Međutim, poznato je da znatan broj nedepresivnih osoba takođe pokuša suicid, što ukazuje da su i drugi poremećaji povezani sa suicidom, kao i činjenica da neka djeca i mladi koji pokušaju suicid ne ispoljavaju posebna psihopatološka obilježja i ni po čemu se ne razlikuju od svojih vršnjaka. Naj snažniji izvori stresa koji potaknu mlade na suicidalne ideje i/ili pokušaje suicida su problem u porodici i školi. Međutim, iste situacije nisu jednako stresne za sve. Da bi se moglo govoriti o stresu, treba napomenuti da on zavisi od spoljašnjih uslova i vulnerabilnosti (ranjivosti) pojedinca i njegove odbrambene sposobnosti, kao i strategija prevladavanja stresa. Sa aspekta savremenih istraživanja, razlikuju se tri stepena suicidalnog ponašanja, a to su: suicidalna ideja, pokušaj suicida i suicid (Milić, 1997). Suicidalne ideje su sastavni dio mišljenja o suicidu. Iz njih može da proiziđe namjera, a potom i sam suicidalni akt. Pažnja treba da se usmjeri na ideje, kako bi se one što ranije identifikovale i spriječio njihov prelazak u preostala dva stepena suicidalnog ponašanja.

Prevalencija

Stope suicida kod djece i adolescenata razlikuju se u pojedinim sredinama. Broj suicida kod dječaka veći je, a djevojčice češće pokušavaju. Učestalost pokušaja je mnogo veća od realizovanih (na jedan suicid u adolescentnom uzrastu je 40–50 pokušaja). Od svih pokušaja 90–95% vrše djevojčice. Suicidalna stopa za mlade je povećana za više od 20% zadnjih desetak godina i odgovorna je za više smrti mladih uzrasta od 15 do 19 godina nego kardiovaskularna i maligna oboljenja (Burgić-Radmanović, 2008). Istraživanja suicida u opštoj populaciji učenika srednjih škola ukazuju da je 20% učenika razmišljalo o suicidu, dok je 7–9% pokušalo suicid, od kojih je 90% već ranije razmišljalo o suicidu (Spirito, 1989; Andrews i Lewinsohn, 1992; prema Srna, 1997). U SAD se dramatično povećava učestalost suicida kod mladih. Vjeruje se da suicid počini svake godine 3.000 mladih ljudi u dobi između 15 i 19 godina, a pokušavaju se ubiti čak i djeca od svega 6 godina (Davison i Neale, 2002). Učestalost je još uvijek bitno manja nego kod odraslih osoba, a povećava se tokom godina ekonomske depresije,

ostaje postojana tokom izobilja i napretka, a smanjuje se tokom ratova (Davison i Neale, 1999, str. 291).

Epidemiološki podaci ukazuju da dolazi do porasta stope suicida sa uzrastom, a naročito među mladima na uzrastu ranih dvadesetih godina (Srna, 1997).

Uzrast i načini obavljanja

Pokušaji i uspjeti suicid su rijetki prije puberteta. U pubertetu broj pokušaja naglo raste, a zatim se smanjuje sa odrastanjem. Mladi koji su skloni delinkventnim ponašanjima u većem su riziku od pokušaja suicida (Allesi, McManus, Brickman i Grapentine, 1984). Broj suicida u odraslom dobu je veći. Najveći broj pokušaja je: lijekovima ili drugim hemijskim sredstvima, sječenjem vena, skakanjem sa visine i vješanjem.

Funkcija suicidalne radnje

Zavisno od odnosa između rušilačkih i težnji života i njihovog međusobnog djelovanja sa spoljašnjim svijetom, proizilaze i mnogobrojne funkcije suicidalne radnje, a mogu biti sljedeće (Raymondis, 1965, prema Tadić, 2000):

- poziv u pomoć;
- samouništenja i kažnjavanja sebe;
- kažnjavanje drugih;
- sloma;
- ucjenjivanja najbližih;
- bijega od problema,
- sjedinjenja sa drugim.

Neki mladi više puta pokušavaju suicid, mada je učestalost recidiva manja kod adolescenata nego kod odraslih. Među mladima sklonim recidivu suicidalnog ponašanja više je adolescenata psihički poremećenih, socijalno izolovanih, neuspješnih u školi, kao i onih sa hroničnim problemima i poremećenim porodičnim odnosima (Srna, 1997).

Etiologija

Za nastanak suicida odgovorni su mnogi činioci, ali ćemo izdvojiti nekoliko sljedećih grupa.

1) Biološki činioci

Biološki činioci upućuju na poremećenu ravnotežu hormona i neurotransmitera (serotonina, noradrenalina i dopamina) kod suicidalnih adolescenata. Neki nalazi ukazuju na nizak nivo serotonin metabolita sa oznakom 5-HIAA kod suicidalnih. Specifične biohemijske promjene kod suicidalnih predstavljaju osnovu još nejasne veze između suicidalnosti, agresije i depresije (Winchel i Stanley, 1991, prema Srna, 1997).

2) Psihološki činioci

Odnose se na savremene teorije suicida zasnovane na rezultatima socijalne psihologije i psihologije ličnosti koje objašnjavaju da suicid proizilazi iz snažne želje za bijegom od negativne slike o samome sebi, tj. od bolne svjesnosti o vlastitim nedostacima i neuspjesima (Baumeister, 1990, prema Davison i Neale, 1999, str. 294). Takva svjesnost stvara emocionalnu patnju. Visoka očekivanja koja su nerealna, posebno u emocionalnim odnosima takođe su u bliskoj vezi sa idejom o suicidu. Postoji više objašnjenja i gledišta na suicid, a neka od njih ćemo ukratko opisati.

Freudova psihoanalitička teorija suicida

Freud je iznio dvije hipoteze o suicidu koje su pretrpile brojne kritike. Prva je da suicid tumači kao ubistvo i izvedena je iz njegove teorije depresije. Freud objašnjava da neko ko izgubi osobu koju voli i mrzi, a zatim tu osobu pounutri (mehanizam introjeksije) svu svoju agresivnost usmjeri prema unutra. Kada ta osjećanja postanu intenzivna, osoba će počinuti suicid. Drugom hipotezom je pretpostavljeno da se instinkt smrti (Thanatos) može okrenuti prema vlastitoj unutrašnjosti, pa osoba počini suicid.

Shneidman-pristup suicidu

Shneidman je pokušao psihološki objasniti pokušaj suicida i integrisati dosadašnja saznanja u jedan teorijski model, prema kome je suicidalno ponašanje rezultat međusobnog djelovanja različitog stepena bola,

uznemirenosti i pritiska (Srna, 1997). Prema ovom shvatanju suicid je u najvećem broju slučajeva svjesni pokušaj rješavanja problema koji muči osobu i stvara joj nepodnošljivu patnju. Odrasle osobe koje planiraju suicid i dugo se premišljaju, u početku su često ambivalentne. U većini slučajeva direktno ili indirektno saopšte svoju namjeru drugima, bilo da je to poziv u pomoć ili povlačenje od drugih. U uobičajene oblike ponašanja spada poklanjanje dragocjenosti i sređivanje finansijske situacije. Za razliku od odraslih, djeca i mladi rijetko duže planiraju suicid. Obično to rade impulsivno zbog trenutnih nezadovoljstava. Šnajdmen je naveo deset najčešćih, uobičajenih obilježja suicida koja nije moguće sva prepoznati u svakom pojedinačnom slučaju (Shneidman, 1987, prema Davison i Neale, 1999, str. 295).

Uobičajene karakteristike suicida su (Shneidman, 1987):

- svrha suicida je traganje za rješenjem,
- cilj suicida je prestanak postojanja svijesti,
- podražaj za suicid je nepodnošljiva psihička bol,
- stresor u suicidu je frustrirajuća psihološka potreba,
- emocija u suicidu je beznade – bespomoćnost,
- kognitivno stanje u suicidu je ambivalentnost,
- opazajno stanje u suicidu je konstrukcija,
- akcija u suicidu je akcija,
- interpersonalni čin u suicidu je saopštenje namjere,
- konzistentnost u suicidu postoji s doživotnim obrascima suočavanja sa stresom.

3) Socijalni činioci

Iako se suicid može smatrati individualnim činom, sociolozi ga označavaju i proučavaju kao društveni fenomen. Stopa suicida je relativno stabilna tokom godina u različitim zemljama i kulturama, kao i pravilnost javljanja suicida, tako da se ponekad stopa suicida uzima kao indikator funkcionisanja jednog društva.

Sociološka teorija suicida (Durkheim, 1897) zasnovana je na analizi statističkih podataka o suicidu u različitim zemljama i iz različitih istorijskih

razdoblja. Durkheim (1897, prema Davison i Neale, 1999) je zaključio da je samouništenje sociološka pojava i razlikovao je tri vrste suicida:

- egoistični (osobe otuđene od društva i društvene podrške i zbog toga nesposobne da se prilagode i funkcionišu kao socijalna bića),
- altruistični (suicid je odgovor na zahtjeve društva),
- anomični (suicid može biti isprovociran iznenadnim promjena u odnosu osobe i društva. Na primjer, uspješan i finansijski moćan trgovac koji doživi iznenadni finansijski gubitak).

Ova, kao i ostale sociološke teorije, teško može objasniti individualne razlike u reakcijama pojedinca na iste društvene okolnosti, te je Durkheim naglasio značaj individualnog temperamenta u interakciji sa bilo kojim oblikom socijalnog pritiska koji je potencijalni uzročnik suicidalnosti.

Porodična sredina sa poremećenom strukturom i odnosima najčešće se dovodi u direktnu vezu sa suicidalnošću. Smrt roditelja, alkoholizam u porodici, razni vidovi zlostavljanja, psihičke bolesti, emocionalna deprivacija (posebno usljed ranih i dugotrajnih odvajanja od roditelja), samo su neki od mogućih riziko faktora koji se dovode u vezu sa suicidalnošću adolescenata. Suicidalnost je sedam puta češća u suicidalnim nego u nesuicidalnim porodicama, a 24–44% suicidalnih ima među bližom rodbinom i prijateljima one koji su pokušali ili izvršili suicid (Sorenson i Rutter, 1991; Roy 1984, prema Srna, 1997).

Adolescenti koji su pokušali suicid imaju značajno više stresogenih životnih događaja koji imaju kumulativni karakter, a odnose se na haotične porodične događaje, kao i na školske i lične emotivne probleme.

4) Kulturalni činioci

Kultura može uticati na suicidalno ponašanje kroz specifične kulturalne obrasce odgajanja i vaspitanja, ali i kroz kulturalne stavove prema suicidu. Manje stope suicidalnosti su u zemljama Amerike u kojima su stavovi prema suicidu bili negativni i na suicid se gledalo kao na mentalnu bolest ili kukavičluk. Visoke stope suicida adolescenata u Japanu pripisuju se tradicionalnom stavu o suicidu kao časnom činu (kamikaze, harikiri), ali isto tako i visokom nivou aspiracija prema akademskim postignućima. U kulturi Amiša suicidalnost je rijetka pojava među mladima. Smatra se da tome

doprinosi stabilnost njihovog društva i porodične strukture, snažne religiozne zabrane koje se odnose na suicidalnost i konzumiranje alkohola i droga (King i saradnici, 1992).

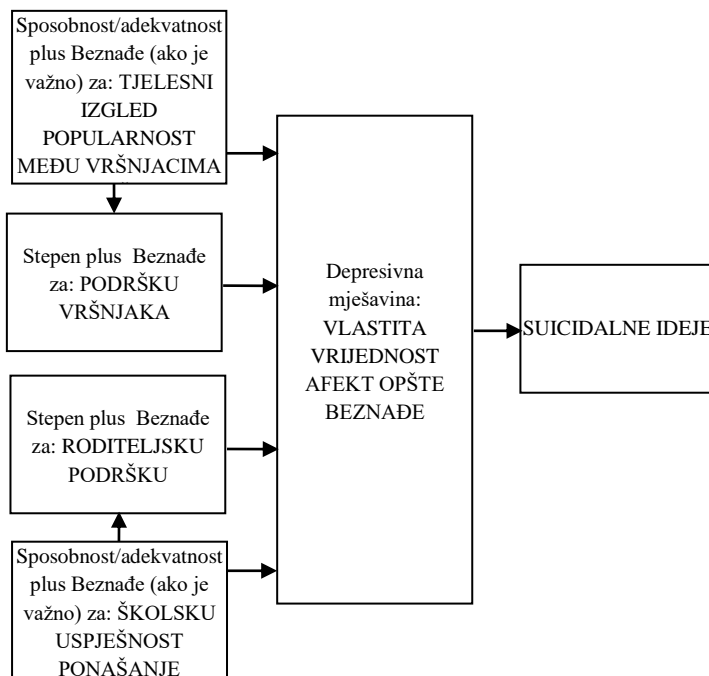
Integrativni model

Harter, Marold i Whitesell (1991) pokušali su povezati podatke i predstavili model po kojem se postepenim slijedom dolazi do suicidalnih ideja. Suicidalnim idejama neposredno prethodi i s njima je u bliskoj vezi ono što Harterova naziva depresivnom mješavinom koju čine tri međusobno povezana faktora: opšta ocjena vlastite vrijednosti, afekt i opšta bespomoćnost. Prva dva su značajno povezana: što je niža ocjena vlastite vrijednosti, to su snažniji osjećaji depresije. Depresivna mješavina potiče iz adolescentovih osjećanja nesposobnosti i nedostatka podrške porodice i prijatelja. Ova dva faktora sposobnosti i podrške takođe su na određen način povezani. Što se tiče sposobnosti, tjelesni izgled, popularnost među vršnjacima i fizičke sposobnosti u vezi su sa podrškom vršnjaka, a školski uspjeh i ponašanje povezani su sa roditeljskom podrškom.

Analizom podataka dobivenih istraživanjima pokazalo se da su sposobnost i podrška povezani sa depresivnom mješavinom. Sklop koji sadrži sposobnosti vezane uz vršnjake i podršku vršnjaka u bližoj je vezi sa depresivnom mješavinom od sposobnosti i podrške roditelja, vjerovatno zato što je ovaj prvi bliži adolescentskom shvatanju. Sposobnosti vezane uz roditelje i roditeljsku podršku važni su u razlikovanju adolescenata koji su bili samo depresivni od onih koji su bili depresivni i imali suicidalne ideje.

Među različitim sposobnostima, izgled pokazuje najčvršću vezu sa depresivnom mješavinom, a nakon toga slijedi uspjeh u školi, ponašanje, popularnost i fizičke sposobnosti.

Kada je riječ o podršci, i roditelji i vršnjaci podjednako su povezani sa depresivnom mješavinom. No, važan je kvalitet podrške. Bez obzira na stepen kada mladi smatraju da se ponašaju na određeni način samo sa ciljem da zadovolje roditelje ili vršnjake, njihovo samopoštovanje se smanjuje, a depresija i beznađe povećavaju. Samo безусловna podrška pomaže mladima da umanje depresivnu mješavinu što pokazuje model suicidalnih ideja, a predstavljen je na Slici 10.



Slika 10. *Opšti model faktora rizika* (Izvor: Harter, Marold i Whitesell, 1992, prema Wenar 2003, str. 216).

U sljedećem primjeru moguće je prepoznati neke od tipičnih problema dječije suicidalnosti.

Slučaj 23

Jasna, djevojčica uzrasta od 7 godina i 7 mjeseci, jedino je dijete u porodici, roditelji su nezaposleni, žive od svog domaćinstva. Prema riječima majke, česti su sukobi zbog neimaštine, otac se „ljuti kada u kući ničeg nema“.

Prvi put je hospitalizovana na odjelu neurologije zbog pokušaja suicida lijekovima, čemu su prethodili neugodni događaji u porodici. Toga dana ošišala je kosu. Otac navodi da je to uradila u kuhinji bez nekog posebnog razloga. Nakon toga ju je istukao, po riječima oca: „Udarilo sam je dva puta lagano po zadnjici“. Po tijelu djevojčice bili su vidni veliki otisci od kaiša. Majka nije bila prisutna, ali potvrđuje da otac često tuče djevojčicu svom snagom i da pri tom ne gleda gdje je udara, „oboje brzo

planemo“. Majka koristi antidepressivnu terapiju. Nakon stresnog događaja, djevojčica je otišla na spavanje, ali je prethodno popila majčine tablete, navodno „brufen“. Otac ju je zatekao kako povraća i tada su je doveli u bolnicu.

Djevojčica je rođena dva mjeseca prije termina, nije dojena, progovorila i prohodala sa 14 mjeseci, higijenske navike usvojila sa 2,5 godine. Kao dijete, tri puta je liječena od upale pluća, prvi put kao dojenče. Tetka sa očeve strane je kategorisana (umjerena mentalna zaostalost). U školi često ispoljava agresivno ponašanje prema vršnjacima i hiperaktivna je.

Završila je drugi razred osnovne škole, vrlodobrim uspjehom. Intelektualna razvijenost je u kategoriji prosječnih sposobnosti (donja granica), uz redukciju efikasnosti zbog slabije pažnje i koncentracije. Pažnja je površna, kratkotrajna, slabog tenaciteta. Tokom rada djeluje povučeno. Pozitivno reaguje na testovni materijal, navodi da bi to voljela i kod kuće raditi (igra plastelinom, crtanje). Reaguje na zabrane. Jasna je vrlo zatvorena, nepristupačna, sklona potiskivanju negativnih emocija i impulsivnim reakcijama, što je dominantno uzrokovano porodičnom organizacijom. Stiče se utisak značajnog udjela socio-edukativnog faktora na opšti psihički razvoj, kao i na uticaj porodične disfunkcionalnosti na ponašanje.

Svaki pokušaj suicida potrebno je ozbiljno i profesionalno shvatiti i organizovati odgovarajući pristup.

Terapijski pristupi

Pokušaji suicida usko su povezani sa porodičnom organizacijom i dinamikom, te je učešće roditelja u tretmanu obavezno u bilo kojoj vrsti terapije. Tretman adolescenata koji su pokušali suicid započinje u zdravstvenim ustanovama i to najčešće u službama hitne pomoći, a potom se nastavlja ambulantno ili bolnički. U većini slučajeva, nakon hitne medicinske intervencije, ljekari predlažu hospitalizaciju kojom se obezbjeđuje stabilizacija opšteg stanja, izolacija i zaštita od izvora stresa. Alternativu hospitalizaciji predstavlja suicidalni nadzor u okviru porodice koji podrazumijeva privremeno preuzimanje odgovornosti za život mladih

danju i noću, tokom 24 sata. Medikamentna terapija nema naročitu primjenu jer su u osnovi pokušaja suicida uglavnom psihosocijalni problemi. Terapija lijekovima indicirana je samo u (rijetkim) slučajevima shizofrenije i kod izraženih bioloških znakova depresije (gubitak sna i apetita) (Hawton, 1986). Rezerva prema prepisivanju lijekova postoji i zbog moguće njihove zloupotrebe.

Individualna psihoterapija primjenjuje se najčešće kod starijih adolescenata i ne bi trebalo da bude dugotrajna. Kod suicidalnih adolescenata efikasnija je kratka, intenzivna, u osnovi suportivna terapija, usmjerena na tekuće probleme koji se rješavaju paralelno sa održanjem redovnih aktivnosti uz odgovarajuću podršku porodice i škole (Kerenberg, 1994, prema Srna 1997). U praksi je primjetno, a to potvrđuju i malobrojna istraživanja efikasnosti terapije, da suicidalni mladi izbjegavaju psihoterapiju. Većina prihvati pod pritiskom roditelja ili ljekara, ali najčešće odustaju i napuštaju započetu terapiju nakon nekoliko seansi. Ovakav stav suicidalnih adolescenata prema terapiji u najvećoj mjeri je odraz psihičkog stanja suicidalnog adolescenta i stavova roditelja prema psihoterapiji. Adolescent je opterećen osjećanjem krivice zbog pokušaja suicida, plaši se i stidi kontakta sa psihijatrijskom ustanovom. U osnovi je uvijek, u većoj ili manjoj mjeri, prisutan strah od stigmatizacije kako kod suicidalnih mladih, još više kod roditelja.

Porodična terapija je psihoterapija izbora s obzirom na važnost porodičnih odnosa u nastanku pokušaja suicida. Cilj porodične terapije je izazivanje promjene u porodičnim interakcijama i poboljšanje porodičnih odnosa. Posebno važno područje rada porodičnih terapeuta sa porodicom suicidalnog adolescenta je poboljšanje komunikacije u nuklearnoj i proširenoj porodici, kao i identifikovanje potencijalnih izvora podrške.

Grupna psihoterapija primjenjuje se u situacijama kada je potrebno pružiti pomoć većem broju suicidalnih adolescenata. U grupi se povećava motivacija za terapiju i grupa predstavlja sigurno i prihvatajuće okruženje koje omogućava suicidalnom adolescentu da povрати povjerenje u sebe i svijet u kojem živi. Neki autori smatraju da su mogućnosti grupne psihoterapije ograničene (Stanojević, 1976; Biro, 1982, prema Srna 1997),

pa se ona preporučuje samo kao eventualni dodatak individualnoj psihoterapiji (Resnik i autori, 1973, prema Srna 1997).

Prevenција adolescentne suicidalnosti

Prevenција suicidalnosti adolescenata podrazumijeva da će se suicidalno ponašanje smanjiti sa poboljšanjem različitih aspekata psihosocijalnog života. Preventivne mjere u oblasti suicidalnosti moguće je planirati na tri nivoa: primarnom, sekundarnom i tercijarnom. Primarna prevenција se odnosi na sprečavanje suicidalnog ponašanja u prvoj instanci da do njega i ne dođe. Sekundarna i tercijarna prevenција odnose se na tretman koji je usmjeren na sprečavanje novih pokušaja. Posebna pažnja se posvećuje rizičnim grupama u koje spadaju oni koji su više puta pokušali suicid, skloni zloupotrebi alkohola, droga i slično.

Shneidman, 1985, 1987, prema Davison i Neale, 1999) predlaže opšti pristup preveniji suicida u tri etape:

- pokušati ublažiti intenzivnu psihološku bol i patnju,
- proširiti sužene poglede pomažući pojedincu da sagleda i druge mogućnosti, a ne samo krajnosti trajne patnje ili ništavila,
- ohrabriti osobu da se barem malo suzdrži od samouništavajućeg čina.

U pojedinim sredinama postoje centri za prevenciju suicida u kojima suicidalne osobe 24 sata mogu dobiti savjet putem otvorene telefonske linije, poznate kao „vruća telefonska linija“ za one koji su zaokupljeni razmišljanjima o suicidu. Ovakvi centri često su organizovani pri nevladinim organizacijama ili pri centrima za mentalno zdravlje u nekim lokalnim zajednicama. Telefonske pozive, od ljudi u suicidalnim krizama, primaju volonteri koji daju savjete pod nadzorom profesionalaca (psihijataru, psihologa). Početni entuzijazam koji je pratio osnivanje preventivnih volonterskih „tele-apel centara“ danas je značajno splasnuo, jer su istraživanja ozbiljno dovela u pitanje efikasnost ovog oblika prevencije (Biro, 1981, prema Srna 1997).

S ciljem razumijevanja suicida, rasprostranjen je postupak *psihološke autopsije*, razvijen u Los Angeles centru, u svrhu prevencije suicida (Shneidman, Faberow i Litman, 1970, prema Davison i Neale 1999).

Osnovni zadatak psihološke autopsije je da pomogne u otkrivanju načina smrti. Metod psihološke autopsije podrazumijeva sistematično intervjuisanje ključnih osoba (bračnih drugova, partnera, roditelja, odrasle djece, prijatelja, kolega, ljekara, pretpostavljenih i saradnika), analizu informacija dobijenih telefonskim razgovorom, ili informacija iz zabilješki i „oproštajnih pisama“ koji su ostali iza samoubica. Procijenjeno je da između pet i dvadeset procenata svih smrti, koje dolaze do sudske medicine, zagonetne su i nejasne. Detaljnim prikupljanjem i analiziranjem podataka o načinu smrti mogu se izdvojiti četiri cilja psihološke autopsije (Janković, M., Stanković, Čorak, i Janković, B., 2011):

- da odredi da li je smrt prirodno uzrokovana ili je zadesna, da li je nastala kao posljedica suicida ili ubistva,
- da odredi pokojnikovo psihološko stanje prije smrti. Rekonstrukcija ove mentalne procjene, pomaže u iznalaženju uzroka suicida, izbora određenog vremena izvršenja i identifikovanja obrazaca ponašanja suicidalnih osoba,
- da rekonstruiše dobijene informacije na odgovarajući način kako bi one pomogle preživjelima da vodi intervju sa porodicom i prijateljima preminulog,
- da iskoristi dobijene podatke u tretmanu budućih suicidalnih pacijenata.

Postoje dva glavna trenda u sprovođenju psihološke autopsije: istraživački i klinički. Prvi trend podrazumijeva istragu jednog smrtnog slučaja, u cilju razjašnjavanja uslova pod kojima je osoba umrla. Rezultati ovakvih studija sadrže opise smrtnog slučaja i informacije koje mogu pomoći porodici i prijateljima da bolje razumiju zašto je do tragičnog događaja došlo. Drugi trend može dovesti do određenih sugestija za prevenciju samoubistava (Cook, Cross i Gust, 1996).

SOMATOFORMNI I DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI

Somatoformni poremećaji predstavljaju grupu poremećaja za koje nije poznat fiziološki uzrok i nisu pod voljnom kontrolom. U ovu grupu spadaju konverzivni poremećaj, poremećaj osjećaja boli, poremećaj šeme vlastitog tijela, hipohondrija i somatizacija.

Konverzija i somatizacija su poremećaji koji se mogu češće sresti kod djece i adolescenata.

Konverzivni poremećaji

Karakteristični simptomi za konverzivni poremećaj podsjećaju na neurološka oštećenja, ali je neurološki i fiziološki status uredan. Osoba može osjetiti oduzetost noge ili ruke, osjećaj obnevidjelosti i slično. Neki oblici konverzivnih poremećaja su afonija, gubitak normalnog glasa i svih oblika govora osim šaputanja, anozmija, gubitak ili poremećaj osjećaja mirisa, lažna trudnoća i drugi. Konverzivni simptomi obično se pojavljuju iznenada u stresogenim situacijama i na taj način omogućavaju osobi da izbjegne neku aktivnost ili odgovornost i da privuče pažnju najbližih. Naziv konverzija uveo je Freud. On je tumačio da se energija potisnutog instinkta preusmjerava u osjećajno–motoričke kanale i blokira njihovo djelovanje. Tako se vjerovalo da se anksioznost i psihički konflikt preobraćaju (konvertuju) u tjelesne simptome. Osobe sa konverzivnim simptomima ne povezuju svoje simptome sa stresnim situacijama, ne ispoljavaju anksioznost ni strah, što se može primijetiti i u sljedećem primjeru.

Slučaj 24

Goran, učenik prvog razreda srednje škole, kratkotrajno hospitalizovan radi ispitivanja zbog smetnji koje su se prvi put pojavile u školi. Na času matematike, za vrijeme pismenog rada prvo je osjetio bol u predjelu srca

koji se širio u lijevu ruku do lakta, zatim u desnu, nakon toga je trnuo prst po prst (skoro su se ukočili) tako da nije mogao pisati ni savijati prste. To ga je jako uplašilo, jer do tada nije imao slične smetnje. Drugi dan u bolnici, žali se na blagu glavobolju, povremeni bol u predjelu srca i trnjenje ruku, a povremeno i kočenje prstiju desne ruke (manje nego prethodni dan u školi). Na pitanje šta se dešavalo neposredno prije pojave simptoma, Goran odgovara: „Ništa nije bilo, super sam se osjećao, nisam bio posebno nervozan, jer se ne uzbuđujem previše oko ocjena. Nisam se plašio šta ću dobiti iz pismenog...ne znam sve je bilo u redu.“

Živi sa majkom, otac je umro prije dvije godine, nakon četiri mjeseca bolesti (tumor na mozgu). Jedna tetka (sa očeve strane) je psihijatrijski pacijent. Dvije starije sestre su udate. Od predškolskog perioda pa sve do 12 godina imao je česte bronhitične napade. Od pete godine je trenirao fudbal, a u zadnjih četiri godine trenira sjedeću odbojku i dva puta godišnje ima obavezne sistematske preglede. Prije dva mjeseca, prilikom sistematskog pregleda, svi nalazi su bili uredni. Prvi razred je pohađao u građevinskoj školi pa je imao slabe ocjene i izgubio godinu. Školovanje je nastavio u drugoj školi i postiže dobar uspjeh (3). U zadnje vrijeme slabijeg je apetita, spava dugo. Strahove negira, nervira se jedino kada gubi u sportu. U stresnim situacijama se povlači. Sa majkom se dobro slaže, stiče se utisak da je preuzeo dominantnu ulogu u porodici i preuzima više aktivnosti u domaćinstvu koje je radio otac.

U test situaciji sa dječakom se uspostavlja i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnja, aktuelna intelektualna efikasnost je uredna, u kategoriji prosječnih sposobnosti (donja granica prosjeka).

Aktuelno stanje ni na koji način ne povezuje sa životnim događajima koji su se dešavali u posljednje vrijeme. Medicinski nalazi su pokazali zadovoljavajuće zdravstveno stanje. Ruka je bila opuštena u vrijeme spavanja, a nekoliko dana se žalio na sve slabiju i slabiju “zakočenost” prstiju i ruke.

Somatizacija

Poremećaj koji je u DSM-IV klasifikaciji označen kao somatizacija predstavlja ponovljene, višestruke tjelesne tegobe zbog kojih osoba traži

medicinsku pomoć, ali koji nemaju vidljivog tjelesnog uzroka. To je sindrom koji je prvi opisao francuski ljekar Pjer Briquet (Pierre Briquet) još 1859. godine pa je u početku nazivan Briquetov sindrom. Uobičajeni simptomi su: vrtoglavica, glavobolje, otežano disanje, bolovi u stomaku, leđima i grudima, mučnina, umor, probavni simptomi, lupanje srca (palpitacije) bolovi u zglobovima, nogama i rukama.

Somatizacija i konverzivni poremećaji imaju više zajedničkih simptoma pa se često obje dijagnoze mogu primijeniti na istu osobu (Ford i saradnici, 1984, prema Davison i Neale, 1999). Zajedničko im je učestalo posjećivanje ljekara (često mijenjanje ljekara) uz obilnu medicinsku dokumentaciju i uzimanje lijekova. Često su nezadovoljni sa ljekarskom uslugom i uporno tragaju za stručnjacima koji će riješiti njihov problem. Osobe sklone somatizaciji koriste mnogo lijekova i imaju bogate kućne apoteke. Poremećaj je učestaliji kod djevojaka i žena nego kod muškaraca (Viederman, 1986, prema Davison i Neale, 1999).

Somatizacija tipično počinje u kasnoj adolescenciji i može biti udružena sa anksioznošću, depresijom, problemima u ponašanju, izostajanjem iz škole ili radnog mjesta (Kroll, Chamberlain i Halpern, 1979; Cloninger i saradnici 1986, prema Davison i Neale, 1999).

Etiologija

Pretpostavlja se da konverzivni poremećaj i somatizacija imaju slične uzročne faktore koji su objašnjeni u okviru psihoanalitičke, bihejviorističke, kognitivne i biološke teorije.

Psihoanalitička tumačenja vezana su za Freudove studije o histeriji na kojima je ispitivao pojam nesvjesnog. Freud je uobličio teoriju konverzivnog poremećaja i pretpostavio da su konverzivni poremećaji rani i nerazriješeni Elektrin kompleks. Djevojčica postaje incestuozno vezana za oca, ali su ti rani nagoni potisnuti, što dovodi i do zaokupljenosti seksom, a istovremeno i do izbjegavanja seksa. U kasnijem životu seksualno uzbuđenje ili neki slučajni događaj probude te potisnute nagone, a oni se preoblikuju (konvertuju) u tjelesne simptome koji u iskrivljenom obliku predstavljaju potisnute libidinozne nagone ili sile potiskivanja. Freud je naglasio da postoji primarna i sekundarna dobit od simptoma. Primarna

dobit od konverzivnih simptoma je izbjegavanje prethodno potisnutih impulsa ida. Sekundarna dobit je da omogući da osoba djelimično ili potpuno izbjegne neku trenutno neugodnu životnu situaciju ili da osigura pažnju drugih.

Savremena psihodinamska tumačenja histerijske sljepoće, kao jednog oblika konverzivnog poremećaja, zasnovana su na analizi eksperimentalnog proučavanja ispitanica uzrasta od 10 do 20 godina (Sackeim, Nordlie, i Gur, 1979 prema Davison i Neale, 1999). Ispitanice su iznenada doživjele gubitak vida, nisu mogle čitati ni sitna ni krupna štampana slova. Rezultati neuroloških testova bili su uredni. Rezultati ovih ispitivanja ukazali su da konverzivno slijepo osobe subjektivno se izjašnjavaju i doživljavaju da ništa ne vide, a istovremeno primaju vidne podražaje. Način na koji ispoljavaju svoju vidnu sposobnost može zavisiti od motivacije ispitanika.

Bihevioristički orijentisani teoretičari smatraju da su konverzivni poremećaji slični simuliranju. Osoba sa konverzivnim poremećajem pokušava se ponašati u skladu sa svojim shvatanjima o tome kako bi se ponašala osoba sa bolešću koja pogađa motorne ili osjetne sposobnosti. Ljudi mogu usvojiti obrasce ponašanja koji su vrlo slični mnogim klasičnim konverzivnim simptomima (Ullmann i Krasner, 1975, prema Davison i Neale, 1999).

Prema drugom biheviorističkom shvatanju somatoformnih poremećaja, posebno somatizacije različite tegobe, anksioznosti, bolovi se manifestuju kroz različite organe (Smith, Snyder i Perkins, 1983, prema Davison i Neale, 1999). Krajnja napetost nekog pojedinca može biti smještena u želučane mišiće, pa ta osoba osjeća bol, mučninu i povraća. Jednom kada je normativno funkcionisanje ometeno, obrazac neprilagođenog ponašanja može jačati zbog pažnje koja je na njega usmjerena. S druge strane, takvim stanjem opravdavaju mnoge neurađene aktivnosti i neuspjehe.

Sociokulturne teorije zasnivaju svoja tumačenja na navodnom smanjenju učestalosti konverzivnih poremećaja tokom dvadesetog vijeka u odnosu na značajnu učestalost u drugoj polovini devetnaestog vijeka, posebno u Francuskoj i Austriji. Ovu pojavu psihoanalitičari objašnjavaju

strogim i rigidnim stavovima prema seksualnosti u navedenim zemljama u prošlom vijeku. Prema ovoj teoriji, smanjenje učestalosti konverzivnih reakcija može se objasniti smanjenjem seksualnih stega i slobodnijom seksualnosti, ali i većom psihološkom i medicinskom prosvijećenošću kulture 20. vijeka. Nekoliko istraživanja potvrđuju ovu teoriju (Proctor, 1958, prema Davison i Neale).

Prevalencija konverzivnih reakcija bila je izrazito visoka (13%) kod djece koja su liječena na psihijatrijskoj klinici Medicinskog fakulteta Univerziteta Sjeverne Karoline. Autor je zapazio da većina hospitalizovane djece potiče iz seoskih sredina sa niskim socioekonomskim i obrazovnim statusom i izraženom religioznošću stanovnika. Životne okolnosti u Sjevernoj Karolini sredinom 20. vijeka bile su slične onima u Austriji i Francuskoj tokom 19. vijeka. Slični rezultati dobijeni su i kasnijim istraživanjima i pokazuju da se smanjuje učestalost dijagnostikovanja konverzivnih poremećaja u industrijalizovanim društvima (na primjer, Engleska; Hare, 1969, prema Davison i Neale, 1999), ali ne i u nerazvijenim (Libija, Pu i saradnici, prema Davison i Neale, 1999). Ova razlika djelimično može biti rezultat različite dijagnostičke prakse u pojedinim zemljama. Veća prosvijećenost i znanje iz oblasti psihologije i medicine dovode do smanjivanja prevalencije konverzivnih poremećaja. Stavovi prema anksioznosti su tolerantniji nego prema disfunkcijama za koje nema razumnog fiziološkog objašnjenja (Davison i Neale, 1999).

Genetski činioci. Na osnovu dosadašnjih rezultata istraživanja, genetski činioci nemaju bitnu ulogu u nastanku somatoformnih poremećaja. Neka neurofiziološka objašnjenja zasnivaju se na činjenici da su emocije vezane uz konverzivni poremećaj nedostupne budnoj svijesti, pružila su istraživanja koja su pokazala da se konverzivni simptomi pojavljuju češće na lijevoj nego na desnoj strani tijela (Galín, Diamond i Braff, 1977; Stern, 1977; Ford i Folks, 1985, prema Davison i Neale, 1999). U većini slučajeva lijevostrane tjelesne funkcije nadzire desna moždana hemisfera, pa bi se tako moglo zaključiti da je većina konverzivnih simptoma povezana sa funkcionisanjem desne moždane hemisfere. Moguće je da kod osoba sa konverzivnim poremećajima lijeva moždana hemisfera, na neki način, blokira impulse što iz desne hemisfere donose neprijatne i bolne

emocionalne sadržaje. Zato, osobe sa konverzivnim poremećajem ne mogu uspostaviti vezu između tih sadržaja i uznemirujućih okolnosti ili svojih emocionalnih potreba. Podaci istraživanja koja su vršena na osobama kod kojih su hirurški razdvojene moždane hemisfere radi sprečavanja širenja epileptičnih napada iz jedne u drugu hemisferu, pokazuju slične rezultate. Ovo su mogući pravci istraživanja da bi se došlo do pouzdanijih podataka u ovoj oblasti.

Terapijski pristupi

Osobe sa somatoformnim poremećajima svoje tegobe doživljavaju kao organske, tjelesne i zato se znatno češće obraćaju ljekarima nego psiholozima i psihijatrima. Usmjereni su i zainteresovani za terapiju lijekovima, na kojoj često insistiraju, dok su nepovjerljivi i nezainteresovani za psihoterapijske pristupe, tako da su rezultati terapijskih iskustava rijetki i oskudni i svode se na prikaze pojedinačnih slučajeva iz kliničke prakse.

S obzirom na psihoanalitičko stanovište o masovnom potiskivanju i preoblikovanju (konvertovanju) psihičke energije i danas neki terapeuti suočavaju osobe sa konverzivnim poremećajima sa infantilnim porijeklom potiskivanja koristeći pri tome slobodne asocijacije i druge vidove uklanjanja ili smanjivanja potiskivanja. Psihoanalitički usmjerene psihoterapije nisu se pokazale posebno uspješnima u liječenju konverzivnih poremećaja, osim u smanjivanju bolesnikove zabrinutosti u pogledu onesposobljavajućih problema (Ochtil, 1982, prema Davison i Neale, 1999).

Bihevioristički usmjereni terapeuti primjenjuju više tehnika, kao što su: sistematska desenzitizacija, asertivni trening i uvježbavanje socijalnih vještina. Bilo koji oblik kognitivne terapije može uticati na smanjenje intenzivne anksioznosti koja prati somatizaciju i potkrijepiti oblike ponašanja koji će omogućiti nestajanje ili ublažavanje simptoma.

Disocijativni poremećaji

Osnovne karakteristike ovih poremećaja su poremećaj svijesti, pamćenja i identiteta. Osobe sa disocijativnim poremećajima mogu se ne sjećati važnih događaja iz svoje prošlosti, privremeno zaboraviti ko su ili uzeti novi

identitet. Poznato je da neke osobe sa ovim smetnjama mogu otići od kuće u nepoznatom pravcu, a da ne znaju kako i kada su tamo stigli. Podaci o prevalenciji disocijativnih poremećaja nisu pouzdani. Jedna od poznatijih i valjanijih studija ukazuje na prevalenciju od 7% za amneziju, 2,4% za depersonalizaciju i 0,2% za fugu (Ross, 1991, prema Davison i Neale, 1999). Disocijativna stanja se razlikuju od konverzivnih po tome što dijete ili adolescent ne pokazuje javno svoj sukob preko tijela, nego želi da ga izbjegne (Tadić, 2000). Na sljedećim stranicama ukratko ćemo opisati osnovne disocijativne poremećaje, u koje spadaju:

- Disocijativna amnezija,
- Disocijativna fuga,
- Disocijativni poremećaj identiteta,
- Depersonalizacija.

Disocijativna amnezija

Osnovna karakteristika osoba sa disocijativnom amnezijom je da se iznenada ne mogu prisjetiti važnih ličnih podataka. Praznine u sjećanju su značajne i ne mogu se objasniti uobičajenom zaboravnošću. Pojavljuju se nakon jake stresne situacije, smrti bliske osobe, saobraćajne nesreće i drugo. Amnezija može biti parcijalna, kada se odnosi samo na pojedine detalje tokom stresnog intervala ili potpuna kada obuhvata cijeli život. U slučaju potpune amnezije osoba ne prepoznaje najbliže ukućane, ali su sačuvana prethodna znanja, može da razgovara, čita, piše i sudjeluje u raznim aktivnostima. U ponašanju nisu primjetne vidljivije promjene, jedino što osoba može djelovati dezorijentisano usljed izmijenjenog pamćenja. Epizode amnezije mogu trajati različito od nekoliko sati do nekoliko godina. Počinje i prestaje iznenada. Nakon prestanka osoba se osjeća potpuno funkcionalnom, a izgledi za ponovno pojavljivanje su minimalni. Gubitak pamćenja je karakterističan za mnoga neurološka oboljenja, traumatske povrede mozga ili prilikom zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. U slučajevima neuroloških oboljenja gubitak pamćenja počinje postepeno i nije vezan za stresni događaj. U slučajevima traumatske povrede i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, gubitak pamćenja može se povezati sa

traumatskim događajem ili vrstom psihoaktivne supstance (Davison i Neale, 1999).

Disocijativna fuga

Ovaj poremećaj najčešće se pojavljuje nakon izrazitog stresa (prirodne katastrofe, smrt značajne osobe i slično). Odlikuje ga iznenadna i potpuna amnezija, napuštanje dotadašnje životne sredine, odlazak u novu sredinu i preuzimanje novog identiteta (uzima novo ime i prezime, predstavlja se novim identitetom). Fuga je ograničenog vremenskog trajanja, obično traje kratko. U većini slučajeva socijalni kontakti su prekinuti ili svedeni na najmanju mjeru. Vrijeme oporavka je individualno, a oporavak potpun. Osoba se ne može prisjetiti događaja i sadržaja tokom fuge.

Disocijativni poremećaj identiteta

Ovaj poremećaj obično počinje tokom ranog djetinjstva, ali se rijetko dijagnostikuje prije adolescencije. Ima hroničan tok i kompleksniju simptomatologiju u odnosu na ostale disocijativne poremećaje. Učestaliji je kod žena nego kod muškaraca. Prema DSM-IV za dijagnostikovanje disocijativnog poremećaja identiteta (DPI) ili poremećaja višestruke ličnosti (PVL) potrebno je da osoba ima barem dva odvojena ego-stanja (alter-ega, dvojnika). Obično su dvojnici potpuno različite ličnosti, čak uzajamno suprotne. Svaki dvojnik je potpuno integrisan i složen, sa vlastitim oblicima ponašanja, uspomena i međuljudskim odnosima. Pojavljuju se i upravljaju sviješću u različitim periodima. Postojanje različitih dvojnika je dugotrajno (hronično) i teško (uzrokujući značajan poremećaj životnog toka). Kada pojedinac ima više od dva dvojnika, svaki od njih u izvjesnoj mjeri može biti svjestan postojanja ostalih, mogu međusobno komunicirati i sprijateljiti se. Disocijativni poremećaj identiteta često je teže diferencijalno dijagnostički razlikovati od shizofrene reakcije i često se može pogrešno dijagnostikovati kao shizofrenija (Rosenbaum, 1980, prema Davison i Neale, 1999). Kod disocijativnog poremećaja identiteta, rascjep ličnosti ogleda se u dva ili više odvojenih koherentnih sistema koji naizmjenično postoje unutar iste osobe, a kod osoba sa shizofrenijom zasniva se na rascjepu između kognicije i afekta (Davison i Neale, 1999). U kliničkoj

literaturi dokumentovan je i poznat primjer disocijativnog poremećaja identiteta u slučaju Eve Vajt u javnosti poznat po filmu Tri Evina lica (The three faces of Evelyn). Slučaj Eve Vajt (Eva White) prikazao je i objavio psihijatar, Robert Džins (Robert F. Jeans) koji ju je liječio sa saradnicima u studiji slučaja (Osgood, Luria, Jeans i Smith, 1976). Terapijski ishod je predstavljao integraciju nekoliko ličnosti ne isključujući nijednu. Većina savremenih istraživača smatra da višestruke ličnosti imaju značajne funkcije i da su značajni vidovi cjelokupne osobe, pa nastoje tokom terapije „stopiti“ ih u jednu ličnost (Ross, 1989, prema Davison i Neale 1999).

Depersonalizacija

Prema DSM-IV klasifikaciji, depersonalizacija je navedena kao disocijativni poremećaj, iako se razlikuje od ostalih disocijativnih poremećaja po tome što izostaje poremećaj pamćenja koji je tipičan za sve ostale poremećaje iz ove grupe. Osnovna karakteristika osoba sa ovim poremećajem je da opažaju promjene sebe, da su drugačiji od drugih, da su te promjene vidne i da to primjećuju i drugi. Simptomi na koje se pozivaju depersonalizovane osobe su da im se mijenja veličina pojedinih dijelova tijela (ogromna glava, izdužene ili kratke noge, veliki nos i slično), da su izašli iz svoga tijela i posmatraju ga sa udaljenosti. Promjene doživljavaju u negativnom smislu, na fizičkom planu i na planu ličnosti. Depersonalizovana osoba postepeno se povlači od društva i sve više se zatvara u svoj imaginarni svijet. Slične epizode mogu se pojaviti i kod shizofrenih osoba, pa je potrebno razlikovati ih. Kod shizofrenih osoba epizode depersonalizacije su intenzivnije i distanciranje shizofrene osobe od vlastitog ja je potpuno i stvarno, dok je kod osoba sa depersonalizacijom iskazano kroz „kao da...kao da je robot, kao da ima izdužen nos, kao da je on neko drugi...“.

Etiologija

Prema psihoanalitičkoj teoriji, disocijativni poremećaji su nastali nakon snažnog potiskivanja negativnih događaja iz najbliže sredine ili karakteristika vlastite ličnosti. Psihoanalitičari, pored koncepta potiskivanja, naglašavaju značaj infantilnih seksualnih konflikata u edipalnoj fazi ravoja. Disocijativni identitet se uglavnom uspostavlja još u djetinjstvu i rezultati

istraživanja ukazuju da je oko 80% osoba sa disocijativnim identitetom doživjelo fizičko zlostavljanje u djetinjstvu, a oko 70% ih je bilo prisiljeno na incest (Putnam i saradnici, 1983, prema Davison i Neale, 1999).

Bihevioristički orijentisani terapeuti objašnjavaju disocijativne poremećaje kao reakcije izbjegavanja koje imaju funkciju zaštite od neugodnih i stresnih događaja.

Terapijski pristupi

Psihoanalitička terapija je jedna od najzastupljenijih u tretmanu disocijativnih poremećaja. Osnovni cilj je da djeluje na smanjenje i prekidanje potiskivanja, koristeći psihoanalitičke tehnike.

Bihevioralno orijentisani terapeuti uglavnom izdvajaju anksioznost kao značajan uzročni i prateći faktor ovih poremećaja i svoje pravce djelovanja usmjeravaju na umanjeње anksioznosti.

S obzirom na to da su disocijativni poremećaji u izvjesnoj mjeri reakcije izbjegavanja u odgovoru na snažan stres, terapija se može poboljšati edukativnim programima i podučavanjem o načinima i tehnikama uspješnog suočavanja sa stresom. Depersonalizujući poremećaji ličnosti prisutni su i kod djece, posebno kod adolescenata, i rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za što ranijim prepoznavanjem i dijagnostikovanjem ovih poremećaja jer je rana terapija uspješnija i kratkotrajnija, što bi djelovalo preventivno na pojavu depersonalizujućeg poremećaja identiteta u adolescenciji i odraslom dobu (Kliff, 1984b, prema Davison i Neale, 1999).

PSIHOFIZIOLOŠKI POREMEĆAJI

U novijoj literaturi koristi se termin psihofiziološki poremećaji, a kada se u pitanju prolazne psihofiziološke smetnje koje se javljaju tokom djetinjstva i adolescencije (bol u stomaku, znojenje dlanova, glavobolja, nagon na povraćanje i drugi), najprimjerenije bi bilo koristiti termin psihofiziološke reakcije. Ranije su upotrebljavani termini psihosomatski poremećaji ili psihosomatske bolesti, a kod djece najčešće je korišćen izraz psihosomatske reakcije. U DSM-IV nije dato značajnije mjesto psihofiziološkim poremećajima, iako su bili navođeni u nekim verzijama prethodnih klasifikacija (DSM-III).

U MKB-10 termin „psihogeno“ i „psihosomatsko“ ne koristi se u nazivima kategorija, zbog različitih značenja koja postoje u različitim jezicima i psihijatrijskim tradicijama. „Psihosomatsko“ se ne koristi i zbog toga što bi se moglo shvatiti da upotreba ovog termina podrazumijeva da fiziološki činioci nemaju nikakvu ulogu u početku, toku i ishodu drugih oboljenja, koja nisu tako opisana. Dijagnoza je smještena unutar širokog poglavlja koje obuhvata „druga stanja...“, pa se podrazumijeva da nije riječ o mentalnom poremećaju ali će ovdje biti govora o ovim poremećajima jer su oni istorijski povezani sa psihopatologijom. Klinička procjena i postavljanje dijagnoze sada je sveobuhvatnije. Ranije su psihofiziološki poremećaji posredovani autonomnim nervnim sistemom i obuhvatali su podskup klasičnih psihofizioloških bolesti. Nova dijagnoza je primjenljiva na bilo koju bolest. Razlog za tu promjenu je shvatanje da psihološki činioci mogu uticati na tok bilo koje bolesti. Danas je opšteprihvaćen stav da je većina bolesti povezana sa psihološkim činiocima i stresom.

U daljem tekstu biće korišćen termin psihofiziološke reakcije i poremećaji, umjesto psihosomatske reakcije i bolesti, jer jasnije određuje suštinu ovih poremećaja.

Psihofiziološki poremećaji (astma, hipertenzija, glavobolja, gastritis) obilježeni su tjelesnim simptomima koji mogu biti uzrokovani ili pojačani emocionalnim činiocima (Davison i Neale, 1999). Psihofiziološki poremećaj je stvarna bolest koja uključuje oštećenje tijela, iako je taj poremećaj primarno uzrokovan emocionalnim činiocima. U prethodnom poglavlju bilo je govora o konverzivnim poremećajima koji imaju izvjesne sličnosti sa psihofiziološkim poremećajem. Ipak, oni se razlikuju i radi se o dva različita poremećaja. Konverzivni poremećaji ne uključuju stvarno oštećenje organa, dok je kod psihofizioloških moguće utvrditi oštećenje organa (Tabela 16).

Tabela 16. *Komparacija psihofizioloških i konverzivnih poremećaja*

<i>Vrsta poremećaja</i>	Organsko, tjelesno oštećenje	Pogođena tjelesna funkcija
Konverzivni poremećaji	Ne	Voljna
Psihofiziološki poremećaji	Da	Nevoljna

* Davison i Neale, 1999.

Kod psihofizioloških poremećaja problem se ne pojavljuje u obliku anksioznosti ili poremećaja u ponašanju, već kao tjelesni simptom koji izrazito upućuje na fizičku disfunkciju. Tek kada se simptomu ne pridaje važnost ili se potcjenjuje pojaviće se emocionalne reakcije u vidu anksioznosti, depresije, straha i drugih. Na primjer, ako se osmogodišnjak žali na bolove u stomaku i tvrdi da ne može ići u školu, a roditelji ga prisiljavaju da ide, pojaviće se anksioznost i druge emocionalne reakcije.

Psihofiziološki poremećaji kod djece i adolescenata definišu se kao prolazni ili trajni poremećaji tjelesne funkcije, koji su nastali, pored ostalog, i kao posljedica djelovanja tadašnjih ili ranijih psiholoških uticaja i mehanizama (Lejić, 1995). Dakle, psihofiziološke ili psihosomatske reakcije kod djece su tjelesna stanja emocionalnog porijekla.

Kada se razmatra učestalost psihofizioloških bolesti na našim prostorima, onda podaci iz protokola sigurno ne bi odgovarali stvarnom epidemiološkom stanju. Prilikom kliničke procjene, otkrivanja i pravilnog dijagnostikovanja otkriva se pravi problem sa ovom vrstom poremećaja.

Zdravstvena psihologija

Medicinski model usmjeren je na tjelesno ispoljavanje bolesti i uspješno se suočava sa akutnim i zaraznim bolestima dok je nedovoljno uspješan u prevladavanju hroničnih bolesti (Berger, 2002). Mnoge probleme savremene medicine nije moguće riješiti medicinskim pristupom zdravlju i bolesti, posebno u slučajevima masovnih bolesti koje su ujedno najčešći uzročnici smrtnosti. U posljednjim decenijama prošlog vijeka postalo je jasno da je neophodno poznavanje psihopatologije, socijalne psihologije, sociologije, biohemije i drugih disciplina da bi se uspješnije rješavali zdravstveni problemi pa se pojavila tzv. „bihejvioralna medicina” ili „psihosomatska medicina”, a najnoviji trend nastao iz razvoja ovih novih disciplina je zdravstvena psihologija, kao grana primijenjene psihologije koja se u svijetu počela razvijati 70-ih godina prošlog vijeka i doživjela je brz razvoj u teoriji i primjeni psiholoških znanja i tehnika za unapređenje efikasnosti zdravstvene djelatnosti. Zdravstvena psihologija je grana psihologije koja se bavi zdravljem i bolešću u najširem smislu i konceptualno je šira oblast od kliničke psihologije koju uključuje, ali i prevazilazi. U medicinu je ušla preko različitih grana somatske medicine i preventivne zdravstvene zaštite (Berger, 2002). Zdravstvena psihologija predstavlja holistički, cjelovit pogled ne samo na čovjekove bolesti, već i na njegovo zdravlje i ostvaruje multidisciplinarni pristup ili bio-psihološko-socijalnu interakciju u pristupu čovjekovu zdravlju i njegovim bolestima. Najšire prihvaćenu definiciju zdravstvene psihologije dao je Mataraco (Matarazzo, 1980, prema Berger, 2002, str. 15), a prema kojoj zdravstvena psihologija predstavlja „agregaciju određenih edukacijskih, naučnih i stručnih doprinosa psihologije, poljima unapređenja i održavanja zdravlja, prevencije i liječenja bolesti, identifikacije etioloških i dijagnostičkih korelata zdravlja, bolesti i disfunkcija koje su sa njima u vezi, kao i poboljšanja sistema zdravstvene zaštite“. Pored proučavanja uloge stresa u nastanku bolesti, istraživači u ovoj oblasti proučavaju i usavršavaju i psihoterapijske pristupe, održavanje i podsticanje zdravih stilova života. Sredinom 80-ih godina kod nas se zapošljavaju prvi klinički psiholozi u različitim granama medicine.

Psihofiziološki poremećaji i stres

Na neprijatan događaj iz spoljašnje sredine svaki pojedinac reaguje na sopstveni način, neko reaguje psihičkim, a neko pretežno tjelesnim simptomima. Roditelji, škola i nastavnici predstavljaju za učenike izvore stresa, a individualne razlike učenika ogledaju se i u vezi s percepcijom stresa. Stres može značajno doprinijeti pojavi psihosomatskih simptoma (Vaselić i Mihajlović, 2019). Pojam stresa, njegovi pravci djelovanja kao i načini prevazilaženja usko su povezani sa psihofiziološkim poremećajima pa ćemo ukratko pomenuti osnovne teorije o stresu. Istraživanjem je identifikovana relacija između percepcije stresa, anksioznosti i psihosomatskih simptoma (Vaselić i Mihajlović, 2019). Lične polne razlike u doživljaju školskog uspeha pokazalo je i istraživanje Anić i Brdar (2007): u periodu djetinjstva stres je znatno niži, u ranom periodu adolescencije ima više nivoa, te oko petnaeste godine dostiže svoj plato na kojem se obično zadržava tokom adolescencije (Seiffge-Krenke, 2000).

Teorija o stresu

Sredinom tridesetih godina Hans Selye (Hans Selye) je izučavao stres i njegove efekte i došao je do značajnih saznanja od kojih je nastala Salijeva teorija o stresu, koja krajnje sažeto glasi:

- Stres je nespecifičan odgovor organizma na svaki štetan agens;
- Stresor je svaki agens koji organizam ugrožava biološki (u kasnijoj verziji i psihički i socijalno).

Odgovor organizma, ranije napomenut, odvija se u tri faze:

- faza alarma, koju odlikuje brza reakcija organizma po adrenergičnoj osi,
- faza otpora, koju odlikuju odvijanja preko parasimpatikusa,
- faza iscrpljenja.

Sve tri faze su činile opšti sindrom adaptacije (GAS: general adaptation syndrom), a bolesti koje su se razvile uglavnom u toku druge faze, pedesetih godina ovog vijeka su se nazivale bolesti adaptacije. Kasniji istraživači među stresore uvode sve one događaje koji ugrožavaju psihički i socijalni integritet pojedinca, te i sam Selye (1974) govori o psihosocijalnom

stresoru, čiji je biohemijsko-fiziološki učinak isti kao i kod fizičko-hemijskog stresora. Početkom 60-ih godina počinje veoma obiman rad na proučavanju mehanizama i procesa djelovanja stresora i puteva nastanka psihofiziološke bolesti, od poremećaja u funkciji do oštećenja građe organa. Sva ova istraživanja mogu se svesti na sljedeće:

- stres je uniformni, ali nespecifični odgovor organizma na djelovanje stresora,
- stresor je svaki onaj agens (fizički, hemijski, infektivni, psihički i socijalni) koji može da ugrozi tjelesni i psihički integritet individue,
- postoji samo mali broj univerzalnih stresora (bolest, rat, zemljotres).

Međutim, postoji veoma veliki broj individualnih stresora koji su specifično štetni samo za određenu individuu. To znači da je stres individualni doživljaj u jednoj kulturi i da svaka osoba ima svoje psihičke i socijalne stresore, na koje kvantitativno i kvalitativno reaguje isto kao da je biološki ugrožena. Aktivno suprotstavljanje događajima dovodi do predominacije simpatikusa, a pasivno prepuštanje događajima dovodi do predominacije parasimpatikusa.

Etiologija

Biološke teorije psihofiziološke poremećaje objašnjavaju specifičnim slabostima ili pojačanom aktivnošću pojedinih organskih sistema u odgovoru na stres. Mladi sa psihofiziološkim reakcijama u emotivnom smislu su vrlo osjetljivi i ranjivi. Teorija somatske slabosti tumači da u organizmu postoje organski sistemi koji su osjetljiviji i reaktivniji na stres bilo da su konstitucionalno slabiji ili su već bili podložni određenim bolestima, ili negativnim navikama (ishrana, pušenje).

Teorija specifične reakcije upućuje na eventualnu genetsku predodređenost reakcije na stres. Pokazalo se da ljudi imaju vlastite, specifične obrasce autonomnih reakcija na stres. Organski sistem koji najsnažnije odreaguje na stres obično je u riziku od psihofiziološkog poremećaja. Na primjer, ako pojedinac duže vrijeme reaguje na stres sa stomačnim problemima moguće je da će se pojaviti psihofiziološki poremećaj, kao što je ulcerozni kolitis, gastritis i slično.

Neki istraživači nalaze vezu između patologije majke i psihofizioloških reakcija kod djece i adolescenata (Engel, Sperling, Jassner, Ammon, Sachin, prema Taylor, 1987). Uloga oca je manje jasna, ali su očevi u nekoliko studija opisani kao „pasivni, neefikasni, pod dominacijom majki i relativno neuključeni sa djecom”. Iz različitih izvještaja u literaturi Sachin je sačinio opis tipične „psihosomatske majke“, koja može biti dominantna, pretjerano uključena i nametljiva, izuzetno zahtjevna, ljepljiva i gušuća. Sachin (prema Taylor, 1987) navodi da su ove majke sa smanjenim kapacitetom za empatiju i senzitivnost u odnosu na potrebe djece i adolescenata.

Prema rezultatima istraživanja u Srbiji, porodica u kojoj odrasta dijete sa psihofiziološkim smetnjama razlikuje se od ostalih samo po личности majke, ali ne i oca (Petrović, 1998).

Psihosomatski simptomi su u izraženom komorbiditetu s većinom internalizovanih poremećaja, posebno anksioznih i depresivnih (Vaselić i Mihajlović, 2019).

Psihološke teorije

Psihološke teorije razvoj psihofizioloških poremećaja nastoje objasniti emocionalnim stanjima, obilježjima ličnosti, kognitivnim stilovima i strategijama prevazilaženja stresa.

Psihoanalitička teorija

Sa stanovišta psihodinamske psihologije, psihički sukob leži vrlo duboko, negdje oko prve godine života i smatra se da je struktura ličnosti slična narcističkoj strukturi ličnosti. Zbog toga su ove osobe emotivno osjetljive i ranjive. Jedan od najuticajnijih psihoanalitičkih teoretičara je Franc Aleksander (Franz Alexander) koji je 50-ih godina, proučavajući psihofiziološke reakcije, zaključio da su psihofiziološki poremećaji proizvod nesvjesnih emocionalnih stanja specifičnih za svaki poremećaj (Davison i Neale, 1999).

Klinička iskustva u periodu od 1940. do 1960. godine ukazuju da teorijski koncept psihosomatike nije pratio odgovarajući uspjeh u liječenju, a kako je tada psihoanaliza bila suverena metoda liječenja postavljena su dva pitanja:

- da li je u pitanju nesposobnost terapeuta?
- da li su osobe sa psihofiziološkim simptomima nepodobne za psihoanalitičko liječenje?

Grupa pariških psihoanalitičara, koju je predvodio Pjer Marti (Pier Marty), pokušala je odgovoriti na prethodna pitanja. Ispitali su psihološku strukturu psihofizioloških bolesnika i došli do zaključka da je njihovo mentalno funkcionisanje posebno i da se razlikuje od neurotičnog (Tadić i saradnici, 1992). Pariška grupa je ukazala na poseban način mišljenja i rješavanja uobičajenih, životnih problema kojima pribjegavaju ove osobe. Nazvali su to operativnim mišljenjem naglašavajući time pragmatiski prilaz određenim problemima, pribjegavanje konformističkim rješenjima uobičajenim u određenoj sredini, bez originalnosti, fantazije i imaginacije. Konflikt se ne obrađuje kroz fantazam, imaginaciju (kao kod normativnih) ili kroz simbolično predstavljanje (kao kod neurotičnih) nego se instinktivna energija, svom silinom, putem vegetativnog nervnog sistema, usmjeri ka unutrašnjim organima, te preko prenadraženog vegetativnog sistema i funkcionalnih poremećaja, uskoro dolazi do poremećaja u strukturi organa, te stvaranja psihosomatske ili psihofiziološke bolesti. Predstavnicima pariške škole tvrdili su da je psihofiziološki bolesnik odvojen od svog nesvjesnog, da je veoma prilagođen okolini i da njime vladaju jake autodestruktivne sile, što su pokušali objasniti kroz dva ključna pojma (Tadić i saradnici, 1992):

- mentalna struktura,
- mentalno stanje.

Mentalna struktura – psihosomatska klasifikacija

Pojam mentalna struktura odnosi se na psihosomatsku klasifikaciju kojom Marti „u klasičnu psihološku klasifikaciju uvodi nove nozološke kategorije sa posebnom, psihosomatskom strukturom“. Osnovna zajednička karakteristika ljudi tih novih kategorija je da na spoljašnje pritiske umjesto psihičkim mehanizmima odbrane, reaguju somatizacijom, tjelesnim oboljenjem. Ove psihosomatske strukture djelimično se odnose na psihosomatiku djece iz prostog razloga što je njihova ličnost u razvoju, tako da se ni na jednom uzrastu ne može govoriti o definitivnoj strukturi. To je navelo Krajzlera (Kreisler, 1984, prema Tadić i saradnici, 1998) da za djecu

predloži psihosomatsku klasifikaciju pod opštim naslovom „osjetljive psihosomatske strukture”. Osjetljivost se odnosi na psihičke osobine koje su indikatori sklonosti psihofiziološkim dezorganizacijama. Kod djece, psihosomatske osobine odnose se samo na aktuelni tip funkcionisanja koji nije nepromjenljiv kao kod odraslog, budući da se formiranje konačne mentalne strukture završava tek poslije adolescencije. Umjesto psihičkom obradom, dijete je u stanju da se izražava samo ponašanjem, aktuelnim i konkretnim događajima iz realnosti, koji se mogu manifestovati eksplozivnim reakcijama sa naglašenom motorikom ili adinamičnim ponašanjem bez karakteristika. Lako su prepoznatljivi i oba su praćena teškoćama u porodičnoj i socijalnoj adaptaciji. Siromaštvo predstava se lako uočava u direktnom kontaktu sa djetetom, na projektivnim tehnikama, preko snova koji su blijedog sadržaja ili ih uopšte nema. Ovakve oblike funkcionisanja možemo naći na svim uzrastima.

Kreisler (1979, 1984, prema Tadić, 2000) stavlja naglasak na inorganizaciju najnižeg uzrasta (prvog i drugog semestra) koja se karakteriše hroničnim, ustaljenim praznim ponašanjem čije odlike, prvenstveno relacione defekte, podrazumijeva. Inorganizacija pripada formama posebno sklonim somatizaciji. Karakteristike inorganizacije prvog semestra su ravnodušnost, siromaštvo osmijeha i vokalizacije u okviru opšte slabe komunikacije, apatija, atonija, skretanje pogleda i nelagodnost u tjelesnom kontaktu, što bi se sve zajedno moglo nazvati primarnom insuficijencijom vezivanja. Drugi semestar i druga godina već dotiču neke sektore razvoja ličnosti: tendencija izražavanja motorikom i ponašanjem (motorika, govor) ili opšti zastoji u razvoju, apatija ili razdraženost, nestabilnost, pretjerana živahnost, haotično kretanje, poremećena prostorno-vremenska organizacija i tjelesna šema, zaostajanje u individuaciji i poremećaj identiteta. Od druge godine nadalje već se može govoriti o uspostavljanju karakteristika ponašanja svojstvenih psihosomatskoj labilnosti. Praznom odnosu samog djeteta pridružuje se isprekidano, nedosljedno i nesuvislo ponašanje roditelja (na primjer ozbiljan narcistički poremećaj majke i njena agresivnost). To bi značilo da spoljašnji uslovi koji su omeli razvoj istovremeno ne dozvoljavaju djetetu da izađe iz psihosomatske regresije koja se utvrđuje i koja se, ukoliko se ne preduzmu

mjere prije druge godine, trasira put formiranju psihosomatskog ili psihofiziološkog poremećaja i mogućim poremećajima u odraslom dobu (Tadić i saradnici, 1996).

Mentalno stanje – procesi somatizacije

Mentalno stanje odnosi se na psihičke simptome koji prethode psihosomatskoj dezorganizaciji, ili je prate nezavisno od tipa strukture ličnosti koja je oboljela i nezavisno od vrste organske patologije o kojoj se radi. Ti psihički simptomi ili procesi somatizacije mogu da se manifestuju u obliku esencijalne depresije. Esencijalna depresija ili psihosomatska depresija je depresija bez simptoma. Osnovna njena karakteristika je, kako kod djece tako i kod odraslih, odsustvo simptoma, inercija, inhibicija, monotono i mehaničko ponašanje, indiferentnost bez strahova, tuge, osjećanja krivice i samooptužbi. Dakle, nema mogućnosti bilo kakve mentalne obrade koja se procjenjuje u skladu sa uzrastom djeteta.

Kognitivni i bihejvioralni činioci

Negativne misli vezane za događaje koji su se desili ili opterećenost brigom za budućnost podstiču aktivnost simpatikusa. Ukoliko se aktivnost simpatikusa održava dugo u stanju uzbuđenosti dovodi do prvih tjelesnih simptoma. Efekti stresora na pojedinu osobu zavise od načina na koji ta osoba procjenjuje stresor. Ukoliko osoba ima tendenciju da procjenjuje stresore kao izuzetno ugrožavajuće i neprestano procjenjuje da njeno životno iskustvo i snaga nisu dovoljni da mu se suprotstavi, živi u stanju hroničnog stresa. Takvo stanje organizma doprinosi neravnoteži između aktivnosti simpatičkog i parasimpatičkog sistema i predstavlja rizik za pojavu psihofizioloških poremećaja.

Porodični model psihofizioloških oboljenja kod djece

U oblasti porodice dugo godina je bio neprikosnoven psihofiziološki pristup Salvadora Minučina (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman i Todd, 1975, Minuchin, 1978), koji je obilježio cijelu jednu dekadu bavljenja porodicom sa oboljelim članom (sedamdesete godine prošloga vijeka). Tvorac je, zajedno sa saradnicima, strukturalne porodične teorije i terapije. Polazeći od svog kliničkog iskustva proučavali su pojedince u porodici i

pratili povratne procese između pojedinca i porodice. Kao rezultat toga izrastao je otvoreni sistemski model koji je doveo do boljeg razumijevanja psihofizioloških simptoma i sindroma i do otkrića efikasnijih tehnika u tretmanu.

Konceptualni model Minučina i saradnika (prema Petrović, 1992) zasniva se na dvije osnovne pretpostavke:

- određeni tip porodične organizacije blisko je povezan sa razvojem i održavanjem psihofizioloških simptoma kod djece,
- dječiji psihofiziološki simptomi imaju glavnu ulogu u održavanju porodične ravnoteže (homeostaze).

Prema rezultatima višegodišnjeg kliničkog iskustva, Minučin je zaključio da su za razvoj ozbiljnog psihofiziološkog oboljenja kod djeteta neophodna tri uslova:

- fiziološka osjetljivost djeteta (specifična organska disfunkcija),
- određene osobine transakcija u porodici,
- uloga djeteta u porodičnim obrascima izbjegavanja konflikta.

Vrste psihofizioloških poremećaja

Najčešći psihofiziološki poremećaji vezani su za pojedine organe i njihovu funkciju, kao što su: disanje (astma i zacenjivanje), srce i krvni sudovi (ubrzani rad srca, hipertenzija i sinkopa), probava (grčevi u stomaku, povraćanje, čir dvanaestopalačnog crijeva, gastritis), koža (koprivnjača, svrbež, alopecija-ćelavost, crvenilo), glava (glavobolje, migrene). Na sljedećim stranicama opisaćemo nekoliko najčešćih psihofizioloških poremećaja kod djece i adolescenata.

U dječijem uzrastu česti su psihofiziološki poremećaji vezani za organe za disanje i obično imaju hroničan tok.

Afektivno zacenjivanje

Ova psihofiziološka reakcija organa za disanje javlja se kod djece, najčešće na uzrastu od druge do pete godine života, ali je moguće i ranije. Kada dijete doživi jaka osjećanja koja mogu biti povezana sa bolom ili nekim osujećenjem, reaguje ljutnjom, bijesom i intenzivnim plačem nakon čega prestane da diše nekoliko sekundi i pomodri. Roditelji se uplaše jer klinička

slika podsjeća na epileptični napad. Zacenjivanja se mogu ponavljati u toku dana. Smatra se da se zacenjivanje pojavljuje kao posljedica izmijenjenih odnosa sa najbližima, ali postaje i način uspostavljanja odnosa. Neka djeca koriste zacenjivanje da bi kontrolisala svoju okolinu i ostvarila svoje ciljeve. Pojedinačni napad zacenjivanja prestaje neposredno nakon zadovoljenja potreba djeteta. Roditelji ove djece pokazuju ekstremne stavove u vaspitanju, ili su pretjerano rigidni i osujećujući ili su pretjerano popustljivi i tolerantni. Afektivno zacenjivanje pojavljuje se kod dječaka i djevojčica i češće je kod osjetljive, plašljive, sujetne, povučene i zavisne djece (Kreisler, 1985, prema Tadić, 2000).

Bronhijalna astma

Astma je psihofiziološki poremećaj koji otežava disanje usljed suženja disajnih puteva i bronhiola. To stanje je pod dominacijom aktivnosti parasimpatičkog sistema. Pojavljuje se vrlo rano, kod neke djece u toku prve godine života. Procjenjuje se da od astme pati 2–5% populacije. Trećina su djeca, a oko dvije trećine njih su dječaci (Graham i saradnici, 1967; Purcell i Weiss, 1970, prema Davison i Neale, 1999). Što se bolest ranije pojavi, duže traje.

Napad astme obično započne iznenada sa kašljem, osjećajem pritiska u grudima, značajno otežanim disanjem, što je praćeno subjektivnim doživljajem straha, razdražljivosti i umora. Teži napadi astme u kojima se dijete grčevito bori za vazduh i djeluje kao da se guši, zastrašujući su za dijete i roditelje. Epizode ili napadi astme ponavljaju se i posebno su izraženi sezonski (na primjer u proljeće ili jesen). Između dva napada disanje je normalno i dijete je bez simptoma.

Etiologija

Smatra se da su emocionalni činioci značajni u nastanku astme. Anksioznost, depresija, ljutnja, visok nivo frustriranosti i nezadovoljstva, mogu indirektno da uzrokuju astmu. Traganjem za uzrocima astme Res (Rees, 1964, prema Davison i Neale, 1999) svrstao je različite moguće uzroke u tri grupe: alergijski, infektivni i psihološki. Alergijski i infektivni činioci procjenjivani su medicinskim testovima i analizama, a uloga

psiholoških faktora procijenjena je na osnovu podataka iz kliničkog intervjua (anamneze) i direktnog posmatranja (opservacije) ponašanja. Kao što se vidi iz Tabele 17, psihološki činioci su bili odgovorni u samo 37% slučajeva, a za 30% ispitanika su beznačajni. Ovi podaci pokazuju da astma nije uvijek psihofiziološka bolest. Takođe podaci ove studije pokazuju da astma ima višestruke uzroke i da varira zavisno od uzrasta. U nastanke astme kod djece mlađe od pet godina glavni, uzročni faktor su infekcije, dok se na kasnijem uzrastu (6–16 godina) povećava udio psiholoških faktora (Rees, 1964, prema Davison i Davison i Neale, 1999). U nastanku astme relativnu važnost imaju alergijski, infektivni i psihološki faktori, što je pokazano u Tabeli 17.

Tabela 17. *Alergijski, infektivni i psihološki faktori u nastanku astme* (relativna važnost %)

Faktori	Dominantni	Sporedni	Nebitni
Alergijski	23	13	64
Infektivni	38	30	32
Psihološki	37	33	30

* Rees, 1964, prema Davison i Neale, 1999.

Neka od ranijih istraživanja (60-ih godina prošlog vijeka) provjeravala su uobičajeno shvatanje o povezanosti specifičnih crta ličnosti sa astmom. Nekoliko istraživanja je potvrdilo da osobe sa astmom pokazuju mnoge simptome kao što su: osjetljivost, zavisnost, anksioznost, perfekcionizam, i opsesije (Rees, 1964, prema Davison i Neale, 1999). Slični rezultati zapaženi su samo kada su astmatična djeca poređena sa zdravim vršnjacima. Kada je poređena grupa astmatične i djece sa srčanim tegobama sa grupom zdravih vršnjaka, djeca sa astmom i srčanim smetnjama pokazivala su slične psihopatološke simptome i razlikovala su se od zdrave djece (Neuhaus, 1958, prema Davison i Neale, 1999). Upitno je da li su simptomi astmatične djece na testovima ličnosti reakcija na hronični tok astme ili predstavljaju konstitucionalnu osobinu ličnosti povezanu sa astmom. Dalje, podaci ukazuju da su rezultati na testovima ličnosti bili viši

što su ispitanici duže vremena imali astmu (Kelly i Zeller, 1969, prema Davison i Neale, 1999).

Kardiovaskularni poremećaji

Ovi poremećaju zahvataju srce i krvotok, vrlo su učestali i predstavljaju sve ozbiljniji problem savremenog svijeta. Osnovni oblici kardiovaskularnih bolesti su: hipertenzija (povišen krvni pritisak), ubrzani rad srca i sinkope. Kod hipertenzije značajnu ulogu igra povišena agresivnost koja je pretežno usmjerena ka sebi, a javlja se kod anksiozne, užurbane i oralno agresivne djece. Sinkope se javljaju kod nestalne, preosjetljive i bojažljive djece u specifičnim situacijama medicinskih intervencija, na primjer popravka zuba, laboratorijsko uzimanje uzoraka krvi, hirurške intervencije i slično (Tadić, 2000). Ova stanja češća su kod odraslih, ali se mogu javljati i kod djece, posebno adolescenata.

Poremećaji probavnih organa

U poremećaje probavnih organa psihogenog porijekla ubrajaju se grčevi u stomaku u prvim mjesecima života i povremeni bolovi u stomaku, povraćanje, gastritis i zadebljanje debelog crijeva.

Grčevi počinju u prvim nedjeljama života i to najčešće u poslijepodnevnim i noćnim satima. Dijete se grči, plače, vrišti, napinje se. Među psihičkim činiocima navode se pretjerana zabrinutost, strahovanja, nedosljedna njega osobe koja hrani i njeguje dijete. Takođe, nesređena porodična situacija i često mijenjanje osoba koje njeguju može biti rizični faktor za ove smetnje, jer dijete ne uspijeva da se opusti prilikom hranjenja. Plašljiva majka, da bi smirila dijete, prečesto ga hrani i na taj način pojačava napetost. Spontani prestanak grčeva u trećem mjesecu života objašnjava se povećavanjem mentalnih i emocionalnih sposobnosti djeteta koje omogućavaju primjerenije rasterećenje od napetosti (Tadić, 2000). Povraćanje kod beba u najranijem uzrastu dovodi se u vezu sa neprimjerenim načinom hranjenja. Kasnija povraćanja češća su kod plašljive i anksiozne djece koja na taj način ispoljavaju otpor prema krutom načinu hranjenja, kao i rigidnim pravilima u porodici i školi.

Povremeni i ponavljani bolovi u stomaku čest su simptom u dječijem i mladom uzrastu. Javljaju se pretežno kod osjetljive, anksiozne djece i povezani su sa strahom, kaznama, pretjeranom brigom u porodici ili sukobima i neuspjehom u školi. Djeca sa ulceroznim kolitisom opisuju se kao pasivna, zavisna od roditelja, društveno sputana, emocionalno nezrela i nesposobna da izraze svoja osjećanja. Majke su krute i nadmoćne, a očevi pasivni i neuspješni (Tadić, 2000).

Poremećaji kože

Neurofiziološka i psihogalvanska ispitivanja pokazala su da postoji povezanost između promjena na koži i emocionalnog stanja djeteta. Ova djeca se opisuju kao osjetljiva, anksiozna, povišeno agresivna i nesigurna u sebe. Roditelji su opisani kao pretjerano zaštitnički, plašljivi i odbacujući. Odnos roditelj–dijete ispunjen je zavisnošću i neprijateljstvom, sa neadekvatnim i nedovoljnim fizičkim kontaktom. Kožne promjene bi predstavljale nezadovoljenu potrebu za milovanjem i tjelesnim kontaktom. Opadanje kose, ćelavost ili alopecija na pojedinim dijelovima glave takođe se dovode u vezu sa emocionalnim činiocima. Često nastaju kao posljedica izrazitog stresa, gubitka roditelja, rođenja brata ili sestre, preseljenja i slično. Neki od simptoma alopecije prepoznatljivi su u sljedećem primjeru:

Slučaj 25

Sanela, djevojčica od sedam godina i tri mjeseca, dolazi u pratnji majke i sestre zbog opadanja kose na više mjesta na glavi, u vidu krugova oblika metalnog novčića. Majka je zapazila prije nekoliko mjeseci da joj mjestimično, na tri ili četiri mjesta ispada kosa, što je vidno u obliku pečata. Često je tužna, povremeno se usami i crta, noću nemirno spava i često priča u snu. U zadnje vrijeme ispoljava strah od mraka, od smrti, da će je neko oteti i slično.

Sanela je drugo dijete u porodici iz uredne trudnoće i poroda. Od treće godine uključena je u predškolsku ustanovu i imala je najbolju drugaricu Manuelu sa kojom je bila nerazdvojna. Porodica je živjela u inostranstvu. Prošle godine, neposredno prije polaska u školu, majka i djeca su se doselili u porodičnu kuću gdje žive djed i baba, a otac je nastavio da

živi i radi u inostranstvu. Sanela nije željela da napusti dosadašnje mjesto boravka i svoju drugaricu. U nepoznatoj sredini se teško snalazila, posebno u školi. Jezik je djelimično znala i mogla se sporazumijevati i komunicirati sa djecom, ali nije bila sigurna i opuštena prilikom razgovora kao druga djeca. Majka je, pored porodičnih obaveza, bila zaokupljena njegovanjem bolesnog oca koji je prije dva mjeseca umro. Majka ili starija sestra su je redovno vodile u školu, ali nerado je ostajala i često plakala skoro cijeli prvi razred. Otac je dolazio svakih mjesec ili dva i ostajao nekoliko dana. Sanela je često pominjala svoju drugaricu iz vrtića i maštala kako će da se vrati u mjesto gdje su i prije živjeli. Navodi da sada nema nijednu drugaricu. Majka dodaje da je u zadnjih nekoliko mjeseci zapostavila djecu, jer je bila preokupirana bolešću oca. Teško je podnijela gubitak oca, jer je uvijek bila izuzetno vezana za njega. „Ne mogu još da shvatim da ga nema, jako mi je teško, potpuno sam sama u svemu“, izjavljuje majka.

U test situaciji uspostavlja i održava zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnju, prosječnih intelektualnih sposobnosti.

Glavobolje

Glavobolje su jedan od najčešćih simptoma u dječijem i mladinom uzrastu. Najraniji uzrast na kojem djeca izvještavaju o glavobolji je oko četiri godine, a češće se javlja oko polaska u školu. Glavobolja može biti locirana u neki dio glave ili zahvatiti cijelu glavu. Može se javljati povremeno, u različitim vremenskim intervalima i trajati različito dugo. Kod neke djece glavobolje mogu biti praćene plaćem, oslabljenom koncentracijom, nesanicom, povraćanjem i odbijanjem da idu u školu. Neka djeca i kada se žale na glavobolju ne izbjegavaju uobičajene aktivnosti. Smatra se da je neposredni uzrok bolova u glavi strah od ispita i neuspjeha u školi, pritisak i agresija roditelja, neprihvaćenost i sukobi u grupi vršnjaka. Posebno su česte glavobolje školske djece u vrijeme provjere znanja i ocjenjivanja, povezane sa intelektualnim opterećenjima, opterećenošću obimnim učenjem i strahom od neuspjeha. Diferencijalno dijagnostički važno je isključiti organski ili neki drugi uzrok glavoboljama, što podrazumijeva interdisciplinarni pristup.

Slučaj 26

Bojan, vrlodobar učenik trećeg razreda osnovne škole, hospitalizovan je na odjeljenju neuropedijatrije radi ispitivanja glavobolje koja se pojavljuje unazad dvije godine. Bolovi se jave jednom u mjesec ili dva puta i traju po dva dana. Prije 20 dana imao je jaku glavobolju pa je bio nesposoban da ide u školu, vid mu je bio nejasan i mutan, kao da je vidio sve duplo. Nije povraćao i nije gubio svijest. U zadnje vrijeme glavobolje su učestale, pa se Bojan više puta obraćao u službu hitne pomoći. Otac je imao povremene glavobolje, ali on ne živi sa njim. Negira povrede glave, urednog je neurološkog nalaza.

Bojan je prvo dijete u porodici iz uredne trudnoće, poroda i ranog razvoja. Živi sa majkom, bakom sa majčine strane, mlađim bratom (dvije godine) i ujakom. Roditelji su se sudski razveli prije 9 mjeseci i otac se odselio iz porodice. Razvodu su prethodili verbalni i fizički sukobi roditelja kojima je dječak prisustvovao. Rijetko je u kontaktu sa ocem mada bi volio da se češće viđaju. Takođe, nema kontakta ni sa očevom porodicom i posebno mu nedostaje baka sa očeve strane. Majka navodi da je Bojan dobar i miran dječak, puno se brine za majku, jer ima zdravstvenih problema, a brinu ga i učenje i ocjene. Sa bratom se ne slaže najbolje, smeta mu kada uči. Kada radi domaće zadatke, najviše mu pomaže ujak.

U test situaciji sa dječakom se uspostavlja zadovoljavajući verbalni kontakt i saradnja, verbalizuje tokom aktivnosti, postavlja pitanja vezana za zadatke, traži dodatna objašnjenja, razumije upute. Intelektualna razvijenost je uredna u kategoriji prosječnih sposobnosti. Nema znakova koji bi ukazivali na neuropsihološki deficit. Primjetna sekundarna dobit usljed aktuelnih zdravstvenih i porodičnih dešavanja.

Migrena

Migrena je donedavno smatrana isključivim problemom odraslih, ali sada se pouzdano zna da i djeca mogu imati migrenoznu glavobolju koju odlikuje: intenzivan bol jedne polovine glave praćen povraćanjem, smetnjama vida i trnjenjem ruku i nogu. Migrena se pojavljuje periodično u vidu napada koji počinju iznenada, traju različito dugo, nakon čega se javlja pospanost i umor. Dijete sa migrenom nije u stanju da izvršava uobičajene aktivnosti,

obično se povlači i postaje uplašeno i uznemireno. Uzroci migrene su još uvijek nepoznati. Dovode se u vezu sa promjenama u napetosti krvnih sudova, cirkulacijom u centralnom nervnom sistemu, sa alergijama i nasljeđem. Slična obilježja ličnosti ispoljavaju i roditelji djece sa migrenom. Psihogeni uzročnici mogu biti značajni, bilo kao neposredni uzročnici ili kao pokretački i izazivajući činioci. Krajzler opisuje djecu i mlade koji pate od migrene kao temperamentne, plašljive, inteligentne, radoznale, društvene, teže savršenstvu, urednosti, tačnosti i takmičenju (Kreisler, 1985, prema Tadić, 2000).

Bilo da se radi o migreni ili bilo kojem vidu glavobolje, potrebno je pristupiti interdisciplinarno i izvršiti neurološki pregled, laboratorijske pretrage, rendgenski snimak glave, pregled očnog dna (fundus), i vidnog polja, EEG ispitivanja, a prema potrebi i druge pretrage.

Osnovni principi liječenja psihofizioloških bolesti

Psihofiziološki poremećaji su vezani za oštećenje pojedinih organskih sistema, pa je neophodna konzultacija sa ljekarima. Skoro svaka psihofiziološka bolest počinje akutno da bi poslije dužeg ili kraćeg vremena prešla u hroničnu fazu. Rijetko dolazi do brzog izlječenja; na sreću rijetko i do smrtnog ishoda (Adamović, 1989).

U akutnoj fazi bolesti, liječenje sprovodi ljekar – pedijatar sa odgovarajućim subspecijalističkim znanjima. U toj fazi liječenje započinje medicinskim pretragama i uvođenjem odgovarajućih lijekova. Stručnjaci na području medicine i mentalnog zdravlja, saglasni su da većina lijekova ublažava samo simptome. Lijekovi ne djeluju na činjenicu da je osoba emocionalno odreagovala na intenzivan stresor.

U hroničnoj fazi liječenja trebalo bi da bude uključen psihoterapeut, čiji je zadatak da postepeno prati i podržava osobu pogodnim psihoterapijskim tehnikama kroz sljedeće faze (Adamović, 1987):

- prihvatanje bolesti (živjeti sa njom, a ne protiv nje, ne dozvoliti joj da postane centar oko kojeg će se okretati cjelokupni život),
- prepoznavanje i identifikovanje osnovnih uzročnih faktora i njihovo neutralisanje,
- suočavanje osobe sa mogućom primarnom ili sekundarnom dobiti,

- (u našoj kulturi psihofiziološka bolest predstavlja pogodan teren za razvoj primarne i/ili sekundarne dobiti).

Većina roditelja nerado prihvata psihofiziološki poremećaj kod djeteta, što otežava pravovremeno i odgovarajuće liječenje. Učestalost psihofizioloških poremećaja je znatno češća od posjeta psihoterapeutu. Djeca i mladi obraćaju se psihologu ili psihoterapeutu po preporuci ljekara porodične medicine, pedijatra i ljekara drugih specijalnosti. Rijetko ustraju u liječenju, tako da je područje psihofizioloških poremećaja u pogledu liječenja područje koje ne daje osobito zadovoljstvo terapeutu zbog sklonosti čestim recidivima (Daneš, 2003).

Terapeuti različitih usmjerenja ublažavaju posljedice psihofizioloških poremećaja redukujući anksioznost, bijes, ili ljutnju.

Psihoanalitički usmjereni terapeuti primjenjuju tehnike slobodnih asocijacija i analize snova, nastojeći podstaći osobu da se suoči sa pretpostavljenim infantilnim porijeklom svojih strahova.

Bihevioralni i kognitivni terapeuti primjenjuju svoje postupke za redukovanje anksioznosti, ljutnje i bijesa, a u zavisnosti od izvora napetosti koriste: sistematsku desenzitizaciju, racionalno-emocionalnu terapiju, uvježbavanje samopouzdanja i iznošenje vlastitih stavova. Oblikovanje i ponavljanje mogu pomoći osobama, koje su nesigurne i teže se snalaze u socijalnim situacijama, da usvoje određene vještine i poboljšaju ličnu sigurnost i samopouzdanje.

Bihevioralna medicina ili zdravstvena psihologija razvila je više načina i metoda za postizanje relaksacije i kontrole nad različitim autonomnim funkcijama (krvni pritisak, puls i druge). Sve prisutniji su razni preventivni programi na smanjenju pušenja, upotrebe alkohola, gojaznosti, fizičke neaktivnosti i drugo, a propagirajući zdrav život.

U novije vrijeme razvijaju se nove discipline kontrole stresa koje ublažavaju negativne posljedice stresa na organizam. Danas je poznato više tehnika za uspješno prevazilaženje stresa, a koje su osnova mnogih preventivnih programa namijenjenih kako rizičnim grupama tako i opštoj populaciji.

Najbolje rezultate daje kombinovani pristup, medicinski i psihološki.

SHIZOFRENIJA U ŠKOLSKOM I ADOLESCENTNOM UZRASTU

Shizofrenija je rijetka u dječijem uzrastu, ali predstavlja teško oboljenje sa značajnim kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama. Spada u grupu pervazivnih poremećaja zajedno sa autizmom, ali se autizam javlja u ranom uzrastu pa je opisan u poglavlju o ranim psihičkim poremećajima kod djece. Shizofrenija se rjeđe javlja nego autizam i javlja se u kasnijem uzrastu, kod školske djece i adolescenata. To je psihička bolest koju karakteriše dubok nesklad između mišljenja i afekata, apsurdne ideje, halucinacije, odsustvo logike u rasuđivanju, ravnodušan odnos prema stvarnosti, povlačenje u sebe, autističko mišljenje i bizarni simptomi (Trebješanin, 2004). Oko tri petine shizofrenih ima više ili manje izražene shizoidne crte ličnosti.

Veliki broj simptoma kod djece teško je otkriti i prepoznati. Neka djeca godinama imaju psihotične simptome koje njihovi najbliži ne primjećuju. Početak poremećaja je postepen, može početi sa raznim razvojnim poremećajima na mlađem uzrastu, a tek postepeno se počnu razvijati psihotični simptomi. Kod djece i mladih psihoza rijetko počinje akutno, a njenom početku uglavnom prethode razni problemi i poremećaji ponašanja. Nizak procenat akutnog nastanka shizofrenog poremećaja kod djece je nešto što ga razlikuje od shizofrenije u kasnoj adolescenciji i odraslom životnom dobu (Bojanin i Popović Deušić, 2012).

Simptomi shizofrenije rijetko se javljaju prije osme godina života (Russell, Bott i Sammons, 1989), a mali broj djece prije dvanaeste godine života razvije klinički sindrom koji je kvalitativno sličan onome koji se vidi kod odraslih sa dijagnozom shizofrenije (Bojanin i Popović Deušić, 2012).

Prevalencija

Sa uzrastom shizofrenija postaje učestalija, posebno u periodu od 7 do 12 godina. U psihijatrijskim odjeljenjima u kojima se liječe mladi procjenjuje

se da je oko 15–30% shizofrenih. Prevalencija shizofrenije u adolescenciji je oko 0,33% i približno je podjednako zastupljena prema polu, ali do puberteta češće obolijevaju dječaci (Wenar, 2003).

Klinička slika

Osnovni simptomi slični su kod djece, adolescenata i odraslih. Shizofrenija je poremećaj cjelokupne ličnosti. Prema Bleuleru (Kecmanović, 1980), poremećaj afektiviteta, formalni poremećaji mišljenja u smislu dislociranosti mišljenja i poremećaja subjektivnog doživljavanja vlastitog JA, čine osnovne simptome shizofrenije. Simptome kod djece i adolescenata neki autori analiziraju odvojeno, jer imaju dva specifična perioda učestalih pojavljivanja, a to je školski i adolescentni period. Međutim, zbog sličnosti simptoma mi ćemo ih opisati zajedno kao simptome kod djece i adolescenata. Karakteristični simptomi shizofrenije su: halucinacije, sumanutosti ili nerealna uvjerenja, poremećaji mišljenja, neodgovarajući („zaravnjen“) afekat. Simptomi shizofrenije dijele su u dvije kategorije (Wenar, 2003):

- pozitivni, koji uključuju poremećaje mišljenja, sumanutosti i halucinacije,
- negativni, koji uključuju odsutnost (nedostatak) društvenosti, zadovoljstva, energije i afekta.

Shizofrenija može imati akutni ili hronični tok. Mladi u stanju akutne shizofrenije reaguju na jasno prepoznatljive precipitirajuće faktore, zabrinuti su zbog neuobičajenih simptoma, nemaju neuropsiholoških promjena, simptomi su najčešće pozitivni i blagi.

Mladi sa hroničnim tokom shizofrenije ispoljavaju više negativnih simptoma, a hroničnom toku doprinosi više faktora. Kod nekih adolescenata prisutni su neurološki problemi vezani za disfunkcije mozga, zatim podaci o ranijim problemima prilagođavanja i postepeno psihofizičko propadanje. Djeca i mladi sa hroničnim tokom shizofrenije nemaju adekvatan uvid u oštećenja i aktuelne probleme.

Karakteristične psihičke promjene

Kod djeteta ili adolescenta sa simptomima shizofrenije, već u prvom kontaktu, primjetne su promjene u psihičkom funkcionisanju. Neke od psihičkih funkcija ostaju bez značajnijih promjena, ali kod nekih su promjene vidne.

Psihičke funkcije kod kojih su prisutne promjene u većoj ili manjoj mjeri su: mišljenje, ponašanje, socijalno i emocionalno funkcionisanje.

Psihičke funkcije koje ostaju nepromijenjene su: svijest, inteligencija, memorija i pažnja, iako prividno djeluju poremećene. Djeca sa shizofrenijom koriste iste strategije kao i zdrava djeca, ali ih koriste manje uspješno. Pod dejstvom halucinacija i sumanutih ideja djeca sa simptomima shizofrenije mogu davati pogrešne odgovore na postavljena pitanja, što ne znači da im je svijest poremećena. Može se steći pogrešan utisak da im je pažnja poremećena, ali samo je aktivna pažnja poremećena, jer ispoljavaju smanjeno zanimanje za okolinu. Funkcije pamćenja, takođe mogu biti prividno poremećene. Različiti aspekti pažnje (lako ometanje, deficit i selektivnost) su osjetljivi na simptome shizofrenije i to posebno kod adolescenata, a utvrđene su teškoće i u održavanju pažnje kod djece i adolescenata sa shizofrenijom (Harvey, 1991, prema Wenar, 2003). Smatra se da je kod shizofrenih poremećena pažnja, a samim tim i shvatanje. Nagomilavanje sadržaja koji nisu shvaćeni izaziva u pojedincu porast anksioznosti koja remeti razumijevanje. Djeca i mladi sa simptomima shizofrenije često daju neadekvatne i bizarne odgovore, koji ne odgovaraju datoj situaciji i onome o čemu se trenutno govori, jer ne mogu da usmjere pažnju na odgovarajući stimulus.

Poremećaji mišljenja

Mišljenje shizofrenog djeteta ili adolescenta može biti poremećeno po formi i po sadržaju. Nema konzistentnih i pouzdanih podataka o učestalosti poremećaja mišljenja kod shizofrene djece, ali se procjenjuje da je u rasponu od 40 do 100%. Govor je obično bizaran, disociran i fragmentisan. Sadržaj mišljenja je poremećen na različite načine. Nelogično mišljenje obuhvata neodgovarajuće uzročno-posljedične odnose i razne protivurječnosti. Jedan

od poremećaja mišljenja je često blokiranje i dugi vremenski intervali između postavljenog pitanja i odgovora. Pažnja je u većine površna i kratkotrajna. Roditelji ove djece također pokazuju poremećaje u komunikaciji: stil izražavanja je zbunjujući i nejasan, što je utvrđeno projektivnim tehnikama, ali nije primijećeno u toku opservacije interakcije roditelj–dijete (Thompson, Asarnow, Goldstein i Miklowitz, 1990). Nejasne roditeljske poruke, posebno („duple poruke”) dodatno doprinose teškoćama u komunikaciji i u obradi podataka kod djece sa shizofrenijom. Ova djeca tokom školskog perioda pokazuju mješavinu internalizujućih i eksternalizujućih ponašanja. Roditelji ih opisuju kao agresivne i ometajuće, a vršnjaci kao povučene i nepopularne. Intelektualna efikasnost je nešto snižena. Obično su verbalni rezultati više pogođeni od neverbalnih, što znači da je oštećenje verbalnog intelektualnog funkcionisanja mnogo osjetljivija mjera patologije. Takođe, rezultati intelektualnih sposobnosti mnogo su nestabilniji tokom vremena u grupi shizofrenih adolescenata u odnosu na neshizofrene vršnjake (Asarnow, 1988, prema Wenar, 2003).

Poremećaji mišljenja po sadržaju mogu biti prisilne, precijenjene i sumanute ideje.

Više od polovine shizofrene djece ima sumanute ideje (oko 58%), koje predstavljaju gubitak kontakta sa realnošću. Njihov sadržaj sa odrastanjem postaje složeniji i odražava aktuelne životne sadržaje. Česte su sumanute ideje proganjanja ili somatske sumanosti, na primjer kada mladi izvještavaju o senzoru u glavi koji komunicira sa svemirom i slično. Sumanutosti najčešće uključuju ideje veličine i ideje proganjanja. Na primjer dječak, od 13 godina, iznenada je počeo da govori: „Ja sam Božiji čovjek, čujem glas Boga, Bog će me kazniti, ako ne učinim ono što on kaže, ili će se nešto dogoditi mojoj majci.”

Poremećaji mišljenja po formi mogu se ispoljiti u vidu usporenog misaonog toka, bolesne opširnosti, ubrzanog misaonog toka ili u vidu poremećaja asocijacija, kao što su: blok u mišljenju, rasulo misli, konfuzno mišljenje i drugi.

Halucinacije

Halucinacije su poremećaji opažanja, a predstavljaju gubitak kontakta sa realnošću. Sadržaj halucinacija zavisi od uzrasta i odražava aktuelne preokupacije djeteta u realnom životu. Na mlađem uzrastu halucinacije su jednostavnije, a sa odrastanjem postaju sve složenije. Najčešće su slušne halucinacije kada dijete čuje naredbe i razne upute, a doživljava ih oko 80% shizofrene djece. Nešto rjeđe su vidne halucinacije kada dijete vidi neke osobe ili događaje, a javljaju se kod 30 do 40% shizofrene djece (Wenar, 2003).

Promjene u emocionalnom funkcionisanju

Specifično za ovu grupu djece je ispoljavanje emocija koje nije primjereno situaciji (na primjer izrazit smijeh u situacijama žalosti). Emocionalne smetnje su vidne kod shizofrene djece i ispoljavaju se u vidu razdražljivosti, anksioznosti, prevelike osjetljivosti, emocionalne tuposti ili depresije. Interes za socijalne aktivnosti je smanjen, izbjegavaju blizinu i komunikaciju sa drugim ljudima.

Promjene u socijalnom funkcionisanju

Jedan broj mladih sa simptomima shizofrenije potpuno zanemaruje druge ljude, teži ka izolaciji i značajno smanjuje socijalne aktivnosti, dok se drugi neprimjereno ponašaju u socijalnim situacijama. Neprimjerena ponašanja i nedostatak socijalnih vještina doprinose sve većoj izolaciji u društvu vršnjaka. Većina adolescenata je previše okupirana sadržajem svojih misli i doživljavanja i potpuno im se prepušta.

Poremećaji motornog ponašanja

Kod shizofrene djece i adolescenata česte su grimase koje su vezane za neobične položaje i pokrete, kao što je neprestano njihanje tokom stajanja ili sjedenja, dugotrajna razdoblja nepokretnosti, bizarne i ponavljajuće aktivnosti, kao što su neprekidno trljanje čela ili ljutito udaranje rukama ili grebanje po koži do izazivanja otvorenih, krvarećih rana (Weiner, 1992).

U primjeru koji slijedi prepoznatljivi su neki od prethodno opisanih simptoma koji su počeli oko osme godine i održavaju se i u adolescentnom uzrastu.

Slučaj 27

Dejan, ima 13 godina. Na kliniku za psihijatriju dolazi u pratnji oca (koji je istovremeno hospitalizovan na odjeljenju za krizna i afektivna stanja). Dječak je upućen zbog simptoma koji su se počeli javljati prije oko šest godina i stalno su prisutni u većoj li manjoj mjeri. Sadržaj simptoma odnosi se na sumnju da ga „drogiraju dileri koji slobodno hodaju u školi, kao i nastavnici“. Na osnovu socijalno-anamnestičkih podataka koji su proslijeđeni iz nadležnog centra za socijalni rad, vidno je da su problemi aktuelni u zadnjih nekoliko godina. Takođe, ovi podaci ukazuju da je dječak usvojen, te da majka ima dvoje djece iz prvog braka sa kojima nema kontakta. Dejan je pregledan na Specijalističkoj poliklinici VMA u Beogradu kada su se pojavili prvi simptomi, gdje je na osnovu pregleda i toksikološke analize urina utvrđeno da su svi rezultati na kanabinoide, amfetamin, opijate i kokain bili negativni i postavljena je dijagnoza „hipomanični sindrom“. Nakon tri godine, Dejan je bio kod psihijatra zbog sličnih simptoma, koji je predložio liječenje na Odjeljenju za dječiju psihijatriju u Banjoj Luci pod Dg. F91 (poremećaji ponašanja), što tada nije realizovano. Vanredno je završio VI i VII razred osnovne škole sa dobrim uspjehom. Upisan je vanredno i u VIII razred. U nekoliko navrata je premještan iz područne u centralnu školu i obrnuto. Dječak navodi da je na liječenje došao zbog „straha od dilera, nastavnika i nepoznatih osoba“. Ističe da je „zlostavljanje“ od strane starijih učenika započelo od polaska u prvi razred osnovne škole, a da se pogoršalo u III razredu, kada su „dileri droge počeli silom da mu daju tablete ekstazija“, te navodi „...stave mi pištolj na čelo, natjeraju me da gutam i kažu da ne smijem reći roditeljima...“. Nakon navodnog uzimanja tableta osjećao se „nasilno i ljutito“, ali se ne sjeća kako se ponašao. Dječak nastavlja: „...kad dileri više nisu mogli, onda su nastavnici nastavili, čak i u kućnoj nastavi...otac je postavio video-nadzor i ispitivao jednu nastavnicu, ona je sve priznala...da je znala prije nego što sam rođen da moram biti uništen... nekoliko puta smo

išli u policiju, a oni su rekli da svi mi lažemo...“. Tvrdi da su se smetnje povukle otkako ne ide u školu, jer nema kontakt sa nastavnicima i dilerima. Pored toga, dječak izvještava da nema kontakt ni sa kim osim sa roditeljima. Tokom boravka u bolnici nije ispoljavao opisane tegobe. Negira druge tegobe.

Kontakt je adekvatno uspostavljen, Dejan saraduje i odgovara na postavljena pitanja tokom kliničkog intervjua. Opservira se da u situaciji kada se dotakne pitanje nedosljednosti u opisu sukcesije i/ili logike događaja, odgovara sa „ne znam“, a dok izvještava o simptomima nema adekvatne emocionalne podloge. Tokom boravka na psihijatrijskom odjeljenju poslušan je, komunikativan, prihvata kontakte sa ostalom djecom, ali sa poteškoćama da adekvatno odgovori na signale u socijalnim razmjenama. U situaciji testiranja je nesiguran, usmjeren na postignuće. Rezultati psihološke kliničke procjene ukazuju da je intelektualna efikasnost dječaka blago redukovana usljed naglašene anksioznosti i aktuelnih simptoma, na nivou niskog prosjeka. Socioemocionalna zrelost je ispod očekivane za uzrast. Na inventaru ličnosti za mlade (MMPI-A) povišena je klinička skala paranoje (Pa skala) što je u skladu se izvještavanjem o doživljaju ugroženosti u interpersonalnim relacijama. Socioemocionalno funkcionisanje je neusklađeno sa intelektualnim kapacitetom. Evidentna je emocionalna neispunjenost i infantilnost, distanciranost (Crtež ljudske figure i Crtež porodice).

(Slučaj iz kliničke prakse magistra psihologa Tatjane Marković-Basara, Odjeljenje za psihijatriju djece i omladine, UKC Banja Luka)

Etiologija

Genetski činioci imaju svoju ulogu u nastanku shizofrenije. Umjerena stopa podudarnosti od 25 do 30% između jednojajčanih blizanaca označava da i drugi, nenasljedni činioci, imaju svoje značenje. Kod 75% jednojajčanih blizanaca samo jedan blizanac ima shizofreniju (Walker i saradnici, 1991, prema Wenar, 2003). Podsticaj za pojavu shizofrenog tipa poremećaja nalazi se u ličnosti roditelja i/ili u disfunkcionalnom porodičnom funkcionisanju. Obično se pominju tri karakteristična tipa psihičkog profila shizofrenogene majke:

- dominantna, agresivna, hladna majka, koja u djetetu budi nepovjerenje i strah,
- prezaštitnički raspoložena majka, koja ne dozvoljava djetetu da se osamostali,
- majka koja stalno igra ulogu žrtve, utiče na razvoj i sazrijevanje djeteta.

Većina podataka o roditeljima ukazuje da su shizofrene majke mnogo manje afektivno uključene, više neprijateljske i manje stimulirajuće od neshizofrenih majki (Goodman, 1991, prema Wenar, 2003).

Ličnost oca karakteriše nesigurnost, sklonost povlačenju, ucjenama, što je najčešće odraz očevog osjećanja insuficijentnosti i ugroženosti. Ovi podaci ukazuju na mogućnost nasljeđivanja predispozicija za shizofreniju, a ne same shizofrenije. Da li će se ispoljiti simptomi shizofrenije kod predisponiranog djeteta ili adolescenta zavisi od mnogih sredinskih faktora (porodična sredina, nivo stresa i drugi).

Što se tiče organskih faktora, istraživanja su vezana za ispitivanja autonomnog nervnog sistema i strukture mozga. Nisu pronađeni dokazi koji bi potvrdili ulogu neke izdvojene strukture u mozgu ili nenormalnosti neurotransmitera koja bi bila specifična za shizofreniju u adolescenciji (Walker i saradnici, 1991, prema Wenar, 2003).

Psihosocijalni uzroci

Psihosocijalni uzroci su nejasni, a podaci istraživanja su nedovoljni i nedosljedni. Postoje mnogi metodološki problemi vezani za istraživanja, a odnose se na izbor populacije, problem uzorka i problemi vezani za prirodu shizofrenije. Podaci su najčešće zasnovani na pojedinačnim i rijetkim studijama. Ova istraživanja su uglavnom longitudinalna, što podrazumijeva osipanje uzorka tokom vremena i značajne materijalne troškove. Djeca sa shizofrenijom u predškolskom uzrastu obično su imala sporiji socioemocionalni razvoj i pokazuju više smetnji u ponašanju i emocionalnom funkcionisanju krajem predškolskog perioda u odnosu na zdrave vršnjake. U periodu adolescencije najčešće dolazi do manifestovanja simptoma šizofrenije, jer ovaj period donosi i zahtijeva brze i specifične promjene i pred ličnost adolescenta stavlja nove zahtjeve.

Koncept o porodičnoj uslovljenosti

Utvrđene su specifične, zajedničke osobine za većinu ovih porodica. Postoje dvije tipične forme patogene porodične zajednice:

- rascijepljena – karakterišu je ozbiljna i dugotrajna neravnoteža i neslaganje između roditelja,
- iskrivljena – jedan od partnera je naglašeno dominantan.

U ovakvoj sredini dijete vrlo teško uspostavlja vlastiti identitet. Roditelj istog pola ne predstavlja privlačan obrazac identifikacije za dijete i predstavlja loš model za polnu identifikaciju. Uloge su nejasne i roditelji koriste djecu da zadovolje svoje egocentrične potrebe. Lindz (prema Wenar, 2003, str. 289) opisuje dvije vrste promijenjenih uloga u porodicama u kojima postoji snažan konflikt među roditeljima, jedan drugog potcjenjuju pred djetetom i takmiče se za djetetovu naklonost (rascijepljene porodice), a koje se odlikuju:

- porodica shizofrenih dječaka: majka je previše zaštitnička, nametljiva i zahtjevna, te zavodljiva, a otac je pasivan i slab,
- porodica shizofrenih djevojčica: majka ima nisko samopouzdanje i ličnu sigurnost, nezadovoljna je i osjeća se zanemarenom od strane muža, a otac je nesiguran u svoju muževnost, ima neprestanu potrebu za divljenjem i teži ka dominaciji (neadekvatan model za identifikaciju).

Dakle, shizofrenija se može razviti kada genetski vulnerabilno i predisponirano dijete raste u neodgovarajućoj porodičnoj sredini.

Liječenje i tretman

Liječenje započinje antipsihotičnim lijekovima koje prepisuju psihijatri, a njihova efikasnost je potvrđena u praksi. Mladi sa shizofrenijom reaguju na terapiju slično kao i odrasli. Neuroleptici su manje efikasni kod djece sa shizofrenijom, što upućuje na razlike na organskom i ponašajnom nivou što je još predmet ispitivanja.

Psihoterapijski pristupi, individualni i grupni, mogu biti korisni za djecu sa shizofrenijom i njihove porodice. Cilj programa individualne psihoterapije je prevazilaženje socijalne izolacije i izmijenjenog odnosa

prema realnosti kod shizofrenih, putem uspostavljanja odnosa i testiranja realnosti.

Bihevioralni tretman uključuje potkrepljivanje adaptivnih reakcija i nepotkrepljivanje neadaptivnih, kao što su sumanutosti. Terapeut pomaže shizofrenom djetetu ili adolescentu da razvije efikasnije socijalne vještine i izađe iz socijalne izolacije. Pored toga, važno je osposobljavanje za svakodnevne aktivnosti (od namještanja kreveta, održavanja lične higijene, sudjelovanja u kućanskim poslovima do složenijih radnih aktivnosti) u zavisnosti od ozbiljnosti poremećaja. Cilj je doživljavanje vlastite efikasnosti bez obzira na bolest. U proces liječenja važno je uključiti porodicu sa ciljem da joj se pomogne da poboljša svoje modele komunikacije i emocionalne modele. Podstiče se i podrška nastavnika i profesora, ali i drugih izvan porodice koje su u bliskim odnosima sa djetetom (Weiner, 1992). Porodici pripada značajno mjesto i u periodu nakon liječenja. Intervencije usmjerene na promjenu negativnih porodičnih interakcija smanjuje simptome više nego intervencije usmjerene samo na pojedinca.

Prognoza

Ne postoje pouzdani podaci o shizofrenima koji se liječe ambulantno, mada je očekivano da su njihove šanse za oporavak veće. Djeca i mladi čiji shizofreni poremećaj počne prije četrnaeste godine života imaju lošu prognozu (Bojanin i Popović Deušić, 2012). Mladi koji su prije obolijevanja bili socijalno aktivni, inteligentni i dobro integrisani imaju bolju prognozu od onih koji su imali kognitivnih smetnji, koji su bili introvertni stidljivi i povučeni. Nisu primijećene polne razlike u pogledu dugoročnog ishoda. Pozitivni prognostički znaci za oporavak su:

- pojava u kasnijoj adolescenciji,
- iznenađan početak kao reakcija na neki prepoznatljiv stresor,
- zbunjenost i smetenost, a ne blagost i smirenost,
- dobra socijalna i školska prilagođenost,
- odsutnost teže psihopatologije kod roditelja,
- razumijevanje i podrška članova porodice,
- pozitivan stav prema liječenju.

Podaci pokazuju da od svih hospitalizovanih zbog shizofrenije jedna četvrtina se oporavi, jedna četvrtina ima povremena poboljšanja koja se smjenjuju sa recidivima, dok polovina zahtijeva dugotrajno bolničko liječenje (Weiner, 1992).

Prognoza zavisi od niza faktora biološke, psihološke i socijalne prirode, ali se mogu izdvojiti neki opšti prognostički činioci shizofrenije razvrstani u povoljne i nepovoljne, a što je prikazano u Tabeli 18.

Tabela 18. *Opšti prognostički činioci shizofrenije: povoljni i nepovoljni*

Povoljni:	Nepovoljni:
među bližim i daljim rođacima nema shizoidnih osoba i shizofrenih bolesnika	shizoidne i shizofrene osobe među bližim ili daljim srođnicima
kasniji početak bolesti (u odnosu na životnu dob bolesnika)	raniji početak bolesti
akutan početak bolesti, pojava prvih znakova bolesti na psihoreaktivan povod	postepen početak bolesti, pojava prvih znakova bolesti bez vidljivog povoda
u kliničkoj slici prisustvo elemenata poremećaja svijesti.	u kliničkoj slici dominiraju shizofreni poremećaji mišljenja pri potpuno očuvanoj svijesti.

* Weiner, 1992, prema Wenar, 2003)

POREMEĆAJI PONAŠANJA

Pojam poremećaji ponašanja odnosi se na razna neprihvatljiva ponašanja koja se razlikuju po intenzitetu, trajanju, složenosti, opasnosti i štetnosti na uzrastu do 18 godina, što podrazumijeva predškolski, školski i adolescentni period. Poremećaji ponašanja djece i adolescenata razvijaju se postepeno od blagih, manje ometajućih i manje primjetnih, prema težim, očividnijim i opasnijim, iako su moguća i odstupanja od tog pravila. Kod neke djece mogu se pojaviti već u ranom uzrastu, prije ili neposredno nakon polaska u školu. Najčešće je riječ o poremećajima koji se počinju ispoljavati u kući i porodici, pa se „šire“ preko predškolskih i školskih ustanova na vršnjake, lokalnu zajednicu i širu društvenu sredinu. Razvoj poremećaja ponašanja odlikuje se i porastom broja manifestovanih poremećaja, kao i pojavom novih modaliteta, pri čemu ponašanje postaje ozbiljnije narušeno, a prognoza pozitivnih promjena sve slabija. Od posebnog je značaja poštovati složenost pojave poremećaja ponašanja, a ponekad i nejasnu sliku odnosa uzroka i posljedice (Bašić, Koller-Trbović i Uzelac, 2004).

Između moderne i postmoderne konceptualizacije

Pogled na pojedinca, njegovu ličnost, psihosocijalni razvoj, potrebe i ponašanja, mijenja se zajedno sa civilizacijom, pa se, shodno tome, razlikuju tri glavna razdoblja ili smjera razvoja ljudske kulture značajna za proučavanje navedenih ličnih i društvenih fenomena.

Uloga i smisao života značajno se mijenjaju tokom ovih razdoblja i stvaraju poteškoće specifične za ta razdoblja sa kojima su se ljudi manje ili više uspješno nosili. U našoj kulturi obilježja tradicionalnih vremena još uvijek su značajno prisutna, pa smo svjedoci vremena u kojem koegzistiraju nespojivi fenomen (povjerenje u religiju, povjerenje u nauku i praktikovanje znanja kao socijalnog konstrukta). Pojedinac tradicionalnog kulturnog razdoblja nikada nije bio sam, a pojam o sebi sticao je isključivo preko

drugih ljudi iz neposredne sredine. Osnovna obilježja tradicionalne, moderne i postmoderne kulture sažeto su predstavljena u Tabeli 19.

Tabela 19. *Osnovna obilježja tradicionalne, moderne i postmoderne kulture*

Tradicionalna	Moderna	Postmoderna
život u zajednici, na porodicu usmjeren način života	individualistička životna orijentacija	svijest o odnosima: odnosna orijentacija
pojedinač sebe spoznaje u odnosu prema vanjskim faktorima: važni su „čast i ugled“	autonomnost i vezanost za druge; važno je dostojanstvo pojedinca	rascjepkanost života pojedinca
postoji povjerenje u religiju, postoji moralna sigurnost	postoji povjerenje u nauku	znanje je socijalni konstrukt
društvo je statično	na djelu je moralni relativizam	traženje okvira morala i moralnosti
politička kontrola lokalnih razmjera	usmjerenost razvoju; politička kontrola nacionalnih razmjera	strah od anarhije i haosa svijet je „globalno sijelo“ politika internacionalnih razmjera
glavna djelatnost je privreda	industrijska djelatnost	informatička djelatnost

* McLeod, 1997, prema Bašić, Koller-Trbović i Uzelac, 2004.

Osoba modernog doba ima kontrolu nad svojim životom i novi tip problema, koji mogu proizaći iz komunikacije i odnosa sa roditeljima, poteškoća vezivanja za osobu suprotnog pola, razvoda braka, potrebe za ličnom i profesionalnom afirmacijom, samačkog života i drugo (McLeod, 1997; prema Bašić, Koller-Trbović i Uzelac, 2004).

Činjenica da je čovjek postmodernog doba stalno izložen novim informacijama, dovodi do osnovnog obilježja čovjeka ovog razdoblja, a to je rascjepkanost. Postmoderna orijentacija je usmjerena na pojedinca koji je svjesniji sebe, svojih prava i potreba nego pojedinci u ranijim razdobljima.

Jedna od prvih definicija poremećaja u ponašanju djece i adolescenata glasi: „Poremećaji ponašanja predstavljaju ukupan naziv za sve one pojave biološke, psihološke i socijalne geneze koje manje ili više pogađaju pojedinca i nepovoljno djeluju na njegovu aktivnost i reaktivnost,

te neugodno, štetno i opasno utiču na druge pojedince i društvene organizacije, porodicu, dječije ustanove, školu, užu i širu zajednicu“ (Dobrenić i Podlugač, 1974, prema Bašić, Koller-Trbović i Uzelac, 2004).

Poremećena ponašanja označavaju ponašanja u kojima djeca i mladi čine određene teškoće, štete, probleme bilo samima sebi, bilo drugoj osobi, grupi ili zajednici. Takvo ponašanje obično ima negativne posljedice na obrazovno i rano postignuće djeteta, te njegovo socijalno i ukupno ponašanje i funkcionisanje. Sumirajući različite definicije i kriterijume različitih autora, poremećaji ponašanja predstavljaju (Bašić, Koller-Trbović i Uzelac, 2004):

- značajnije odstupanje od uobičajenog i društveno prihvaćenog ponašanja određene sredine za specifični uzrast i pol djeteta,
- neposredno ili posredno ugrožavajuću, štetnu, opasnu situaciju za samo dijete (tj. imaju negativne posljedice na obrazovno, socijalno, emocionalno i ukupno funkcionisanje djeteta u svakodnevnom životu) ili na njegovu sredinu,
- ukazuju na jasne pokazatelje budućeg nepovoljnog razvoja djeteta ukoliko se ne interveniše,
- zahtijevaju dodatnu stručnu ili širu društvenu pomoć bez koje sama osoba ne može prevladati teškoće.

Različiti oblici poremećaja u ponašanju prepliću se kod mladih ljudi na najrazličitije načine i bez jasne granice prelaze jedan u drugi. Zato ih je vrlo teško razgraničiti, a svaka klasifikacija poremećaja u ponašanju nesavršena je. Achenbach i Edelbrock, 1978; Achenbach i McConaughy, 1987, ovaj poremećaj djece i adolescenata objašnjava sa dva široko shvaćena sindroma: eksternalizujući i internalizujući. Detaljnije ćemo objasniti nekoliko simptoma karakterističnih za svaki sindrom, kako internalizujućih, tako i eksternalizujućih.

Simptomi internalizujućeg sindroma

Internalizujući sindrom karakteriše pretjerana kontrola ponašanja i pasivnost. Ovaj sindrom je u osnovi pretežno pasivnih poremećaja kod djece i adolescenata, kao što su: anksioznost, strah, depresija, socijalna povučenost, a detaljnije su obrađeni na prethodnim stranicama. U ovu grupu

spadaju simptomi koji odražavaju pretežnu pasivnost i prisutni su u mnogim poremećajima kod djece i adolescenata a uobičajeni simptomi su: plašljivost, povučенost, strah, potišтенost, nemarnost, lijenost i drugi.

Plašljivost

Plašljivost je simptom nesigurnosti i niskog samopouzdanja. Plašljiva djeca osjećaju se bespomoćno, ona u svemu oko sebe vide neku opasnost, plaše se nepoznatih situacija i nepoznatih ljudi, da bilo šta samostalno poduzmu, često su opterećena zadaćama, odgovornošću i ne usuđuju se izraziti vlastite potrebe. Plašljivost se definiše kao ponašanje u kome se prepoznaje uznemirenost, bljedilo, pojačano znojenje, kočenje, napetost, zbunjenost, neodlučnost, što nije izazvano neposrednim objektivnim okolnostima (Uzelac, 1995). Plašljivost se manifestuje u svakoj prilici u kojoj se može doživjeti neuspjeh, prigovor ili podsmijeh drugih osoba. Tokom predškolskog perioda zahtjevne situacije mogu se izbjegavati, ali plašljivost školskog djeteta značajno ometa njegovo socijalno funkcionisanje, što je često praćeno slabim školskim postignućima, nedovoljnom motivacijom za učenje, slabijom uključenošću u društvo vršnjaka i drugim nepovoljnim okolnostima. U adolescenciji plašljivost se najčešće ispoljava zbog ispitnih situacija, nastupa u javnosti, uspostavljanja kontakata sa drugim ljudima, posebno sa suprotnim polom. Plašljivost je često udružena sa nekontrolisanim mokrenjem u krevet, mucanjem, nedostatkom apetita, raznim strahovima i fobijama.

Među mogućim uzročnim činiocima plašljivosti posebno mjesto pripada autoritativnom vaspitnom stilu roditelja. Plašljivost mogu uzrokovati i pretjerane ambicije roditelja koji djetetu postavljaju visoke zahtjeve kojima ono po svojim biopsihološkim sposobnostima nije doraslo. Djeca su plašljiva i razmažena kada se nađu u situaciji da izgube stečene povlastice. Takva su djeca kod kuće obično vrlo živahna, slobodna, pa čak i nametljiva i drska, a u vrtiću i školi povučena i plašljiva. Djeca postaju plašljiva i zbog emocionalno hladnog vaspitnog pristupa, jer nedovoljna emocionalna prihvaćenost izaziva kod djeteta osjećaj ugroženosti, koji se manifestuje u obliku anksioznosti.

Povučenost

Povučenost je odraz lične nesigurnosti i nepovjerenja u druge, što se javlja kao posljedica manjka zadovoljavajućih socijalnih odnosa. Povučena djeca ili adolescenti su pretežno tihi, mirni, usamljeni, skloni su maštanju, nemaju stalne prijatelje, češće biraju društvo starijih ili mlađih osoba. Najčešće je posljedica nezadovoljenih potreba za pripadanjem i ljubavlju. Neka djeca i mladi sa oskudnim socijalnim vezama i povučenošću vremenom se povlače i postaju usamljeni. Povučenost je često praćena pojavom plašljivosti.

Potištenost

Potištenost je simptom koji najčešće prethodi depresiji, odnosno osjećanju beznađa i očaja. U nekim slučajevima predstavlja blaže i kratkotrajnije stanje, a nekad intenzivnije i dugotrajnije koje prevlada nad drugim osjećajima pojedinca. Simptomi potištenosti i depresije povremeno se mogu uočiti kod većine djece, adolescenata i odraslih. Potištenost utiče na kvalitet odnosa svakog pojedinog djeteta i adolescenta sa roditeljima, ali i na socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj. Prilikom procjene potištenosti važno je obratiti pažnju na promjene u ponašanju i na trajanje tih promjena. Među stresne situacije koje mogu pogodovati razvoju potištenosti i depresije kod djece i mladih naročito važnim se smatra smrt roditelja, razvod braka roditelja, nerazumijevanje, zlostavljanje u porodici (psihičko, fizičko, seksualno), različite školske situacije, odbačenost od strane vršnjaka, prekid prijateljske ili ljubavne veze, nepovoljni socijalni uslovi, i drugo. Dosadašnja praksa ukazuje na važnost uključivanja potištenog djeteta, posebno kada je takvo stanje dugotrajnije, u odgovarajući tretman. Što se prije postavi dijagnoza i dijete se uključi u tretman, veća je vjerovatnoća bržeg i sveobuhvatnijeg oporavka. Jedna od mogućih krajnjih posljedica izostanka odgovarajuće stručne reakcije na manifestovanje potištenosti je depresija, a u najtežim slučajevima i pokušaj ili izvršenje suicida.

Simptomi eksternalizujućeg sindroma

Eksternalizujući sindrom podrazumijeva nekontrolisano, aktivno ponašanje, a najčešći simptomi su: nedisciplinovanost (nepoštovanje pravila i

autoriteta), laganje, bježanje iz škole, od kuće i iz drugih odgojnih sredina, krađe, fizičke obračune, destruktivnost, neposlušnost, prkos, prijetnje drugima, ometanje nastave u školi i drugi. Ovaj sindrom je povezan sa mnogim poremećajima ponašanja kao što su: hiperaktivnost, agresivni i delinkventni oblici ponašanja.

Simptomi koji karakterišu eksternalizujući sindrom su pretežno aktivni i obično su povezani sa poremećajima ponašanja. Procijeniti u kojim slučajevima je ovakvo ponašanje normalno, kada pripada grupi eksternalizujućih ponašanja, a kada je znak dubljih psihičkih poremećaja predstavlja složen i odgovoran zadatak. Ovi poremećaji nisu uvršteni u psihijatrijske poremećaje prema važećim klasifikacijama. Ponašanja iz ove grupe se različito označavaju pa možemo naići na sljedeće pojmove: asocijalna ponašanja, disocijalna, nedruštvena, vaspitna zapuštenost, prestupnička ponašanja, nedruštvena ponašanja. To su najčešće ponavljana ili trajna ponašanja koja se sukobe sa društvenim normama, ali ne i sa normama i pravilima propisanim zakonom. Ponašanje ove grupe djece i adolescenata je upadljivo nedruštveno, uglavnom su neposlušni, ne poštuju moralne norme i nemaju osjećanja krivice i stida za svoje neprimjerene postupke. Djeca i mladi koji ispoljavaju smetnje iz ove grupe skloni su teškoćama u komuniciranju, ophođenju i saradnji sa drugima, mogu ispoljiti okrutnost prema ljudima i životinjama, lagati, krasti, bježati iz škole i drugo. Izmijenjeni obrasci ponašanja su trajni i manje izazvani novim uticajima iz spoljašnje sredine, koji u maloj mjeri djeluju kao izazivači i pospješujući činioci. Osobe nedruštvenog ponašanja ispoljavaju odstupanja u razvoju ličnosti u odnosu na druge, ali ne obavezno i u odnosu na članove svoje porodice. Ovi poremećaji mogu biti u okviru raznih drugih poremećaja, reaktivnih stanja, delinkvencije, graničnih stanja, psihoza i drugih. Na narednim stranicama ukratko ćemo opisati nekoliko, u praksi učestalijih poremećaja iz ove grupe.

Laganje

Prvi oblici laganja pojavljuju se u ranom djetinjstvu, najčešće između četvrte i pete godine života. Djeca lažu radi postizanja željenog cilja (npr. varanje u igri), opravdavanja, prikrivanja i izbjegavanja kazne, izbjegavanja

neželjenog posla, dobivanja nagrade ili zbog brojnih drugih razloga. Laganje se ispoljava zanemarivanjem ili iskrivljivanjem istine koja je djetetu poznata, dopunjavanje djelimično poznate istine ili izmišljanje pojedinosti, događaja i priča koje uopšte na postoje. Važno je naglasiti da laganje podrazumijeva postojanje namjere i svijesti o samom djelu.

Bježanje iz škole, od kuće i iz drugih institucija

Različiti oblici bježanja, odnosno svojevoljnog i nedopuštenog udaljavanja iz porodice, škole ili drugih institucija u kojima borave djeca, a bez odgovarajućeg opravdanja roditelja ili staratelja, pripadaju ponašanjima koja se ubrajaju među prve ozbiljne simptome poremećaja u cjelovitom ponašanju djece i adolescenata. Uzroci su u većini slučajeva složeni, isprepletani, višestruki i prikriveni. Na primjer dijete bježi iz škole zbog nepodnošljive situacije u porodici. U populaciji djece i adolescenata koji su uključeni u neki institucionalni oblik tretmana nailazimo na bježanje iz tih ustanova što može biti motivisano neprilagođenošću na nove uslove života u početku procesa resocijalizacije, potrebom za kontaktom sa porodicom ili prijateljima, slabom identifikacijom s vršnjacima i sličnim razlozima.

U višim razredima osnovne škole i tokom srednjoškolskog obrazovanja povremeno neopravdano izostajanje sa nastave karakteristično je za veći broj učenika. O bježanju iz škole, kao o manifestaciji ozbiljnih poremećaja u ponašanju, govorimo kada dijete ili mladi to radi izrazito često i kada takvo ponašanje ometa izvršavanje propisanih školskih obaveza. Bježanje iz škole dovodi do brojnih posljedica koje dodatno opterećuju tok školovanja (izricanja pedagoških mjera koje mogu biti razlog isključivanja iz škole, a nesudjelovanje u nastavi znatno pridonosi i daljnjem postizanju loših obrazovnih rezultata).

Zavisno od faze razvoja poremećaja u ponašanju, pojavljuju se sljedeći oblici bježanja iz škole: učestalo kašnjenje na nastavu, izostanak s pojedinih časova unutar nastavnog procesa, napuštanje nastave prije završetka te cjelodneвно i višednevno izostajanje sa nastave (Uzelac, 1995).

Krađe

Krađe su namjerno i svjesno prisvajanje tuđih predmeta. Mogu biti samo u krugu porodice, samo izvan porodice ili jedno i drugo. Kada dijete nauči da razlikuje pojam vlasništva i da može razlikovati moje, tvoje, vaše, naše, možemo govoriti o krađi. Ta se sposobnost najčešće pojavljuje između treće i četvrte godine života. Mala djeca najčešće se upuštaju u krađu zato što se trogodišnje ili četvorogodišnje dijete smatra punopravnim „vlasnikom“ svega što ga okružuje, sve dok mu neko objasni da nije baš tako. To su normalne pojave u određenim fazama razvoja, a takve je situacije potrebno iskoristiti radi poučavanja djeteta odgovornosti prema drugima. Odraslima, najčešće roditeljima, najveći je problem obuzdati vlastite pretjerane reakcije kada se prvi put suoče sa laganjem, krađom ili varanjem, a upravo te pretjerane reakcije prema laganju mogu kod djece dovesti do usvajanja tih oblika ponašanja i u kasnijoj dobi (Brazelton, 1997, prema Bouillet i Uzelac, 2007).

Krađe u porodici su obično sitne i roditelji ih bolje podnose iako izazivaju nemir, strepnju i agresiju, jer se doživljavaju kao povreda morala, časti i autoriteta. Krađe izvan porodice (u školi, od komšija i iz javnih objekata) doživljavaju se kao ozbiljnije i teže se podnose. Djeca, rjeđe i mladi, krađu: hranu, slatkiše, sličice, olovke, novac, bicikle, automobile, a nije rijetkost da krađu i bezvrijedne predmete. Svaka krađa u vremenu odrastanja ne može biti shvaćena kao nedruštven čin.

Etiologija

Razvojni put poremećaja u ponašanju kod djece i adolescenata neodvojiv je od uobičajenog bio-psihosocijalnog razvoja djece i adolescenata. Većina autora govori o pojmu psihosocijalne zrelosti. Svaka manifestacija psihosocijalne nezrelosti nije poremećaj ponašanja, ali poremećaji ponašanja jesu pojava koja, u određenim razmjerima, znači nedovoljnu socijalnu zrelost. Drugim riječima, zrelost je interakcijski pojam, rezultat uzajamnog prožimanja potencijala koje posjeduje ljudsko biće i uticaja sredine na njega. Svima je zajednički stav da su pojedini aspekti zrelosti međusobno zavisni, te da svi zajedno čine zrelu, odnosno nezrelu ličnost. Stanovišta

različitih autora o problemu zrelosti uslovno se mogu razvrstati na (Bouillet i Uzelac, 2007):

- fenotipski pristup, koji teži opisu zrele ličnosti, odnosno nabranjanju obilježja ponašanja takvih osoba,
- genotipski pristup, koji se ogleda u stvaranju „tipova“, odnosno nabranjanju opštih ili genotipskih crta zrele ličnosti,
- razvojni pristup, koji proučava način na koji osoba manifestuje svojstva zrele ličnosti u različitim razvojnim fazama.

Isprepletenost sazrijevanja i poremećaja u ponašanju oslikavaju laganje, krađe i varanje. Svako će se složiti da se radi o ponašanjima koja su u najmanju ruku društveno nepoželjna. Međutim, u bilo kojoj fazi brzog učenja (ranom djetinjstvu) djetetova mašta ima vrlo važnu ulogu. Mašta pomaže djetetu da istraži svoj novi svijet bez opasnosti da pretjera na bilo koji način, pa je uz igru vrlo važna u saznavanju vlastitih ograničenja i samosaznavanja uopšte, a može dovesti do laganja i varanja. Neželjena ponašanja male djece mogu, ali i ne moraju, da se odraze na kasniju manifestaciju poremećaja u ponašanju. Ako do toga ipak dođe, djeca i mladi manifestuju čitav niz ponašanja različitih vrsta, oblika, opasnosti, štetnosti, intenziteta, od gotovo bezazlenih, početnih poremećaja u ponašanju slabog intenziteta i štetnosti, sve do kriminalnih radnji i velike opasnosti za druge ljude i društvo u cjelini.

Iako su aktivni oblici poremećaja u ponašanju češći kod dječaka, a pasivni kod djevojčica, učestalost manifestacije pojedinih ponašanja djevojčica i dječaka zavisi o uzrastu. Na primjer u prvim godinama školovanja plašljivost je podjednako zastupljena i kod jednih i kod drugih. Tokom daljeg razvoja taj se poremećaj kod dječaka pomalo gubi, a kod djevojčica ostaje ili čak postaje češći što su djevojčice starije. Razlika među polovima u manifestaciji plašljivosti izraženija je što su djeca starija. Dječaci su podjednako povučeni kao i djevojčice sve do puberteta, a onda kod djevojčica se ranije primijete izraženija sklonost ka povlačenju, već oko desete godine života. Najveće razlike među polovima autori uočavaju u manifestovanju nemira, impulsivnosti, prkosa i nediscipline, što je mnogo češće kod dječaka. Nesamostalnost je podjednako česta bez obzira na uzrast (Bouillet i Uzelac, 2007).

Terapijski pristupi

Specifičnosti tretmana svakog ponašanja komponente su koje se ugrađuju u opšti socijalnopedagoški program tretmana. Posebno treba naglasiti potrebu istovremeno socijalnopedagoškog rada sa djetetom i njegovim roditeljima, s obzirom na okolnosti da upravo stilovi vaspitanja često pridonose razvoju poremećaja ponašanju. U blažim slučajevima poremećaja ponašanja važno je poučiti roditelje kako mogu pomoći svojoj djeci, a u težim slučajevima potrebna je stručna pomoć djetetu i/ili roditeljima.

Smetnje prilagođavanja

Pod pojmom smetnje prilagođavanja podrazumijevamo sva prolazna ispoljavanja neprimjerenog ponašanja koja su nastala kao odgovor na provokativne, vanjske faktore. Prolazne neprilagođenosti ne ostavljaju značajnije promjene u psihičkom životu djeteta. Osnovno obilježje neprilagođenosti je njena određenost raznovrsnim, vanjskim okolnostima. Neprilagođena ponašanja kod djeteta uzrokovana su mnogobrojnim činiocima. Neki od njih su karakteristični za mlađe, drugi za stariju djecu ili za adolescente. Izrazito jaki i grubi stresori mogu izazvati snažne reakcije koje se uobičajeno svrstavaju u grupu kriza. Za mlađe dijete mogu biti značajni sljedeći stresori ili stresne situacije: prekid odnosa sa bliskim osobama, promjene sredine življenja, invazivne medicinske procedure, tjelesne povrede, bolesti i drugo. Neka djeca uspijevaju da izdrže kraće vrijeme u neodgovarajućim okolnostima bez ispoljavanja značajnijih smetnji. Međutim, ako te nepovoljne okolnosti za dijete traju duže vrijeme moguće su ozbiljnije smetnje funkcionisanja, pa i poremećaji. Simptomi koji se svrstavaju u reaktivni poremećaj izraz su spoljašnjeg sukoba i nemaju simboličko značenje, iako je vezu između unutrašnjeg i spoljašnjeg sukoba nemoguće isključiti.

Smetnje prilagođavanja treba razlikovati od normativnih, zdravih razvojnih pojava prilagođavanja koje su prisutne kod većine djece, kao što su tuga, strepnja ili strahovi koji mogu biti izazvani rođenjem drugog djeteta, procesom individuacije, polaskom u školu i drugo. Razlikovanje normalne od patološke neprilagođenosti nije jednostavno i često je potrebno

da vrijeme i konačni ishod pomognu u rasvjetljavanju i pri postavljanju tačne dijagnoze.

Adolescentna kriza

Adolescentna kriza može početi u pubertetu, tokom adolescentnog perioda i sve do 25 godina života. Smetnje kojima je obilježena mogu imati različit tok. Mogu biti prolaznog karaktera i trajati kratko, ali mogu biti uvod u razne poremećaje sa hroničnim tokom. Iako se manifestuje u adolescenciji, kod nekih adolescenata postojale su specifične neprilagođenosti u blažoj formi i u ranijim uzrastima

Izraz kriza najčešće označava dublje stanje neprilagođenosti i snažniji prekid ravnoteže koja je ranije bila uspostavljena između adolescenta i njegove porodice i šire društvene sredine. To je psihičko stanje koje predstavlja otvoren put ka zrelosti, a javlja se u periodu adolescencije. U većini slučajeva spontano se prevazilazi bez stručne intervencije psihologa ili psihijatra. Izraz kriza je dvosmislen, prihvaćen i odbacivan u psihologiji i psihijatriji. Može da označava normalne prolazne pojave tokom razvoja u burnom adolescentnom periodu, ali isto tako može da označava prolazne reaktivne smetnje prilagođavanja i ponašanja, ali i stanja koja imaju tendenciju da prerastu granicu normalnosti i postanu dio psihopatologije. Nije svaka kriza identiteta nezdrava. Normalna, razvojna psihička kriza dovodi do višeg stepena psihosocijalne integracije, reverzibilna je i otvara nove mogućnosti sazrijevanja. Ona je često trenutak za preokret u razvoju i šansa za uspješno odrastanje. Kriza nastaje iz jednog ili više tipičnih adolescentnih konflikata, kao što je sukob između želje za samostalnošću i zavisnosti od autoriteta (prije svega roditelja), zatim sukob između potreba za ličnim identitetom i za pripadnošću grupi vršnjaka (grupni identitet).

Patološke krize dovode do uzaludnog trošenja energije, do ireverzibilnih promjena i do psihosocijalne izolacije. U svakoj razvojnoj fazi pojavljuju se određene teškoće koje je potrebno prevazići da bi se formirao stabilan identitet. Traganje za ličnim identitetom je težak i neizvjestan put ispunjen sumnjama, lutanjem, krizama i eksperimentisanjem sa različitim ulogama (Trebješanin, 2004).

Prevalencija

Prema procjenama, oko 3 do 5% adolescenata prolazi kroz adolescentnu krizu, ali je nejasno koliki je procenat onih čija kriza ima patološka obilježja. Učestalost kriza koje imaju klinički značaj zavisi i od dijagnostičkih mjerila i procjene ispitivača, kao i od specifičnosti kulture u kojoj adolescent živi (Tadić, 2000).

Klinička slika

Adolescentna kriza može da se ispolji na razne načine, poprimivši karakteristike svih drugih smetnji i poremećaja, a simptomi su isprepletani i tijesno povezani bez obzira na oblast koju zahvataju. Mogu se izdvojiti simptomi vezani za fizičko, emocionalno, kognitivno i društveno funkcionisanje. Nagle promjene oblika i izgleda tijela, kao što su nagli rast, povećanje mišićne mase, pojava sekundarnih polnih oznaka, promjene oblika i izgleda tijela dovode do promjena tjelesne šeme i slike o svom vlastitom tijelu i njegovim funkcijama. Emocionalni život mladih značajno se mijenja sa doživljajem pomiješanih osjećanja anksioznosti, depresije, raznih strahova, ljutnje i drugih, što djelimično smanjuje dotadašnju intelektualnu efikasnost i sužava obim interesovanja. Razvoj apstraktnog mišljenja dostiže viši stepen i mijenja način dotadašnjeg zaključivanja produkujući nove, ponekad neobične kognitivne stilove neutemeljene u stvarnim odnosima i sistemu opštih vrijednosti. Te izmjene u ponašanju i mišljenju otvaraju mogućnosti novih i neočekivanih sukoba sa svijetom oko sebe. Procesi odvajanja i individuacije završavaju se i kod nekih adolescenata su izvor tuge, anksioznosti, depresije i raznih strahova pred budućnošću. Navedene promjene praćene su promjenama stavova prema mladima u društvu. Krize odrastanja nisu pošteđeni ni roditelji. Njihovi doprinosi i ulaganja trebalo bi da prate adolescentne promjene. U situacijama kada roditelji ne mijenjaju svoje stavove i ostaju kruti i zastarjeli (konzervativni) često se javljaju konflikti poznati kao „sukob generacija“. Način ophođenja sa roditeljima prenosi se i na druge odrasle osobe i autoritete. Izvor ponavljanih sukoba proizilazi obično iz težnje adolescenata za suprotstavljanjem prema svijetu odraslih.

Slučaj 28

Milana, učenica I razreda tehničke škole u kojoj se nije najbolje prilagodila. Ubrzo nakon početka nastave shvatila je da nije izabrala pravu školu za sebe. Nije bila zadovoljna ni društvom u razredu. Osnovnu školu je završila odličnim uspjehom u seoskoj školi i po svemu je bila primjerna. U srednju školu svakodnevno putuje autobusom iz svoga sela. Na polugodištu je imala tri slabe ocjene. Pokušavala je da popravi, ali nije uspjela. Roditelji je optužuju da ne uči. U zadnja tri mjeseca zabavljala se sa momkom koji pohađa četvrti razred iste škole. Smatra da je i to dijelom doprinijelo slabim ocjenama. Nezadovoljna je sobom i kaže: „Ne znam šta da radim, ništa mi ne ide od ruke, ne prepoznajem samu sebe...kao da sam se izgubila u šumi“. Roditelji navode da je najviše vremena sama u sobi, da je nezainteresovana za svakodnevne aktivnosti u porodici. Burno reaguje na svaku roditeljsku primjedbu i svađa se sa njima. Milana navodi da je zadnjih desetak dana primijetila da je momak izbjegava, uvijek negdje žuri i nema vremena za nju. Posumnjala je da nešto nije u redu i zatim saznala od najbolje drugarice da momak izlazi tajno sa drugom djevojkom. „To me dotuklo“, kaže Milana. Desilo se da je taj dan mama bila u školi i vidjela, ne samo da nije popravila ocjene, nego je dobila i dvije nove jedinice. Kada je došla kući roditelji su bili ljuti, ne zna se ko više. „Smišljali su razne kazne, a ja sam jedino željela da me nema, da propadnem u zemlju, jer ionako ništa od mene nema, skroz sam pukla, ne znam ni ko sam ni kuda idem...“, dodaje Milana. Bila je jako uznemirena, pronašla je tablete leksilijuma koje je doktor prepisao majci, zaključala se u sobu i popila sve. Legla je sa jedinom željom, a to je da se ne probudi. Nakon nekoliko sati probudila se, osjećala se loše, bila je nestabilna i nesigurna pri pokušaju ustajanja, vrtilo joj se u glavi, osjećala je košmar i nije mogla da misli. Uspjela je napisati poruku majci i momku. Postala je svjesna šta je uradila tek u bolnici.

Milana živi sa roditeljima i mlađom sestrom. Porodični odnosi su skladni, porodica je dosta zatvorena, roditelji se previše zaštitnički odnose prema djeci i imaju krute, tradicionalne norme vaspitanja.

Etiologija

Značajni činioci u nastajanju adolescentne krize su kultura, društveni sistem i obilježja savremenih okolnosti u kojima mladi žive. Mladi u američkim i zapadnoevropskim zemljama ranije se osamostaljuju. U našoj sredini i okruženju mladi se kasnije osamostaljuju, jer se kasnije osposobljavaju za samostalan život čemu doprinosi obrazovni sistem, nemogućnost zapošljavanja, tradicionalne porodične norme i drugo. Sve ove okolnosti produbljuju sukobe i riziko faktore za nastanak adolescentne krize.

Sastavni dio adolescentne krize je kriza identiteta. Mladi se ponašaju kao da ne znaju ko su i šta su, ne prepoznaju sebe u dosadašnjem funkcionisanju, javljaju se mnoge sumnje u sebe i svoju ličnost, česta su ambivalentna osjećanja prema najbližima i često se prekida identifikacija sa najbližima. Kod nekih adolescenata moguća su osamljivanja i dugotrajna razmišljanja, o sebi, svijetu oko sebe, o smislu i besmislu postojanja. Mladi teže da bude originalni i samosvjesni, ali istovremeno i slični drugima kako ne bi izazvali odbacivanja od njih. Bez neprekidnosti odnosa sa svojom prošlošću, bez osjećanja jasne i trajne svijesti o samome sebi u sadašnjosti i bez mogućnosti predviđanja svoje cjelovitosti u budućnosti, mladi živi u praznom prostoru (Tadić, 2000). Kriza se može shvatiti i kao izraz nastojanja mladih da prihvate sebe sa svim novonastalim promjenama i prilagode se porodičnim i društvenim odnosima.

Prognoza

Prognoza smetnji prilagođavanja je povoljnija od drugih poremećaja. Većina adolescenata poslije burnih doživljavanja i preko neprijatnih iskustava uspijeva da poveže prethodna i sadašnja iskustva i da uspostavi svoj novi identitet. Iz krize adolescent obično izlazi sa osjećanjem unutrašnjeg jedinstva i sa povećanim sposobnostima za rasuđivanje. Kao posljedice nedovoljno i neadekvatno prevaziđenih smetnji prilagođavanja, odnosno adolescentne krize, ostaje trajno nepovjerenje u sebe i druge, nesposobnost za uspostavljanje ličnih odnosa u partnerskim odnosima, prijateljima i saradnicima na radnom mjestu (Tadić, 2000).

Rizična ponašanja

Pod pojmom „djeca i mladi u riziku“ označavaju se djeca i mladi koji su izloženi mogućim uticajima negativnih ponašanja i okolnosti, a koja mogu predstavljati opasnost od negativnih događanja u budućnosti. Na primjer, djeca sa problemima ponašanja, agresivna djeca, djeca sa slabim školskim uspjehom i ponašanjem mogu biti u riziku od ispoljavanja delinkventnih oblika ponašanja u adolescenciji. Praksa je da se rizik kojem su izloženi djeca i mladi opisuje kroz kontinuum. Na jednom kraju leži „niski rizik“, opisan kao onaj koji ima minimalnu štetu, dok je na drugoj strani kontinuum „visoki rizik“, opisan kao onaj koji nosi ozbiljnu štetu. Opisujući kontinuum rizika Drajfusova (Drayfoosova, 1997, prema Bašić i saradnici, 2004), opisuje četiri kategorije „rizičnosti“ djece i adolescenata na osnovu njihovog ponašanja, što je detaljnije predstavljeno u Tabeli 20.

Tabela 20. Kategorije „rizičnosti“ djece i adolescenata na osnovu njihovog ponašanja

Nivo rizika	Opis ponašanja
Vrlo visoka	Djeca/mladi manifestuju veći broj poremećaja u ponašanju, počinili su ozbiljno kazneno djelo ili su bili u maloljetničkim zatvorima, napustili školu, upotrebljavali teške droge, prekomjerno piju, puše i upuštaju se u neodgovorna seksualna ponašanja.
Visoka	Djeca/mladi manifestuju slična ponašanja kao i djeca i mladi u vrlo visokom riziku samo u manjim frekvencijama, te manifestuju dva ili tri gore navedena ponašanja.

* Drayfoos, 1997.; prema Bašić i saradnici, 2004.

Neki teoretičari (Burt, Resnik i Novick, 1998.; prema Bouillet i saradnici, 2007), vide ponašanje mladih kao dio normalnog razvojnog procesa. Oni stavljaju fokus na interakciju među kulturalnim normama i adolescenciji kao vremenu u kojem mladi traže nova iskustva, uključujući neka od iskustava koja sa sobom nose određenu količinu rizika i to ih čini privlačnim za veliki broj mladih ljudi. Zavisno od sredine u kojoj žive i o tome koliko je kultura određenog područja tolerantna na rizična ponašanja, neki mladi će imati veću vjerovatnoću da budu „u riziku“.

Rezultati mnogih longitudinalnih studija (Gramezy i saradnici, 1984, Rutter, 1983, 1985, 1986, Werner 1984, Werner i Smith 1982; prema Bouillet i saradnici, 2007) doprinijeli su sagledavanju kritičnih razvojnih faktora u ličnosti koji razlikuju otporno dijete od onog kod kojeg će rizik prevladati. To su:

- aktivan pristup rješavanju problema, koji im omogućuje prevladavanje i nošenje sa različitim emocionalnim iskustvima,
- sposobnost, od dojenačke dobi, pridobivanja pozitivne pažnje,
- optimističan pogled na sva njihova iskustva, čak i kada ona znače patnju,
- sposobnost zadržavanja pozitivne vizije života koji ima smisao,
- sposobnost da budu živahni i autonomni,
- sklonost traženju novih iskustava,
- proaktivna perspektiva.

Važno je napomenuti da otpornost nije stalno konstitucionalno obilježje, već je proces, a izbori koje pojedinac čini u ključnim situacijama svog života mogu uveliko uticati na taj proces. Robert Louis Stevenson (Gramezy, 1981, prema Bouillet i Uzelac, 2007) slikovito je opisao koncept otpornosti riječima: „Život nije imati dobre karte, nego s lošim kartama odigrati dobru igru.“

Delinkventno ponašanje

Delinkvencija je pravni izraz koji uključuje kršenje zakonskih normi ponašanja, a koji bi se smatrali kriminalnim u slučaju da ih izvrši odrasla osoba (Trebješanin, 2004). Kriminalno djelovanje maloljetnika za društvo je od velikog značaja, a taj značaj proizilazi usljed konstantnog porasta, kao i sve masovnijeg djelovanja takvog ponašanja maloljetnika na opšta društvena dobra i vrijednosti. Poseban značaj kriminalnom djelovanju maloljetnika daje činjenica što se iz redova maloljetnih delinkvenata kasnije često javljaju punoljetni izvršiocu kaznenih djela, te se kroz proučavanje obima, strukture i dinamike delinkvencije mladih može pratiti i uspješnost provođenja društvene politike prema mladima uopšte, a posebno prema maloljetnim izvršiocima kaznenih djela.

Podaci istraživanja pokazuju da delinkvencija i depresivnost u adolescentnom uzrastu imaju više zajedničkih karakteristika, kao što su narušene afektivne veze u neposrednoj sadašnjoj i prošloj, socijalnoj sredini (porodičnoj i vršnjačkoj), snižen kapacitet za socijalnu adaptaciju, nedovoljni ili neadekvatni razvojni podsticaji u neposrednoj socijalnoj sredini i povećano prisustvo stresora (Hrnčić, 2011).

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Osim navedenih oblika ponašanja, kod djece školskog i adolescentnog uzrasta su sve prisutniji problemi vezani za zloupotrebu sredstava koja izazivaju zavisnost (alkohol, droga) što potvrđuju podaci od 21,2% (Sakoman, Raboterg-Šarić i Kuzman, 2002).

Razmatranje rizika u adolescentnom periodu svakako podrazumijeva i sve ranija i učestalija eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama. Prva iskustva počinju već u osnovnoj školi, u preadolescentnom periodu. Jedan od razloga je laka dostupnost. Droge se mogu koristiti eksperimentalno ili povremeno-rekreativno bez razvoja obrasca zavisnosti. Drogu najčešće koriste mladi i mlađi odrasli, uzrasta između 14 i 25 godina. Neki od razloga zbog kojih mladi koriste psihoaktivne supstance su: dosada, radoznalost, potištenost, želja za avanturom, slabost da odbiju, kao i zbog nedostatka čvršće veze sa porodicom. Svaka droga je opasna jer smanjuje sposobnost za rad i koncentraciju. Brojna istraživanja su pokazala da ne postoji specifična psihička struktura ličnosti koja bi predstavljala predispoziciju za bolest zavisnosti.

Na ovim stranicama ćemo se upoznati samo sa osnovnim pojmovima iz ove oblasti, zato što se mladi i njihovi roditelji sve češće obraćaju psiholozima za pomoć. S druge strane, kao posljedica zloupotrebe psihoaktivnih supstanci mladi mogu ispoljiti i razne emocionalne i socijalne probleme.

Određenje osnovnih pojmova

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci znači da je osoba pod uticajem i negativnim dejstvom neke supstance i ne uspijeva obavljati svakodnevne aktivnosti, ali nije razvila fizičku zavisnost.

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci ili adicija predstavlja teži oblik zloupotrebe, često praćen fiziološkom zavisnošću.

Tolerancija je fiziološki proces u kojem su za proizvođenje istog učinka potrebne sve veće količine psihoaktivne supstance.

Apstinencija podrazumijeva simptome negativne fiziološke i psihološke reakcije koje osoba doživljava kada iznenada prestane uzimati psihoaktivne supstance, a manifestuju se u vidu: grčeva, uznemirenosti, nesаницe, oslabljenog apetita, razdražljivosti i slično.

Politoksikomanija je zavisnost od više droga.

Biti zavisian znači uzimati sve veće količine psihoaktivne supstance sa sve manjim osjećajem zadovoljstva i užitka u njoj. Uzima se uvijek više nego što se namjeravalo. U situacijama kada ne uzme dnevnu dozu supstance o kojoj je razvio zavisnost, adolescent se osjeća nervoznim, depresivnim i uznemirenim. Većina je više puta bezuspješno pokušavala prestati sa uzimanjem psihoaktivnih supstanci. U tim situacijama obično se javljaju priviđanja, razdražljivost i uznemirenost, aktiviraju se simptomi skrivenih psihičkih bolesti, a kod nekih se pojave suicidalne ideje. Sve ove pojave ukazuju na simptome bolesti zavisnosti: adolescent počne da potiskuje i negira psihičke sadržaje kao što su emocije, stavovi, principi, ideje i razmišljanja, a forsira isključivo manipulativnost, nestrpljivost i nedosljednost.

Faze razvoja bolesti zavisnosti

1) *Eksperimentalna faza* – najčešće nastupa kao posljedica radoznalosti. Prije prvog uzimanja, mladi ne znaju realne osobine droga. Trajanje ove faze zavisi i od toga koliko su i koje droge dostupne i koje se vrste najviše koriste na određenom području gdje se mladi kreću. Najčešće se počinje sa alkoholom i marihuanom, „ulaznim drogama“, a rjeđe tabletama benzodiazepina.

2) *Socijalna faza* – razvoju ove faze značajno doprinose novi načini i pravila o provođenju slobodnog vremena mladih. To podrazumijeva i vrijeme izlazaka do kasnih noćnih sati na koncerte, žurke, festivale i diskoteke, a povodom rođendana, ekskurzija, maturalnih večeri i opuštanja u slobodno vrijeme.

3) *Instrumentalna faza* – obuhvata traženje i odabiranje najbolje i najpogodnije supstance, ili najbolje kombinacije da bi se postigao efekat u mijenjanju raspoloženja ili jednostavno samo radi „boljeg provoda“, uključujući i seksualne aktivnosti. Često ovako ostvareni seksualni kontakti predstavljaju vrlo rizična seksualna ponašanja, kako u smislu čestog mijenjanja partnera, tako i u smislu seksualnog zlostavljanja ili silovanja, posebno kada su u pitanju djevojke. Drugi oblik instrumentalizacije droge, tj. nalaženja razloga za njeno uzimanje je: da bi se adolescent oslobodio ili izborio sa ozbiljnim stresom, strahovima, depresijom ili sličnim, teško podnošljivim emocionalnim stanjima.

4) *Habitualna faza* – je faza navike, čak i redovnog uzimanja dvije ili više psihoaktivnih supstanci, što se sve više uključuje u cjelokupan obrazac mišljenja i ponašanja mladih.

5) *Kompulsivna faza* – je faza u kojoj postoji prisila ili žudnja da se supstanca unese. Prilagođavanje adolescenta i njegovog tijela drogi je dosta odmaklo ili je već završeno, a adolescent je već transformisan u neku novu ličnost, potpuno neprepoznatljiv za porodicu, školu, prijatelje. Mogu se pojaviti agresivna ponašanja najprije u kući, a zatim i izvan kuće, kao i delinkvencija.

Treća i četvrta faza su faze u kojima je već očigledno razvijena psihička zavisnost, a peta faza je faza sa već razvijenom i psihičkom i fizičkom zavisnošću.

Specifičnosti zloupotrebe alkohola kod adolescenata

Mladi su skloni zloupotrebi alkoholnih pića koja su dostupna i kulturološki prihvatljivija od drugih psihoaktivnih supstanci. Prve zloupotrebe alkohola počinju prilikom proslava, prvih izlazaka sa društvom još u višim razredima osnovne škole. Mladi uglavnom konzumiraju alkohol da utole žeđ, u nekim situacijama piju više dana bez pauze ne obazirući se na posljedice, piju radi postizanja nekog efekta, npr. smanjenja treme.

Prevalencija zavisnosti od alkohola kod adolescenata u Evropi i Americi je 4 do 6% (Renschmidt i Belfer, 2005). Više je zastupljen kod dječaka, iako je alkohol sve prisutniji i kod djevojčica.

Razlozi prekomjernog konzumiranja alkohola su mnogostruki, a navodimo samo neke od razloga koji mogu biti zajednički za većinu mladih:

- roditelji premalo kontrolišu, a alkohol je vrlo dostupan,
- ispijanje većih količina alkohola, često se takmiče u količini popijenog pića,
- kombinovanje više vrsta alkoholnih pića,
- kombinovanje alkoholnih pića sa psihoaktivnim supstancama,
- pod dejstvom alkohola mladi su skloni impulsivnim postupcima (auto ili hetero agresivnim postupcima),
- lakše podnose roditeljske kritike, školske i emocionalne neuspjehe pod dejstvom alkohola,
- piju i drugi, ne žele se razlikovati od društva,
- alkohol opušta, pa je lakše prići suprotnom polu,
- među vršnjacima su često popularniji oni koji puše i piju,
- nemaju razlog ili piju iz dosade, misle da je to u redu,
- svi su sigurni da drže pod kontrolom svoje pijenje i da će moći prestati kad god budu htjeli, niko ne planira postati alkoholičar,
- svima je zajedničko da ne razmišljaju o mogućim posljedicama.

Mladi su skloniji zloupotrebi alkohola ako se kreću u društvu onih koji puno piju ili se drogiraju, imaju slabiji školski uspjeh udružen sa problemima u ponašanju i djeca čiji su roditelji ili najbliži srodnici bili alkoholičari. Svako pijenje alkohola prije 18. godine, dok je organizam u razvoju, smatra se rizičnim, pa čak i zloupotrebom alkohola jer može da dovede do trajnih oštećenja u formiranju ličnosti (Mladenović, 2012).

Slučaj 29

Miroslav, učenik drugog razreda srednje škole primljen u bolnicu u toku noću u alkoholisanom stanju. Nije bio svjestan pri prijemu. U pratnji su bila dva druga koji su sa njim pili alkoholna pića u parku, prvo „žestu“, a onda pivo. Drugar navodi: “Bio je isfuran, posvađao se sa starcima zbog problema u školi. Mi smo ga tješili i pili smo zajedno da mu bude lakše. Nije popio puno, počeo je da se žali da ga boli glava i samo je pao sa klupe gdje smo sjedili. Dozivali smo ga, ali nije reagovao...onda smo zvali hitnu...” Ujutru, kada su došli roditelji, Miroslav je bio svjestan, stidio se pred

osobljem, skrivao je pogled i izbjegavao kontakt „oči u oči“. Roditelji su odmah po dolasku pokazali zabrinutost, ali kada su saznali o čemu se radi bili su ljuti, djelovali su zbunjeno i postićeno. Svi su sa nestrpljenjem čekali da napuste bolnicu. Otac navodi: “ Miroslav je dobro dijete, bio je odličan učenik sve do srednje škole. Sada je našao loše društvo, ne uči, a juče je razredna profesorica rekla da je tri puta pobjegao sa časova u zadnjih dva mjeseca. Sa nama sve manje razgovara. Primijetili smo da pije pivo sa društvom, a u kući nikada ne pije alkohol, možda za slavu ili rođendan, malo.“

Živi u porodici sa roditeljima i mlađom sestrom, odnosi su prosječni, a u prizemlju porodične kuće živi djed. U porodici se rijetko koriste alkoholna pića. Djed, čiji je Miroslav miljenik, sklon je čestoj zloupotrebi alkohola, ali nije agresivan u alkoholisanom stanju. „Čak je veseliji i zabavniji pa djeca vole, posebno kada je umjereno pijan. Mi mu ponekada zamjeramo zbog alkohola, ali Miroslav ga uvijek brani“.

U test situaciji Miroslav ostvaruje uredan kontakt i komunikaciju, neraspoložen za razgovor, anksiozan. Uredne psihičke razvijenosti, prosječnih je intelektualnih sposobnosti.

Moguće posljedice alkoholizma mladih su: namjerna i nenamjerna povređivanja, saobraćajne nesreće, agresivni ispadi (kriminal), slučajevi seksualnog zlostavljanja, pokušaji suicida, trovanja alkoholom ili predoziranja nekim drugim sredstvom zavisnosti.

Liječenje i terapijski pristupi

Osnova liječenja alkoholizma i bolesti zavisnosti je jačanje motivacije za apstinencijom i promjena načina života, podsticanje samoodgovornosti za uspjeh liječenja, čime se sprečava povratak obliku ponašanja koji je bio prisutan tokom pijenja. Savremeni pristup liječenju alkoholizma sve manje se oslanja na skupo bolničko liječenje. Sve više se uočava važnost rehabilitacije zavisnika u njegovoj porodičnoj i školskoj/radnoj sredini pri čemu sve veću ulogu dobivaju klubovi i udruženja za pomoć oboljelima i njihovim porodicama. Paralelno sa liječenjem uključuju se razni vidovi terapije, kao što je porodična, okupaciona, radna i druge.

TERAPIJSKI PRISTUPI

U radu sa djecom i mladima koji ispoljavaju neko od psihopatoloških stanja najčešće se kombinuju razni pristupi koji usmjeravaju ka nezaobilaznoj interdisciplinarnosti. Osnovni cilj terapijskih pristupa je da se izazove promjena u dotadašnjim navikama i ponašanjima i stabilizuje opšte stanje. Kod manjeg broja djece, kada je neophodno, dječiji psihijatar uključuje medikamentoznu terapiju, ali najčešće uz odgovarajući psihoterapijski pristup. Primjena terapijskih pristupa u razvojnem periodu u značajnoj je mjeri zavisna od uzrasta i kognitivne razvijenosti djeteta. Na najmlađem uzrastu primjerena je terapija igrom (play terapija) i crtež uz aktivno učešće roditelja u procesu savjetovanja ili porodične terapije. Sa djecom školskog uzrasta i sa adolescentima moguće je primijeniti kognitivno-bihevioralnu terapiju, geštalt terapiju i druge. Psihoterapijski proces se upliće u razvojne procese sa namjerom da otkloni ono što ih ometa u razvoju. U praktičnom radu je vidno da djeca ne traže i rijetko su motivisana za bilo koji vid terapije. Odluku o psihoterapiji najčešće donose roditelji, i/ili nastavnici, vaspitači, stručni tim centra za socijalni rad, predstavnici suda ili nekih drugih društvenih institucija. Obraćanje psihoterapeutu je najčešće posljednji i najodlučniji pritisak na dijete koje ima probleme. Većina djece, u kontaktu sa terapeutom, pokušava da odgovornost za svoje ponašanje pripiše roditeljima, vršnjacima i/ili nastavnicima ili nekim drugim bliskim osobama. Djeci obično nedostaje sposobnost za samoposmatranjem i samokontrolom i teže ih je motivisati da istražuju lične aktivnosti, a na terapeuta često gledaju kao na nekoga ko će promijeniti okolinu i da će biti pošteđeni učenja ili nekih aktivnosti koje im zadaju probleme. Psihoterapija djece i adolescenata nikada nije završen proces jer njihov razvoj nije završen.

Psihoterapija

Psihoterapija je složen postupak pružanja psihološke pomoći, zasnovan na određenoj teoriji i tehnici, a sastoji se u planskom i sistematskom verbalnom i neverbalnom uticaju psihoterapeuta na osobu sa problemima (pacijent, klijent), sa ciljem da je oslobodi simptoma, oduči od patološkog načina doživljavanja i nepoželjnih obrazaca ponašanja, kao i da izazove pozitivne promjene u ličnosti (Trebješanin, 2004). Psihoterapijski pristupi podrazumijevaju skup različitih teorija i tehnika koje su uglavnom povezane sa odgovarajućim psihološkim pravcima i školama. Psihoterapija je značajna za psihički razvoj, aktivno učestvovanje u rješavanju porodičnih, školskih i drugih pitanja značajnih za djecu i mlade u njihovom individualnom i društvenom razvoju, a može biti površinska, simptomatska (usmjerena na otklanjanje simptoma i modifikaciju ponašanja) ili dubinska (cilj joj je promjena dubinske strukture i dinamike ličnosti, kao i uklanjanje patogenih uzroka). Najčešće primjenjivane psihoterapije u radu sa djecom i mladima su: savjetovanje, suportivna terapija, bihejvioralna, geštalt terapija, porodična, terapija igrom, terapija crtežom i druge. Teško je pouzdano zaključiti koji od psihoterapijskih postupaka je najbolji za pojedino dijete. Praktični rezultati ukazuju da neke vrste psihoterapijskih postupaka daju bolje rezultate kod pojedinih poremećaja, dok su neodgovarajući za neke druge. Uspjeh u primjeni bilo kojeg psihoterapijskog postupka u velikoj mjeri zavisi, kako od kognitivne razvijenosti, socioemocionalnog funkcionisanja i uzrasta djeteta, tako i od ličnosti i iskustva terapeuta.

Savjetovanje

Pojam savjetovanje je psihološki proces koji se posmatra kroz duboku povezanost psihologije i savjetovanja. Definicija koja zadovoljava zahtjeve brojnih teoretičara i praktičara je da je savjetovanje posebna metoda pružanja pomoći trenutno neuspješnim osobama u njihovom ličnom rastu, sazrijevanju i prilagođavanju životnim uslovima radi osposobljavanja za samostalno rješavanje aktuelnih i budućih problema (Davis, 1995). Nezavisno o teorijskom pristupu, psihološko savjetovanje se primjenjuje u raznim granama psihologije (kliničkoj psihologiji, psihologiji rada), ali savjetovanje se primjenjuje i u drugim srodnim disciplinama, kao što su

pedagogija, medicina, pravo i dr. U psihološkom savjetovanju ne postoji hijerarhijski odnos između savjetnika i klijenta, već partnerski odnos prožet međusobnim uvažavanjem dvije ravnopravne osobe. U radu sa djecom postoje specifičnosti vezane za proces savjetovanja. Najčešće se savjetodavno pomaže djeci posredno – pomažući roditeljima, odnosno porodici i/ili školi, odnosno sredini u kojoj su dječiji problemi nastali. Dijete može biti neposredno subjekt savjetovanja ako ima (Nelson-Jones, 1995):

- sposobnost razumijevanja kompleksnosti problema i procesa savjetovanja,
- stalnost emocionalnog odnosa prema problemu,
- kompetentnost i samostalnost u donošenju i provođenju odluka o promjenama.

U savjetodavnom radu sa djecom koriste se oni elementi savjetovanja koje dijete može prihvatiti i korisno upotrijebiti, ali je najčešće i najefikasnije provođenje indirektnog savjetovanja. U većini slučajeva dovoljno je jedan ili više razgovora sa roditeljima i sa djetetom pa da se smetnje smanje ili potpuno otklone.

Terapija igrom

Terapija igrom predstavlja vrstu psihoterapije koja je prilagođena potrebama i mogućnostima djeteta i posebno je prikladna za terapiju djece čiji je govor iz bilo kojih razloga nerazvijen ili slabo razvijen. Igra kao prirodna aktivnost djece uspješno zamjenjuje verbalno izražavanje i služi kao izvrstan analitički materijal za interpretaciju. Terapija igrom može se koristiti u radu sa starijom psihotičnom djecom. Cilj terapije igrom je da dijete nauči da bolje razumije druge ljude, vlastite probleme i sebe samog kroz osvječenje potisnutog značenja sopstvene igre i odnosa prema terapeutu. Igrajući se, dijete ponavlja pojedine dijelove igre ili igru u cjelini i na taj način uspijeva da smanji napetost i neprijatnost u organizmu koji su izazvani uzbuđujućim događajima. Melanija Klajn smatra da i kod djece može da se razvije transferni odnos kada se umjesto slobodnih asocijacija koristi tehnika igre. Ona je davala djetetu na raspolaganje igračke koje predstavljaju ljude, životinje, kuću ili nešto drugo što je poznato djetetu i na taj način mu omogućavala da simbolizuje u igri svoj unutrašnji svijet i psihičke

probleme. Kroz igru dijete spontano ispoljava svoje nesvjesne fantazme, izražava i razrješava mnoge potisnute afekte i nesvjesne konflikte. Prema učenju Melani Klajn, igra je zamjena za slobodne asocijacije u analizi odraslih (Tadić, 1992). Prema Freudovom shvatanju igra nije uvijek simbolična i može odražavati neposredna i stvarna iskustva iz života djeteta (pojedina iskustva sa roditeljem ili braćom, vršnjacima). Sama igra je manje značajna, a naglasak je na sticanju uvida u želje, osjećanja i odbrambene mehanizme djeteta. U psihoterapiji igrom koriste se jednostavne i neodređene igračke koje na simboličan način predstavljaju objekte spoljnog svijeta iz svakodnevnog života (mamu, tatu, vaspitača, učitelja, ljekara). Takođe su potrebne igračke divljih i domaćih životinja, kuća, drveća, automobila i dr. Za mlađu djecu ili onu koja su u stanju regresije u prostoriju se unose pijesak, voda, glina, plastelin, a za stariju djecu: olovke, bojice, papir i slično. Zavisno od usmjerenosti terapeuta, igračke mogu biti velike, na taj način slične i bliže stvarnim objektima iz svijeta (sljedbenici egzistencijalističke škole) ili sasvim male i na simboličan način predstavljaju stvarne objekte (sljedbenici škole Melani Klajn). Prostor za terapiju igrom treba da bude opremljena jednostavnim, skromnim i prikladnim namještajem koji se lako održava. Iz prakse je poznato da mnoštvo igračaka odvlači pažnju djeteta i zamara ga kako u svakodnevnoj igri, tako i u terapijskoj igri, pa je važno voditi računa da se ne pretjeruje sa brojem igračaka. Na samom početku psihoterapije dijete se upozori da ne smije povređivati drugu djecu, terapeuta i razarati namještaj, ali da se može slobodno ponašati i igrati sa svim što mu je na raspolaganju. Psihoterapijska seansa se završava spremanjem igračaka i spremanjem prostorije za igru da bi djeca naučila da je nazadovanje u psihoterapijskom procesu jedno, a zahtjevi stvarnog života drugo i da se stvarnost mora uvažavati. Terapija igrom je prvobitno bila individualna, ali u posljednjim decenijama sve više se osnivaju grupe u kojima se primjenjuje terapija igrom. Igra u grupnom procesu ima za cilj da „kroz zajednički rad, te rast i razvoj pojedinca i cijele grupe, otkrije znanja koja svako nosi u sebi te uvježbava socijalne vještine i zadovolji različite individualne potrebe“ (Bunčić-Napan, Ivković, Janković i Penava-Pejčinović, 1998). Neke od poznatijih grupnih igara su: igre za vježbanje koncentracije, projektivne igre, vođene fantazije, igre za socijalno

učenje, igre za podsticanje aktivnosti i mnoge druge. Terapija igrom može da bude zasnovana na različitim teorijskim pristupima (psihoanalitičkom, kognitivno-bihevioralnom, geštalt, razvojnom i drugim).

Terapija crtežom

Terapija crtežom je vrlo popularan postupak u radu sa djecom i omladinom jer je jednostavna za primjenu, privlači i održava dječiju pažnju za vrijeme ispitivanja, ekonomična je i široko upotrebljiva. Upotreba crteža zahtijeva određenu kognitivnu razvijenost (predstave, pojmove, prostornu organizaciju), spretnost pokreta i upotrebu pribora (olovke, papira, gumice) koji tek u određenom uzrastu omogućavaju izražavanje. Djeca istog IQ-a daju kvalitativno veoma različite crteže (Ignjatović i saradnici, 1997). Izvor tih razlika treba tražiti u emocionalnom, socijalnom i porodičnom funkcionisanju djeteta. Crtež može da odražava spremnost ili otpore djeteta za saradnju, kao i procjenu efekata psihoterapije. Takođe, crtež se koristi za analizu svjesnih i nesvjesnih sadržaja. Da bi se razjasnila i protumačila simbolička značenja crteža, djetetu se mogu postavljati podsticajna pitanja: Ko je to na crtežu? Šta osjeća? Šta misli? Gdje je on sam na crtežu? Treba pokušati crtež dovesti u vezu sa njegovim stvarnim i prenesenim odnosima sa terapeutom i svijetom.

Pred dijete možemo postaviti zadatak da nacrtaju ljudsku figuru, porodicu ili crtež po slobodnom izboru. U psihoterapiji svaki sadržaj crteža, ponašanje i posebno priča koja prati crtanje, koriste se sa ciljem određivanja, suočavanja i tumačenja unutrašnjih i spoljašnjih sukoba i otpora. Ako dijete odbija da crta ili crta najjednostavnije oblike samo da obavi zadatak, to može biti znak slabe saradnje ili odbijanja terapeuta. Crtež bogatog sadržaja ukazuje da dijete prihvata i razumije psihoterapijski odnos i da je zainteresovano za saradnju. To može biti znak smanjivanja otpora i uspostavljanja pozitivnog odnosa, u kojem dijete očekuje da ga terapeut pohvali i da pokaže interes za njegovo crtanje i crtež. Prilikom analize dječijeg crteža treba obratiti pažnju na značenje, veličinu, položaj i odnos između dijelova crteža na ulaganje prilikom crtanja pojedinih figura (majka, otac, brat) ili pojedinih dijelova (oči, nos, usta), kao i na povezanost pojedinih dijelova crteža i njihovog odnosa prema realnosti. Kada dijete crta

nesrazmjerno umanjen vlastiti lik udaljen od ostalih članova porodice, može ukazivati na osjećanje odbačenosti, izolovanosti i manje vrijednosti. Takođe, nesrazmjerno uvećana vlastita figura na crtežu ukazuje da dijete pridaje posebnu važnost sebi. Položaj figure i izostavljanje dijelova ukazuje na odnose sa drugima. Crteži bez toplih boja i pokreta je često izraz depresivnosti kod djece. Izostavljanje pojedinih dijelova figure upućuje na neprijatna osjećanja i sukobe povezane sa tim dijelovima tijela. Terapeut treba da bude vrlo oprezan i da se čuva proizvoljnih naivnih i netačnih tumačenja koja ne uzimaju u razmatranje svu složenost trenutno psihičko stanje djeteta, porodičnih i društvenih odnosa. Na osnovu jednog crteža ne mogu se donositi pouzdaniji zaključci. Posebnu opreznost zahtijeva tumačenje crteža slijepe i slabovidne djece.

Porodična terapija

Porodična terapija nudi drugačiji tehnički pristup i drugačije teorijsko viđenje psihopatologije. Kada se radi sa djecom neophodno je u većoj ili manjoj mjeri uključiti porodicu djeteta. Porodica je ranije korišćena uglavnom kao instrument češće u dijagnostici nego u terapiji, a tretirana je kao pomoć ili oruđe u pružanju efikasnije profesionalne pomoći pojedincu (Milojković, Srna i Mićović, 1997). Terapeutske intervencije mogu biti upućene primarnoj porodičnoj grupi, roditeljima ili dijadi roditelj–dijete. Jedna od jednostavnijih, operativnih i sveobuhvatnih definicija naglašava da je „porodična terapija psihoterapijski pristup usmjeren na promjenu interakcija bračnog para, nuklearne ili proširene porodice, kao i drugih interpersonalnih sistema u cilju otklanjanja psiholoških i psihijatrijskih problema koji ometaju funkcionisanje porodice i njenih članova (Wynne, 1988).

Najčešće indikacije za porodičnu terapiju su situacije u kojima su simptomi kod djeteta vidno vezani za neadekvatne odnose u porodici. Djeca i mladi sa simptomima školske fobije, poremećaja eliminacije, smetnji razvoja, psihofizioloških reakcija i drugih zahtijevaju aktivno učešće roditelja, braće i sestara, barem u nekoj fazi terapije. Mentalni poremećaji adolescenata su specifična indikacija za porodični pristup, kao na primjer: kriza identiteta, anksiozno-depresivna stanja, zloupotreba raznih supstanci,

poremećaji ponašanja. Kod adolescenata je uvijek prisutna porodična problematika bilo da je otvorena ili prikrivena.

Kontraindikacije za porodičnu terapiju su intervencije koje bi mogle štetiti jednom ili više članova porodice, posebno ako se radi o težim paranoidnim stanjima ili kada postoji rizik od suicidalnosti nekog od članova porodice. Poznati porodični terapeuti koji su razvijali porodičnu terapiju u okviru više različitih pravca i škola su: Salvador Minuchin (1974), Jay Haley (1973), Gregory Bateson (1973, 1980), Milton Erikson (1964), Mara Selvini-Palazzoli (1971) i drugi.

Početak porodične terapije na našim prostorima su rane sedamdesete godine, a zaslužni za njen razvoj su psihijatri: dr Branko Gačić (1973), dr Petar Milosavljević (1974), Olga Hadži-Antonović (1977), dr Mirko Pejović (1977) i drugi. Takođe, značajan doprinos su dali i psiholozi: Jelena Srna (1977, 1991, 1996), Nada Polovina (1980), Marija Mitić (1988, 1996), Olivera Vico (1985) i mnogi drugi. Najčešći oblik primjene porodične terapije je oblik sa dvije generacije (roditelji i djeca – nuklearna porodica), drugi tip je proširena porodica sa tri ili više generacija, terapija bračnog para, individualna psihoterapija sa sistemskom i porodičnom orijentacijom (terapija sa jednim članom porodice).

Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihejvioralnu terapiju (KBT) moguće je primijeniti za mnoge psihopatološke pojave kod djece i adolescenata. Osnovni cilj je da se izazove promjena u konkretno definisanom ponašanju, a ne promjena cjelokupnog psihičkog stanja ili promjena na planu ličnosti. Terapeut sveobuhvatno i precizno procjenjuje mišljenja i ponašanja koja se mogu opažati i mjeriti, a koja treba mijenjati. Ovaj pristup bazira se na ideji da je način na koji dijete misli povezan sa načinom kako se osjeća i šta radi. Cilj je uočavanje funkcionalne povezanosti posmatranog ponašanja sa okolnostima u kojima se ono javlja, kako ponašanje nastaje i šta ga održava. Tek nakon toga moguće je planirati postupke za promjenu u željenom pravcu. Obavezna je evaluacija efekata programa za modifikaciju i usmjerenost na promjene u ponašanju koje su socijalno prihvatljive. U kognitivno-bihejvioralnoj terapiji djeci se pomaže da otkriju načine

razmišljanja koji im ne koriste. Ovi načini razmišljanja često dovode do osjećanja zabrinutosti, anksioznosti, tuge, ljutnje ili neprijatnosti. Ova neprijatna osjećanja djeca često pokušavaju spriječiti ili zaustaviti. Ovakvo ponašanje se naziva „negativna zamka“, a kognitivno-bihevioralna terapija pomaže djeci da napuste negativne zamke i usvoje pozitivni pristup (Stallard, 2010).

KBT pomaže djeci da:

- otkriju negativne ili nekorisne načine razmišljanja,
- otkriju vezu između onoga što misle, kako se osjećaju i šta rade,
- provjere i preispitaju dokaze za svoje negativne i nekorisne misli,
- pronađu nove načine nošenja sa neprijatnim osjećanjima,
- prevladaju probleme i rade stvari koje bi željeli raditi.

Empirijska osnova KBT djece je dokazana brojnim istraživanjima sa slučajnim uzorcima koja su rezultirala uvjerenjem kliničara da je kognitivno-bihevioralna terapija izbora za mnoge poremećaje. Na bazi KBT-a sačinjeni su brojni programi, materijali i strukturisani priručnici za rad sa djecom sa anksioznošću („Coping cat“, Kendall, Reber, McLeer, Epps i Ronan, 1990), depresijom („FRIENDS“, Priručnik za djecu i Priručnik za mlade, Barrett, Lowry-Webster, Turner., 2000), priručnici za impulsivnu djecu („Stop and think“, Kendall, 1997), Priručnik za kontrolu bijesa i agresivnosti („Keeping your Cool“, Nelson i Finch, 1996), Trening socijalnih vještina (Spence, 1995). KBT sve više se prilagođava i potrebama male djece korištenjem više neverbalnih tehnika i elemenata terapije igrom (lutke, igranje uloga, pričanje priča, stripovi, misaoni oblačići i slično).

Na prethodnim stranicama su predstavljani samo neki terapijski pristupi koji se koriste, ali postoje i mnogi drugi pristupi koji mogu dati dobre rezultate.

EPILOG

Na prethodnim stranicama predstavljeni su problemi i poremećaji djece i adolescenata koji se u praktičnom radu mogu sresti češće od drugih. Neki od predstavljenih poremećaja su više istraživani i o njima je više pisano, dok je o drugima znatno manje podataka u stručnoj i naučnoj literaturi. U prva dva poglavlja definisani su osnovni pojmovi koji se koriste u ovoj oblasti. Zatim je prikazan istorijski razvoj, s posebnim osvrtom na razvoj psihopatologije djece i mladih u našem okruženju.

Da bi lakše razumjeli nastanak pojedinih poremećaja predstavljeni su i osnovni teorijski modeli koji se najčešće koriste u praktičnom radu sa ovom populacijom. Bez njih ne bi bilo moguće baviti se psihičkim problemima djece i mladih, s obzirom na specifičnosti i složenost koje ova oblast nosi sa sobom. Rijetko da se neki od poremećaja može objasniti samo jednim teorijskim pristupom, obično se koristi više teorijskih modela za razumijevanje i objašnjenje iste pojave. Pored poznavanja psiholoških teorija, neophodno je učenje i upoznavanje sa medicinskom stanjima i terminologijom. Najprimjereniji model je bio-psiho-socijalni, jer daje širok okvir i mogućnost interdisciplinarnosti i timskog pristupa rješavanju problema i poremećaja djece i mladih.

Na stranicama ove knjige objašnjeni su i potencijalno rizični faktori za nastanak poremećaja, kao i zaštitni koji mogu da budu vezani za temperament i prirodne osobine djeteta, porodično funkcionisanje i okruženje u kojem dijete i njegova porodica žive. Važno je prepoznati i razumjeti rizične faktore da bi bilo moguće preciznije procijeniti o kojoj vrsti poremećaja se radi i kako je on nastao. Predstavljeni su i zaštitni faktori i faktori lične i porodične rezilijentnosti i potencijalne podrške u nekom od sistema u koje je dijete prirodno uključeno.

Klinička procjena i terapijski pristupi su ukratko objašnjeni jer su prirodno vezani za psihološki pristup problemima i poremećajima djece,

mada svaki od njih zahtijeva puno više prostora i pažnje. Navedeni su osnovni postupci i testovi koji se koriste u okviru kliničke procjene. Takođe, ukratko su prikazani i međunarodni klasifikacioni sistemi, a u dodatku je i poglavlje iz MKB-10 koje se odnosi na klasifikovanje poremećaja kod djece i mladih.

U knjizi su opisani poremećaji ranog razvoja i mentalna zaostalost koji se razlikuju od svih ostalih 12 opisanih poremećaja. Oni su ovdje opisani iz dva razloga: prvo, zato što se psiholozi često susreću u praktičnom radu sa problemima ove djece i njihovih roditelja, i drugo, što su ova djeca podložnija i u većem su riziku od ispoljavanja raznih komorbidnih, psihopatoloških fenomena.

Za teorijska objašnjenja poremećaja korišteno je preko 300 referenci, 20 tabela i 10 slika. Statistički podaci o rasprostranjenosti poremećaja na našim prostorima su uglavnom nedostupni ili ih uopšte nema. Rezultati naučnih i stručnih istraživanja iz oblasti psihopatologije djece i adolescenata, objavljeni u relevantnim časopisima, su malobrojni. Zbog toga je dosta korištena inostrana literatura koja je prilično zastarjela. Da bi približili praktična iskustva i teorijska objašnjenja, knjiga je obogaćena sa 29 prikaza slučajeva iz kliničke prakse, čiji je cilj da pojasne i obogate teorijska znanja o proučavanim poremećajima. Prikazi slučajeva nude opis ispoljavanja simptoma ili kliničku sliku, zatim potencijalne rizične faktore za nastanak problema ili poremećaja, kao i zaštitne faktore koji mogu biti korisni za odabir i planiranje psihološkog tretmana. Na kraju, u dodatku je lista pojmova koji se često koriste u ovoj primijenjenoj psihološkoj disciplini, kliničkoj, konkretno zdravstvenoj psihologiji.

Potrebe djece i roditelja za psihološkom pomoći i podrškom su sve brojnije i jasnije iskazane, a to zahtijeva dobro obrazovane i obučene psihologe koji će moći da odgovore na aktuelne izazove. Pojavljuju se i novi oblici psihopatologije koji dolaze sa društvenim promjenama i tehnološkim napretkom. Da bi klinička psihologija bila prisutnija u zdravstvenom sistemu neophodno je više istraživanja, pisanja i prikazivanja uspješno riješenih slučajeva, a što će doprinijeti razvoju i napretku ove oblasti.

LITERATURA

- Achenbach, T. M. i Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin* 85, 1275-1301.
- Achenbach, T. M. i McConaughy, S. (1987). Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. *Practical applications*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Achenbach, T.M. (1982). *Developmental psychopathology*, 2 izd. New York: Ronald.
- Achenbach, T.M. (1991). The derivation of taxonomic constructs: A necessary stage in the development of developmental psychopathology U: D. Cicchetti i S. L. (Toth) (urednici), *Models and integrations Rochester symposium on developmental psychopathology*, 3, 43-74. Rochester, N. Y: University of Rochester Press.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms Profiles*. Burlington, VT. University of Vermont, Research Center for Children, Youth i Families.
- Ačić Lacković, H., Vaselić, N. i Čekrlija, Đ. (2017). Rad sa učenicima sa pervazivnim razvojnim poremećajima: psihološki doživljaj asistencija u nastavi. *RADOVI* 25, 99-121.
- Adamović, V. (1989). Psihosomatska medicina. U knjizi: *Psihijatrija*, ur. Kecmanović, D. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga-Svjetlost, (1989), 1277-1305.
- Ajduković, M. (2001). *Utjecaj zlostavljanja i zanemarivanja u obitelji na psihosocijalni razvoj djece*. 59-75. Prevencija zlostavljanja i zanemarivanja djece, 161-172. *Dijete i društvo*.
- Ajduković, M. i Pečnik, N. (1994). Zlostavljanje i zanemarivanje djece u obitelji. *Revija za socijalnu politiku*, 1 (3), 269-276.
- Albee, G. W. (1979). Primary prevention. *Canada's Mental Health*, 27, 5-9.

- Aleksić Hil, O. (2012). Neuropsihijatrijski aspekti poremećaja pokreta-Tikovi. U: Bojanin, S. i Popović Deušić, S. (2012). *Psihijatrija razvojnog doba*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Aleksić, O., Rudić, N., Popović-Deušić, S., Pejović-Milovančević, M., Banjac Karović, M. (2002). Mogućnost primene klasifikacionih sistema. *Psihijatrija danas*, 34(3-4), 281-289.
- Alessi, N.E., McManus, M., Brickman, A., & Grapentine, W. L. (1984). Suicidal behavior among serious juvenile offenders. *American Journal of Psychiatry*, 141, 286-287.
- Amerman, R. T. (1990). Etiological models of child maltreatment: A behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14, 230-254.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D. i Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anić, P. i Brdar, I. (2007) Obrasci suočavanja s neuspjehom u školi, konzumacija lakih droga i aktivnosti u slobodnom vremenu srednjoškolaca, *Psihologijske teme*, 16 (1), 99-120.
- Anthony, E.J. (1975). *Depression and human existence*. Boston: Little, Brown.
- Anthony, M. M. i Barlow, D. H. (2002). Specific phobias. U: D.H. Barlow (Ed.) *Anxiety and its disorders* (2 ed, 380-471). New York: Guilford.
- Attwood, T. (2010). *Aspergerov sindrom*. Zagreb: „Naklada Slap“.
- Baldwin, D. S. i Birtwistle, J. (2002). An atlas of Depression. *The encyclopedia of visual medicine series*. ISBN 1-85070-942-4. London, New York: The Parthenon Publishing Group.
- Barret, P. M., Lowry - Webster, H. i Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barret, P. M., Lowry - Webster, H. i Turner, C. (2000). *FRIENDS program for youth: Group leaders Manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barišić, N. (2004). *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

- Bašić, J., Koller-Trbović, N., Uzelac, S. (2004): *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Beck, R. C. (2003). *Motivacija: Teorija i načela*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Benjak, T. (2010). *Kvaliteta života i zdravlje roditelja djece s pervazivnim razvojnim poremećajima*. (Neobjavljena doktorska disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
- Berger, D. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Beograd: Društvo psihologa Srbije, Centar za primenjenu psihologiju.
- Berger, J. (1984). *Psihodijagnostika*. Beograd: Nolit.
- Berk, L. E. (1991). *Child development*, 2izd., Boston: Allyn & Bacon.
- Bernstein, G., A. i Borchardt, C.M. (1991). Anxiety disorders in childhood and adolescence: A critical review *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 519-533.
- Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., i Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106-2115.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R. I., Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 36: 201-10.
- Bogels, S. M. i Zigterman, D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205–211.
- Bojanin, S. i Popović Deušić, S. (2012). *Psihijatrija razvojnog doba*. Beograd: Medicinski fakultet i Institut za mentalno zdravlje.
- Bojanin, S. i sar. (1999). *Defektološki leksikon*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
- Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007): *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York-Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. New York: Basic book.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Volume III. New York: Basic Books.
- Brownell, K. D. i Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 60, 505-517.
- Buljan Flander, G. i Karlović, A. (2004).- *Odgajam li dobro svoje dijete?* Zagreb: Marko M., usluge d.o.o.
- Buljan Flander, G, Durman Marijanović, Z. i Čorić Špoljar, R. (2007). Pojava nasilja među djecom s obzirom na spol, dob i prihvaćenost-odbačenost u školi. *Društvena istraživanja*, 87-88(1-2), 157-174.
- Buljan Flander, G. (2007). Izloženost djece nasilju – Jesmo li nešto naučili? U: V. Kolesarić (Ur.) *Psihologija i nasilje u suvremenom društvu – Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa* (str. 45-52). Osijek: Psihologija nasilja i zlostavljanja.
- Buljan, D., Šitum, M., Buljan, M. i Vurnek Živković, M. (2008). *Psihodermatologija*. Zagreb: Naklada Slap.
- Buljan Flander, G. i Zarevski, P. (2010). *Moji se roditelji razvode*. Zagreb: Marko M., usluge d.o.o.
- Bunčić-Napan, K., Ivković, Đ., Janković, J. i Penava-Pejčinović, A (1998). *Igrom do sebe*. Zagreb: "Alinea".
- Burgić-Radmanović, M. (2008). *Depresija u djece i mladih*. Medicinski fakultet Univerziteta u Banjaluci.
- Caster, J. B., Inderbitzen, H. M. & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 237–251.
- Chess, S. i Thomas, A. (1996). *Temperament: Theory and Practice*. NY: Brunner/Mazel.
- Cicchetti, D. i Toth, S. L. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect. U: D. Cicchetti i D. J. Cohen (Eds). *Developmental psychopathology*, 2, *Risk, disorder and adaptation*, 369-420. New York: Wiley.

- Cook, R. S., Cross, T. L., i Gust, K. L. (1996). Psychological autopsy as a research approach for studying gifted adolescents who commit suicide. *Journal of Secondary Gifted Education*, 7, 393-402. Of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.
- Crook, T. i Eliot, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: A critical review
- Cubbin, H., Thompson, A., Futrell, J. i McCubbin, L. (2000) (Eds.). *Promoting resiliency in families and children at risk Interdisciplinary perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ćeranić, S. (2005). *Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja*. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Ćeranić, S. (2011). *Klinička procjena ličnosti i sposobnosti*. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Ćeranić, S. (2019). *Snovi i njihova klinička upotreba*. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva” a.d.
- Ćurčić, V. (2012). Suicidalnost mladih. U: S. Bojanin, i S. Popović Deušić, S. (2012). *Psijhijatrija razvojnog doba* (236-240). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Daneš, V.(2003). *Dijete, vanjski svijet i psihički poremećaji*. Zenica: Dom štampe.
- Davis, H. (1995). *Savetovanje roditelja hronično obolele ili dece ometene u razvoju*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Davis, H. (1998): *Pomozimo bolesnoj djeci*, Jastrebarsko: Naklada, “Slap”.
- Davison, G., C. i Neale J. M. (1999). *Psijhologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Davison, K. K. i Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews*, 159-71.
- Dekić, S. (2004). *Resursi i poteškoće djece čiji su roditelji označeni kao duševni bolesnici*. Neobjavljen magistarski rad. Banja Luka: Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci.
- Delfos, M. (2004). *Children and behavioural problems*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Delfos, M. (2005). *A StrangeWorld-Autism, Asperger's Syndromeand PDD-NOS*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Dietz, D. H., Gortmaker, S. L.(2001). Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Revue of Public Health*, 22, 337-353.
- Dijagnostička klasifikacija mentalnih i razvojnih poremećaja u periodu odojčeta i ranom djetinjstvu (Diagnostic Classification: 0-3)* (1999). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- DSM-V (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737.
- Dyregrov, A. (2001). *Tugovanje u djece*. Zgreb: Educa.
- Emery, R. E. i Forehand, R. (1994). Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezzy i M. Rutter (Eds.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions*, 65-99. New York: Cambridge University Press.
- Engel GL. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), 129-36.
- Essau, C.A. i Conradt, J. (2006): *Agresivnost u djece i mladeži*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Fabricatore, A.N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *Journal of American Dietetic Association*, 107, 92-99.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)
- Ferber, R. (1985). *Solve your child's sleep problems*. New York: Simon & Schuster.

- Finkelhor, D. (1983). Removing the child-Prosecuting the offender in cases of sexual abuse: Evidence from the national reporting system for child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 7, 195-205.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- Fisher, A. J. (1999). Mood disorder in suicidal children and adolescents: Recent developments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(3), 315-324.
- Flaherty, E. G., Thompson, R., Dubowitz, H., Harvey, E. M., English, D. J., Proctor, L. J., & Runyan, D. K. (2013). Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 622-629.
- Flett, G. L. i Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. U: G.L. Flett i P.L. Hewitt (Ur.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (str. 5-31). Washington, DC: APA
- Gačić, B. (1996) Beogradski ekosistemski model u alkoholizmu. *Socijalna misao*, vol. 3, br. 11-12, str. 27-41
- Gačić, B., i Majkić, V., (2000). Porodična rezilijentnost: ključni procesi. Institut za mentalno zdravlje, *Psihologija 3-4*; 329-350.
- Garmezy, N. (1987): Stress, competence, and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children, A.J. *Orthopsychiatry 57*:159-174.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garmezy, N., i Masten, A. S. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, L. Herzov, i E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry (3rd ed.; pp. 191-208)* Oxford: Blackwell.
- Garner, D. M., Fairburn, C. G. i Davis, R. (1987). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 398-431.
- Gašić-Pavišić, S. (2002): Vršnjačko socijalno ponašanje dece sa smetnjama u razvoju, *Nastava i vaspitanje*, 5, 452-469.

- Giles-Corti, B., Macintyre, S., Clarkson, J. P., Pikora, T., Donovan, R. J. (2003). Environmental and Lifestyle Factors Associated With Overweight and Obesity in Perth, Australia. *American Journal of Health Promotion*; 18, 93-102.
- Gillberg, C. (1988). Annotation. The neurobiology of infantile autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29, 257-266.
- Golubović, A. (2020). *Doživljena advezivna iskustva i učeničko zadovoljstvo životom – psihosomatske tegobe kao medijatori. Neobjavljen master rad.* Banja Luka: Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci.
- Golubović, Z. G (2008). *Osnovi opšte psihopatologije.* Niš: Unigraf.
- Gongla, P. A. i Thompson, E. H. (1987). Single-parent families. In M.B.Sussman i S. K. Steinmetz (Eds) *Handbook of marriage and the family (pp.397-418)* New York: Plenum Press.
- Gordon, T. (1998). *Umeće roditeljstva (kako podizati odgovornu decu).* Beograd: Institut za pedagoška istraživanja i IRO Prosveta.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd. ed). New York: Cambridge University Press.
- Gruden, Z. (1996). *Dječja psihoterapija,* Zagreb: Medicinska naklada.
- Hammen, C., Shih, J. H. i Brennan, P.A. (2004). Intergenerational transmission of depression: Test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 511-522.
- Hannah, L. (2007). *Podrška u učenju deci sa poteškoćama iz spektra autizma.* Beograd: "Filip Višnjić".
- Harris, S. L., Alessandri, M i Goll, M. J. (1991). Training parents of developmentally disabled children. U: Matson, J. L. i Mulick, J. A. (urednici). *Handbook of mental retardation*, 373-381. New York: Pergamon.
- Harter, S., Marold, D.B. i Whitesell (1992). Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Development and Psychopathology* 4, 167-188.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and Attempted Suicide among Children and Adolescents,* London: Sage.

- Hazan, C. i Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sachs, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 810-818.
- Holmes, T. i Rahe, R. (1967) "Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. II.
- Hrnčić, J. (1999). *Delinkvent ili pacijent-studija porodičnog neuspjeha*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Hrnčić, J. (2011) *Depresija i delinkvencija*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Hrnjica, S. (2007). *Djeca sa razvojnim teškoćama u redovnim osnovnim školama u Srbiji: trenutno stanje i stavovski preduslovi za potencijalnu inkluziju*. Beograd: Istraživačka studija,
- Hughes, L i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Zagreb: Naklada Slap.
- Hwang, Ph. I Nilsson, B. (2000). *Razvojna psihologija-od fetusa do odraslog*. Sarajevo: Filozofski fakultet, Univerzitet u Sarajevu.
- Ignjatović, T. i saradnici (1997). *Priručnik za Gudinaf-Haris test crtanja ljudske figure*. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Ivkić, P.i Govedarica T. (2000). *Praktikum opšte defektoloske dijagnostike*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Jablan, B. i Kovačević, J. (2008). Obrazovanje u redovnim školama i školama za djecu ometenu u razvoju: zajedno ili paralelno. *Nastava i vaspitanje LVII.1*. Beograd:Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Pregledni članak.
- Janković, N., Stanković E., Čorak D., Janković B. (2011). Psihološka autopsija - prikaz slučaja. *Engrami-časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline*, 33(1), 107-112.
- Kagan, J., Snidman, N., McManis, M. i Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affect family of anxiety. *Psychiatric Clinic of North America*, 2, 677-688.

- Kaličanin P. (2003). *Klinička psihijatrija*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Kendall, P. C. (2007). *Cognitive - Bihevioral Therapy for Impulsive Children: Therapist Manual*, 3rd Edition. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kandel, D.B., Andrews, K. (1987). Process of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22, 319-342.
- Karić, T., Mihić, V. i Korda, M. (2014). Stavovi profesora razredne nastave o inkluzivnom obrazovanju dece sa smetnjama u razvoju. *Primenjena psihologija*, 7(4), 531-548.
- Kast-Zahn, A. i Morgenroth, H. (2000): *Svako dijete može naučiti da spava*. Zagreb: ALINEA.
- Kecmanović, D. (1980): *Psihijatrija*. Beograd: Medicinska knjiga.
- Kendal, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. i Ronan, K. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-297.
- Kent, G. (1997). Dental phobias. U G.C.L. Davey (Ed.) *Phobias. A handbook of theory, research and treatment*, 107-127. Chichester, England: Wiley.
- Killen, K. (2001): *Zlostavljana djeca su odgovornost svih nas*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- King, R. i sar. (1992). Suicidality of Childhood and Adolescence. In B. Lahey i A. E. Kazdin. (eds) *Advances in Clinical Child Psychology* 14, 297-321.
- Kocijan-Hercigonja D., Buljan Flander G. i Vučković D. (1997). *Hiperaktivno dijete*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kolar, D. (2012). Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji. U: S. Bojanin, i S. Popović Deušić. *Psihijatrija razvojnog doba* (373-399). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Kondić i saradnici (1998). *Psihodinamska razvojna psihologija*. Beograd: Plato.
- Kondić, K. (1999). *DST-Intervju*. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Kondić, K. (1984). Povezanost dečjih neurotičnih smetnji sa strukturom ličnosti, odnosno patologijom roditelja, *Psihološka istraživanja* 3. Beograd: Institut za psihologiju.

- Kondić, K. i saradnici (2007). *Psihodinamska razvojna psihologija*. Novi Sad: Studio Veris.
- Konvencija o pravima djeteta (1989). UNICEF
- Kramer, R.A., Warner, V., Olfson, M., Ebanks, C.M., Chaput, F. Weissman, M.M. (1998). General medical problems among the offspring of depressed parents: A 10-year follow up. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 37(6), 602-611.
- Krivokuća, J., Vaselić, N. i Spremo, M. (2016). Samopercepcija zdravlja roditelja djece sa pervazivnim razvojnim poremećajima. *RADOVI* 23, 101-113.
- Krstić, D. (1996): *Psihološki rječnik*. Beograd: Savremena administracija.
- Krug, E. G., Mercy, J., Dahlberg, L. L. i Zwi, A. (2002). World Report on Violence & Health, WHO.
- Larkin, H., Shields, J. J., & Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263-270.
- Latas M. i Starčević, V. (1998). Komorbiditet između psihijatrijskih poremećaja- teorijska razmatranja. *Psihijatrija danas*. 30(1), str.113-126.
- Lejić, S. (1995). Psihosomatski poremećaji u dece. *Problemi u pedijatriji I*(1-2), 256-267.
- Letić, N. (2007). Porodica i psihopatološka ispoljavanja u adolescenciji. *Neobjavljena doktorsta teza*. Banja Luka. Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci.
- Letić, N.(2010). *Priručnik za vježbe iz psihopatologije djetinjstva i mladosti*, Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci.
- Lukač, S. (2014). *Lokus kontrole, slika o tijelu o motivacioni faktori za refukciju tjelesne težine gojazne djece*. *Neobjavljena master teza*. Banja Luka: Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci.
- Lukač, S. i Letić, N. (2016). Povezanost depresivnosti i samopoštovanja kod gojazne djece u Republici Srpskoj. *Tematski zbornik radova. Psihološka razmatranja i perspektive*, 227-241.

- Masten, A. S. i Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 53, 205-220.
- Masters, W. H. i Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., i dr. (1998). Stress, coping and health in family resiliency: Sense of coherence and resiliency. Thousand Oaks, CA-London, itd: Sage Publications.
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *The American Psychologist*, 53(2), 185-204.
- Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, onesposobljenja i zdravlja (MKF)- International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth*. Version. ICF-CY – ICF (2001). Nonserial Publication World Health Organization-WHO.
- Mihajlović, T., Vaselić, N. i Čekrlija, Đ. (2020). Odnos između strategija i tehnika učenja, anksioznosti i psihosomatskih simptoma učenika osmih i devetih razreda osnovne škole. *Nastava i vaspitanje* 68(1), 71-87.
- Mikuš Kos, A. (1999): *Varovanje duševnega zdravlja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravlja Republike Slovenije.
- Milačić, I. (2004). *Aspergerov sindrom ili visokofunkcionalni autizam*. Beograd: Ivona Milačić.
- Milić, T. Č. (1997). *Suicid; ko, kako, kada i zašto?* Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Milojković, M., Srna, J. i Mićović, R.(1997). *Porodična terapija*. Beograd: Centar za brak i porodicu.
- Minčić, T. i Radosavljev Kirčanski, J. (2012). Psihološka procena dece i adolescenata. U: S. Bojanin, S. i S. Popović Deušić *Psihijatrija razvojnog doba*, 153-160. Beograd: Medicinski fakultet i Institut za mentalno zdravlje.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 32(8), 1031-1038.
- Minuchin, S. (1978). *Psychosomatic Families*, University, Press, Cambridge, mas London, Harvard.
- Minuchin, S. (1992) *Family healing*. London-New York: Macmillan Publishing.
- Mišić, V. M. (2016). Nesuicidalno samopovređivanje adolescenata. *Tematski zbornik radova. Psihološka razmatranja i perspektive*, 211-227.
- Mitić, M. (1997). *Porodica i stres-između poraza i nade*. Psihološke monografije 4. Beograd: Institut za psihologiju IP"Žarko Albulj".
- MKB-10-Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (1992). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. (engl. *International Classification of Diseases, ICD-10, WHO*).
- Mladenović, I. (2012). Alkoholizam i mladi. U: S. Bojanin i S. Popović Deušić: *Psihijatrija razvojnog doba*, 455-462. Beograd: Medicinski fakultet i Institut za mentalno zdravlje.
- Moore, K. A., & Ramirez, A. N. (2015). Adverse childhood experience and adolescent well-being: Do protective factors matter? *Child Indicators Research*, 9(2), 299-316.
- Morey, C., Corcoran, P., Arensmann, E. & Perry, I. J. (2008). The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *BMC Public Health* (79).
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-79>
- Muavčević, V. i saradnici (1995). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Nelson-Jones, R. (1995): *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Nelson, W. M. i Finch, A. J. (1996). "Keeping Your Cool": Kognitivno - bihevioralna terapija za agresivnu djecu: Priručnik za terapeute. Ardmore, PA: Workbook Publishing. (Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1996). 'Keeping Your Cool': Cognitive-behavioral therapy for aggressive children: Therapist manual. Ardmore, PA: Workbook Publishing.)

- Newman, T. (2002) Promoting Resilience: A Review of Effective Strategies for ChildCare Services. Prepared for the Centre of Evidence-Based Social Services, University of Exeter.
- O'Connor, M. J. (2001). Prenatal alcohol exposure and infant negative affect as precursors of depressive features in children. *Infant Mental Health Journal* 22(3), 291-299.
- Ohannessian, C. i Crockett, L. (1993). A longitudinal investigation of the relationship between educational investment and adolescent sexual activity. *Journal of Adolescent Research*, 8, 167-182.
- Ohman, A. i Mineka, S. (2001). Fears, phobias, preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychology Review*, 108, 483-522.
- Olweus, D. (1998). *Nasilje među djecom u školi: Što znamo i što možemo učiniti*. Zagreb: Školska knjiga.
- Osgood, C. E., Luria, Z., Jeans, R. F., & Smith, S. W. (1976). The three faces of Evelyn: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(3), 247-248. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.3.247>
- Panak, W. F. i Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology* 4, 145-166.
- Pate, J. E., Pumariega, A. J., Hester, C. i Garner, D.M. (1992). Cross-cultural patterns in eating disorders: A review *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-808.
- Pearce, J.B. (1978). The recognition of depressive disorder in children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71, 494-500.
- Pečnik, N. (1993). Provjera metrijskih karakteristika Inventara rizičnosti za zlostavljanje djece. *Neobjavljen magistarski rad*. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta, Univerzitet u Zagrebu.
- Pejović Milovančević, M. (2012). Poremećaji eliminacije. U: S. Bojanin i S. Popović Deušić, *Psihijatrija razvojnog doba*, 346-352. Beograd: Medicinski fakultet i Institut za mentalno zdravlje.
- Perri, M.G. (2002). Improving maintenance in behavioral treatment. U C.G. Fairburn, K.D. Brownell (Ur.), *Eating disorders and obesity* (593-598). New York: Guilford Press.

- Petrović, V. (1992). Stanje i odnosi u psihosomatogenim porodicama. *Psihološka istraživanja*, 5, 85-97. Beograd: Institut za psihologiju.
- Piorowska-Petrović, K. (1990). *Dete u nepotpunoj porodici*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja-Prosveta.
- Popadić, D. (2009). *Nasilje u školama*. Beograd: Institut za psihologiju.
- Popović Deušić, S. (2012). Hiperkinetički poremećaj. U: S. Bojanin i S. Popović Deušić, *Psijhijatrija razvojnog doba*, 334-339. Beograd: Medicinski fakultet i Institut za mentalno zdravlje.
- Popović-Rolović, M., Peco-Antić, A. i Marsenić, O. (2001): *Ljekarski priručnik iz dječije nefrologije* (246-247). Beograd: Izdavačko preduzeće „Nauka“.
- Pospiš, M. (2009). Poremećaj nedostatka pozornosti s hiperaktivnošću-novo viđenje. *Paediatrica Croatica* 53(2), 99-104.
- Pravilnik o razvrstavanju lica sa smetnjama u fizičkom i psihičkom razvoju. „*Službeni glasnik Republike Srpske*“ br.115/03.
- Pravilnik o vaspitanju i obrazovanju djece s posebnim obrazovnim potrebama u osnovnim i srednjim školama (2004). „*Službeni glasnik Republike Srpske*“, broj 85/04).
- Profaca, B. i Puhovski, S. (2005). *Kako pomoći tugujućem djetetu*. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba.
- Profaca, B., Puhovski, S. i Luca Mrđen, J. (2006). Neke karakteristike pasivnih i provokativnih žrtava nasilja među djecom u školi. *Društvena istraživanja: Časopis za opša društvena pitanja* 15 (3), (83), 575-590.
- Puhl, R., Brownell, K, Bias, D. (2001). Discrimination and obesity. *Obesity Result* 9, 788-805.
- Rajić, F., Votava-Rajić, A. i saradnici (2002): *Pedijatrijska gastroenterologija*. Zagreb: Naklada Ljevak.
- Remschmidt, H. i Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147-153.
- Roberts, M.C. (1995): *Handbook of pediatric psychology (second edition)*. New York, London: The Guilford Press.

- Robertson M. M. (2007) "*Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment*" (PDF). *Brain*. 2000;123 Pt 3:425–62. PMID 10686169 Retrieved on January 25, 2007.
- Rumpf, J. (2006): *Vikati, udarati, uništavati*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Russel, A.T., Bott, L. i Sammons, C. (1989). The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 399-407.
- Rutter, M. (1980). The long-term effects of early experience. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 22, 800–15.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter M., (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In: J. Rolf, A. S Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein i S. Weintraub, (editors.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, 181–214. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Taylor E., Hersov L. (1994). *Child and Adolescents psychiatry: Modern Approaches*, 47(40), London: Blackwell Scientific publications.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256–263.
- Sakoman, S., Raboterg-Šarić, Z. i Kuzman, M. (2002). Raširenost zloupotrebe sredstava ovisnosti među hrvatskim srednjoškolicima. *Društvena istraživanja: časopis za opša društvena pitanja*, 11(2–3), 58-59.
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Schopler, E. i Mesibov, G. B. (ed) (1985). *Communication problems in autism*, New York: Plenum Press.
- Schulte-Koerne, G. (2001). Genetics of reading and spelling disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(8), 985-997.
- Schwartz, M.B., Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews* 4, 57-71.

- Seiffge-Krenke, I. (2000). Casual links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Skinner, R. (1981). An open Systems group-Analytic approach to family therapy, In: A. S. Gourman i D. P. Kniskern (Eds), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner-Mazel Publications.
- Smirnof, V. (1970). *Psihoanaliza deteta*. Beograd: Kultura.
- Spence, S. H. (1996). Social skills training: Enhancing social skills competence with children and adolescents. Windsor, Berkshire, England: NFERNELSON.
- Srna, J. (1997). *Biti ili ne biti-studija samoubilaštva mladih*. Beograd: Institut za psihologiju.
- Stallard, P. (2010). *Misli dobro, osjećaj se dobro – KBT u radu sa djecom i mladim ljudima. Vodič za kliničare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Stefanović-Stanojević, T. (2004). *Emociopnalni razvoj ličnosti*. Niš: Prosveta.
- Swedo, S. E., Rapport, J. L., Seonard, H., Lenane, M. i Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry* 46, 335-341.
- Šerifović-Šivert, Š. (2009). *Psihologija abnormalnog ponašanja*. Tuzla: "OFF-SET".
- Šimleša, S. i Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija* 12(2), 373-390.
- Tadić N. i sar. (1992). *Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih*. Beograd: Naučna knjiga.
- Tadić, N. (2000). *Psihijatrija djetinjstva i mladosti*. Beograd: Naučna knjiga.
- Tadić, N. i Kraigher, A. (1988). *Neurotična reagovanja dece i omladine*-Naučno istraživački projekat. Beograd: Institut za mentalno zdravlje – Medicinski fakultet.
- Taylor, G. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. International Universities Press.

- Taylor, S (1995b). Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.
- The World Health Report - WHO: (2008): *Primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organisation.
- Thomas, A. i Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel-Publishers.
- Thompson, M.C., Asarnow, J. R., Goldstein, M. J. i Miklowitz, D. J. (1990). Thought disorders and communication problems in children with schizophrenia spectrum disorders and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology* 19, 159-168.
- Todorović, J. (2005). *Vaspitni stilovi roditelja i samopoštovanje adolescenata*. Niš: Prosveta.
- Travis, J. (1996). Visualizing vision in dyslexic brains. *Science News*, 149,105.
- Trebješanin, Ž. (2002). *Rečnik psihologije*. Beograd: Stubovi kulture.
- Uzelac, S. (1995): *Socijalna edukologija. Osnove socijalne edukologije mladih s poremećajima u socijalnom ponašanju*. Zagreb: Sagena.
- Vaselić, N. i Ivanović, B. (2013). Traumatska iskustva kao predisponirajući faktor nasilja i anksioznosti mladih. III kongres: Mentalno zdravlje dece i mladih-susret teorije i prakse-Knjiga Apstrakata, 99-100. Zlatibor: Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije.
- Vaselić, N. (2015). *Psihološki aspekti djece sa dijabetesom*. Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci.
- Vaselić, N. (2018). *Klinička procjena djece i mladih*. Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci.
- Vaselić, N. i Ivanović, B. (2018). Nepovoljna iskustva i kvalitet života djece osnovnoškolskog uzrasta u BiH. *Godišnjak za psihologiju*, 15, 57-75.
- Vaselić, N., Drobac Pavićević, M. i Zečević, I. (2018). Povezanost perfekcionizma i simptoma somatizacije kod učenika osnovnih i srednjih škola. *Radovi* 27, 11-25.
- Vaselić, N. i Mihajlović, T. (2019). Stres i simptomi učenika osnovne škole. *Psihološka istraživanja* 22(2), 255-278.

- Vasta R. Haith, M. M. i Miller, S. A. (1997). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vidanović, I. (1998). *Pojedinac i porodica*. Beograd: Naučno-istraživački centar za socijalni rad i socijalnu politiku Fakulteta političkih nauka.
- Vidović, V. (2010). Psihodinamski pogled na anoreksiju nervozu u djece. *Pedijatrija danas*, 6(2), 117-126.
- Vidović, V. i sur. (2008). Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 106-110.
- Vlajković, J.V. (1992). *Životne krize i njihovo prevazilaženje*. Beograd: Nolit
- Vlašić-Cicvarić, I. i Modrušan-Mozetič, Z. (2005). Pervazivni razvojni poremećaji. *Medicina* 42(41), 76-80.
<https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:747236>
- Vlatković, G. (1989): *Bolesti mokraćnih organa u djece* (537-545). Zagreb: Školska knjiga.
- Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija. *Pregledni članak u Review*, 161-186.
- Vulić-Prtorić, A.(2001). Psihopatologija djece i adolescenata:“normalan razvoj koji je krenuo krivim putem “, *Review*, Zadar.
- Walker, J. (2002). *Teens in Distress Series Adolescent Stress and Depression*. Minnesota: The University of Minnesota, *The center for 4th Youth Development*.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Weiner, I. B. (1992). *Psychological disturbance in adolescence* (2. izdanje). New York: Wiley
- Wenar, Ch. (2003). *Psihopatologija djece i adolescenata i psihijatrija*. Jastrebarsko: “Naklada Slap”.
- Wicks-Nelson, R., Israel, A. C. (1997). *Behavior Disorders of Childhood* (third edition), Prentice-Hal, Inc. Simon i Schuster/A Viacom Company , Upper Sadle River, New Jersey.

- Whitaker, C. A., i Keith, D. V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In A. Gurman i D. Kniskern (Eds.), *The handbook of family therapy*, 187–225.
- White, K. M., Snyder, J. Bourne, R. II. Newberger, E. H. (1987). *Treating Family violence in a pediatrics hospital: A program of training, research and services*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Wilson, G.T. (1994). Brownell, K.D. (2002). Behavioral treatment for obesity. U C.G. Fairburn, K.D. Brownell (Ur.), *Eating disorders and obesity* (524-528). New York: Guilford Press.
- Wing, L. (1993). The Definition and Prevalence of Autism. A Review: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 61-74.
- Wing, L. (1996). Autistic Spectrum Disorders. *British Medical Journal* 312, 327-328.
- Wolin, D. i Wolin, S. (1996). *Rezilijentna ličnost*. Beograd: Prosveta.
- World report on violence and health: Summary (2002), Geneva: World Health Organization – WHO.
- World Health Report (2008): Primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organisation-WHO.
- Wynne, L. (1988). An epigenic model of family process. (Eds), *Family Transitions: continuity and Change over the Life Cycle*, New York, Guilford Press.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders. Part I: History, psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28 (6), 813-828.
- Zakon o zaštiti od nasilja u porodici (2005). "Službeni glasnik RS", broj: 118/05).
- Zbornik radova sa savjetovanja (1994). Metode i tehnike za procjenu braka i porodice. Beograd: Socijalna misao i Gradski centar za socijalni rad.
- Zimmer, P. Z. i Alberti, K. G. (2006). Introduction: Globalization and the non-communicable disease epidemic. *Obesity* 14, 1-3.
- Zinner, S. H. (2000). "Tourette disorder". *Pediatr. Rev.* 21(11), 372–83.

DODATAK

Rječnik stručnih riječi i pojmova

A

ABNORMATIVNO – sve što je neobično, atipično, izuzetno i odstupa od nekog prosjeka, propisa, pravila ili norme (biološke ili društvene).

ABREAKCIJA – pražnjenje emocija vezane za prethodno potisnuto iskustvo.

ACTING OUT – nagla i neočekivana radnja kroz koju se ispoljava potisnuti sadržaj.

ADAPTACIJA – prilagođavanje.

ADHD – poremećaj aktiviteta, deficit pažnje i impulsivnost (definisalo je Američko psihijatrijsko udruženje).

ADIKCIJA – podložnost nekoj štetnoj navici, najčešće psihofiziološka zavisnost od droge ili alkohola.

ADOLESCENCIJA – period intenzivnog razvoja od početka puberteta pa do sticanja zrelosti (od 12-14 godina pa do 18-21 godinu).

ADOLESCENTNA KRIZA – normalna, razvojna psihička kriza koja se javlja u periodu adolescencije i u većini slučajeva spontano se prevazilazi.

ADOPCIJA – institucija usvajanja tuđeg djeteta i odgajanja kao svoga.

ADRENALIN – hormon koji luči srž nadbubrežnih žlijezda.

AFEKT – jako pozitivno ili negativno emocionalno stanje koje se javlja iznenada, naglo, i ima kratak i buran tok.

AEROFODIJA – iracionalan, patološki strah od letenja avionom.

AGORAFODIJA – vrsta fobije koju karakteriše iracionalan, patološki strah od otvorenog prostora, ulica i trgova.

AGRESIJA – postupak kojim se namjerno ili nenamjerno nekoj osobi, živom biću ili predmetu nanosi povreda, odnosno šteta ili se uništava.

AKALKULIJA – patološki gubitak sposobnosti razumijevanja, značenja brojeva i najjednostavnijih aritmetičkih radnji, što dovodi do nesposobnosti elementarnog računanja.

AKTIVNO I PASIVNO – Freud je široko koristio ideju postojanja polariteta između aktivnosti i pasivnosti, te se po klasičnom psihoanalitičkom tumačenju aktivnost odnosila na maskulinitet, agresiju, sadizam i voajerizam, dok se pasivnost odnosila na femininost, submisivnost, mazohizam i egzibicionizam.

ALALIJA – potpuna nesposobnost artikulisanog govora, uz očuvan sluh i normativnorazvijene govorne organe.

a – jedna od najrasprostranjenijih toksikomanija, a ispoljava se kao gubitak sposobnosti od prekomjerne upotrebe alkohola.

AMBIDEKSTER – osoba koja se podjednako uspješno i spretno koristi i lijevom i/ili desnom rukom.

AMBIVALENCIJA – neodlučnost, uporedno postojanje ljubavi i mržnje prema istoj osobi ili objektu.

AMENOREJA – izostanak menstruacije kod djevojaka i žena.

AMNEZIJA – poremećaj pamćenja, nesposobnost sjećanja, gubitak pamćenja.

ANALNA FAZA – psihoanalitički termin za drugu fazu u razvoju libida u kojoj je glavna erogena oblast analna zona (od druge do treće godine života).

ANKSIOZNOST – tjeskoba, neodređen lebdeći strah, strepnja i napetost.

ANOREKSIJA – poremećaj u ishrani koji se ispoljava u nedovoljnom uzimanju hrane usljed nedostatka apetita, gađenja prema jelu i ili usljed „fiksne“ ideje osobe da je debela.

ANTICIPACIJA – stvaranje suda ili dobivanje predstave o nečemu unaprijed, predviđanje nečega što će se tek dogoditi.

ANTIDEPRESIV – medikament (lijek) protiv depresije.

ANTISOCIJALNO PONAŠANJE – zajednički naziv za sve vrste ponašanja usmjerene protiv društvenih, pravnih i moralnih zakona, normi i pravila, na rušenje autoriteta i društvenog reda (krađa, fizički napadi).

APSTINENCIJA – voljno uzdržavanje od zadovoljenja nekih nepoželjnih potreba (potreba za alkoholom, drogom).

APSTINENCIJSKI SINDROM/KRIZA – psihički i fiziološki poremećaj sa jakim i neugodnim simptomima koji nastaju po prestanku uzimanja izvjesnih droga (reakcija na apstinenciju) na koje je organizam tokom duže upotrebe navikao (alkohol, droge duvan, sredstva za umirenje).

ASERTIVNI TRENING – postupak planskog i sistematskog vježbanja isuviše plašljivih, introvertnih, nesigurnih i pasivnih osoba da postanu samopouzdanbije.

AUTIZAM – težak psihički poremećaj koji se javlja u ranom djetinjstvu sa složenom simptomatologijom, a ispoljava se u povlačenju iz realnosti, dijete nije u stanju da uspostavi normalne socijalne odnose i komunikaciju sa okolinom.

B

BAZIČNI STRAH – psihoanalitički pojam za strah od novog i nepoznatog kod malog djeteta, koji je u funkciji razvoja ličnosti i ne smatra se patološkim.

BIHEJVIOR TERAPIJA – vrsta terapije abnormalnog ponašanja koja se zasniva na postavkama biheviorizma.

BIO-PSIHO-SOCIJALNI – opažanje ponašanja na koje utiču biološki, psihološki i socijalni činioci.

BULIMIJA – ogromna, neodoljiva, patološka potreba za uzimanjem hrane, nekontrolisana proždrljivost praćena osjećanjem nezasite gladi.

C

CRTEŽ LJUDSKE FIGURE – vrsta projektivne tehnike koja se zasniva na interpretaciji crteža ljudske figure, a konstruisala je Karen Mahover (Machover, 1949).

D

DEFEKACIJA – pražnjenje crijeva, izbacivanje izmeta, velika nužda.

DEFEKTOLOGIJA – teorijska i primijenjena naučna disciplina koja se bavi izučavanjem nastanka, formiranja, kao i rehabilitacijom i obrazovanjem defektnih, odnosno hendikepiranih osoba.

DELINKVENCIJA – prestupničko ponašanje, vršenje krivičnih djela.

DEPERSONALIZACIJA – pojam razgradnje ličnosti u psihijatriji, češće kod težih duševnih poremećaja.

DEPRESIJA – psihičko stanje koje karakteriše potištenost, gubitak samopoštovanja, snažno smooosuđivanje i osjećaj krivice.

DEREALIZACIJA – neprepoznavanje svijeta oko sebe kod težih duševnih oboljenja.

DEVIJACIJA – skretanje, odstupanje od normi društvenog ponašanja.

DIJADA – razvojna faza ličnosti do druge godine života.

DINAMSKI PRISTUP – je psihološka teorija koja počiva na psihoanalizi i koja smatra da težnje čovjeka nisu nasljedjene nego nastaju, oslanjajući se na biološke potrebe i stvaraju psihičke instance, ID, EGO, SUPER-EGO, koje nastaju u sukobu sa prirodom i društvenom realnošću u kojoj se organizam razvija i živi

DISGRAFIJA – nesposobnost ili umanjena sposobnost pisanja nastala najčešće usljed neuropsiholoških oštećenja.

DISLALIJA – jedan od najčešćih poremećaja govora koji se manifestuje u otežanom, netačnom ili poremećenom izgovaranju glasova usljed funkcionalnih ili organskih oštećenja govornih organa (jezika, usana, glasnica).

DISLEKSIJA – poremećaj sposobnosti čitanja (miješanje slova, inverzija slogova, „gutanje riječi“) ili razumijevanja pročitanoog uz očuvanu senzornu i opštu sposobnost.

DISOCIJACIJA – proces razdvajanja i raspadanja pojedinih struktura i funkcija koje su bile dio većeg sistema ili kompleksa.

DOBIT PRIMARNA – dobit od simptoma jeste oslobađanje od anksioznosti i konflikta postignuta stvaranjem simptoma.

DOBIT SEKUNDARNA – odnosi se na praktične prednosti koje mogu biti postignute korišćenjem simptoma za uticanje na druge, odnosno manipulaciju drugih.

DOJENČE – dijete u periodu od rođenja do navršene prve godine života, kada mu je dojenje dominantna aktivnost.

DORZUM – sa druge, obratne strane.

E

EDIPOV KOMPLEKS – prema Freudovoj psihoseksualnoj teoriji, univerzalna želja predškolskog dječaka da posjeduje majku i ukloni rivalitetnog oca.

EGO DISTONI – za ponašanje i želje kažemo da su ego-distone ako su nesaglasne sa subjektivnim idealima ili shvatanju o samom sebi, tj. odnose na virjednosni sud koji donosi sam subjekt.

EGO GRANICA – topografski pojam kojim se zamišljeno razgraničava razlika između selfa i ne-selfa. Step en oslabljenosti ego-granica koji se ispoljava kroz spremnost identifikacije sa drugima na užtrb spostvenog doživljaja identiteta, predstavlja diferencijalno dijagnostički indikator vrste psihopatološkog poremećaja (neuroza odnosno psihoza).

EGO IDEAL – (Ja- ideal) je idealna predstava o samom sebi kojoj se teži, jedna je od funkcija **SUPER-EGA** pa se stoga ponekad koristi kao sinonim za njega

EGO SINTONI – za ponašanje i želje kažemo da su ego-sintone kada su saglasne sa subjektivnim idealima ili shvatanju o samom sebi.

EGO-psihička komponenta odgovorna za shvatanje prirode realnosti (svjesno), prema Freudovoj strukturnoj teoriji ličnosti.

EGZERBACIJA – pogoršanje u toku bolesti, širenje simptoma.

EGZIBICIONIZAM – jedna od seksualnih devijacija kod koje se uživanje traži i nalazi u tome da se pokaže nago tijelo i posebno da se javno otkriju vlastite genitalije.

EHOLALIJA – automatsko i besmisleno ponavljanje riječi ili fraza koje je bolesnik posljednje čuo.

ELEKTRA KOMPLEKS – termin za Edipov kompleks kod žena.

ELEKTROENCEFALOGRAM (EEG) – grafički zapis dobijen na elektroencefalografu, oscilacija električnog potencijala, koje prate nervnu djelatnost kore velikog mozga.

EMOCIONALNA NEZRELOST – emocionalno reagovanje koje odgovara više mlađem uzrastu nego uzrastu osobe koja tako reaguje.

EMOCIONALNA PREOSJETLJIVOST – neprimjereno snažno emocionalno reagovanje, brzo i lako emocionalno uzbuđivanje bez pravog povoda.

ENCEFALITIS – zapaljnjje mozga ili moždane opne, po pravilu virusnog porijekla.

ENDOGEN – unutrašnjeg porijekla, koji je nastao djelovanjem faktora koji se nalaze unutar organizma.

ENKOPREZA – nevoljna defekacija, nesposobnost zadržavanja izmeta kod djeteta starijeg od tri godine, koja nema organski uzrok, nego je obično psihogena.

ENUREZA – funkcionalni poremećaj u kontroli bešike koji se sastoji u nevoljnom mokrenju, kod djece nakon pet godina života.

EPILEPSIJA – zajednički naziv za grupu organskih, neuroloških oboljenja koji se manifestuju povremenim motornim, senzornim, neuropsihičkim i doživljajnim poremećajima, a posebno su upadljivi grčevi, poremećaj i gubitak svijesti.

ERITROFOBIJA – patološki, snažan strah od crvenjenja, naročito u društvu nepoznatih osoba, praćen burnim fiziološkim promjenama u kardiovaskularnom sistemu.

ETIOLOGIJA – odnosi se na uzroke oboljenja.

F

FALUSNI STADIJUM – prema Freudovoj psihoseksualnoj teoriji, treći stadij razvoja, u kojem je predškolsko dijete ekspanzivno i aktivno, a ugodu dobija stimulacijom genitala.

FANTAZAM – jedan od osnovnih pojmova teorije Melani Klajn, predstavlja mentalni izraz pulzije (instinktivnog pokretača) i početni je supstrat čitavog psihičkog života.

FETIŠIZAM – jedna od seksualnih devijacija, koju karakteriše erotsko odstupanje u odnosu na objekt.

FIKSACIJA – proces putem koga osoba postaje ili ostaje ambivalentno vezana za neki objekt koji odgovara ranijem stepenu razvoja.

FOBIJA – intenzivan, trajan, neracionalan strah od živih ili neživih predmeta ili situacija.

FRUSTRACIJA – ometanje ili blokiranje zadovoljenja nekog motiva, već započetog cilju uismjerenog ponašanja.

FUGA – oblik poremećaja navika i impulsivnog ponašanja, koji se sastoji u iznenadnom i neodoljivom impulsu da se pobjegne od kuće bilo kuda i da se započne sa novim identitetom.

FUZIJA – je proces koji se odigrava kroz sve faze razvoja i predstavlja jedan od vidova elaboracije težnji i sastoji se od miješanja libidnih i agresivnih težnji medju sobom.

G

GENETIKA – nauka o nasljeđivanju.

GESTALT TERAPIJA – vrsta psihoterapije koja se u teorijskom smislu oslanja na principe gestalt psihologije.

GRANIČNA INTELIGENCIJA – stepen intelektualne razvijenosti koji se nalazi na granici koja odvaja normalnu inteligenciju od mentalne zaostalosti.

H

HALUCINACIJA – perceptivni doživljaj aktuelno nepostojećih draži, pri čemu postoji subjektivna uvjerenost u realno postojanje opaženih pojava.

HENDIKEPIRANO DIJETE – dijete sa nekim anatomskim ili funkcionalnim nedostacima i/ili teškoćama u razvoju i ponašanju ili stigmatizovano od strane neke socijalne grupe.

HEREDITARAN –naslijeđen.

HERMAFRODIT – u biologiji i medicini dvopolno, odnosno, polno neizdiferencirano dijete kod kojeg se nalaze zakržljali muški i ženski polni organi.

HETEROGEN – raznorodan.

HIPERAKTIVNOST – ekstremna aktivnost, za razliku od normalnog aktivnog ponašanja, a sastoji se u tome da je dijete neprestano „u pogonu“, prekomjerna psihomotorna aktivnost, sa deficitom pažnje i impulsivnošću (dira sve oko sebe ili se igra sa svime što mu dođe pod ruku, neprestano priča.

HIPERKINETIČKI – ovaj izraz neki kliničari upotrebljavaju za opis ADHD-a.

HIPERSENZITIVAN – preosjetljiv.

HOSPITALIZACIJA – smiještanje nekog u bolnicu.

HOSPITALIZAM – negativne psihofizičke posljedice emocionalnog lišavanja koje se javlja kao rezultat dugotrajnog odvajanja malog djeteta (uzrasta do dvije godine) od majke radi bolničkog liječenja u nekoj zdravstvenoj ustanovi.

I

IDENTIFIKACIJA – proces poistovjećivanja, u analitičkom smislu djeteta sa roditeljem. Mogu da se razlikuju četiri vrste identifikacije: primarna, sekundarna, projektivna i introjektivna.

ID – nagonski dio ličnosti, nesvjesno (prema psihoanalitičkoj teoriji).

IMPULSIVNOST – termin koji se odnosi na osobe koje postupaju bez razmišljanja o posljedicama.

IMUNITET – otpornost, zaštita od infektivnih bolesti.

INDIVIDUALIZACIJA – psihoanalitički pojam označava podfazu u razvoju u toku druge godine života, osamostaljivanje djeteta

INDIVIDUALNI TEST – svaki test, verbalni ili neverbalni,

INDIVIDUALNO – ono što pripada ili se pripisuje pojedincu, individui.

INFANT – dojenče, bespomoćno dijete koje još ne hoda i ne govori.

INFANTILNA ONANIJA – seksualno samozadovoljavanje male djece, normalna razvojna pojava.

INFANTILNA SEKSUALNOST – Freudov pojam koji obuhvata sva ispoljavanja nezrele seksualnosti, ali i pretpostavljene, svjesne i

nesvjesne nagone, i fantazije koji leže iza njih, te cjelokupnost pregenitalnih organizacija libida.

INFANTILNI AUTIZAM – autizam koji se javlja kod djece već u toku prve godine, a naziva se još i rani dječiji autizam.

INFANTILNOST – ispoljavanje nekih tipično dječijih karakteristika mišljenja, emocionalnog reagovanja ili obrazaca ponašanja na uzrastu odrasle osobe.

INKLUZIVNO OBRAZOVANJE – mogućnost da sva djeca, sposobna ili sa umanjenim sposobnostima, budu uključena u redovno obrazovanje.

INKORPORACIJA – se odnosi na fantazam unošenja spoljašnjeg objekta.

INSOMNIJA – nesanica.

INTELEKTUALIZACIJA – psihoanalitički pojam za jedan od mehanizama odbrane koji podrazumijeva usredsređenosti osobe isključivo na intelektualni aspekt problema.

INTELEKTUALNA ZRELOST – stepen intelektualne razvijenosti pojedinca koji odgovara uzrastu na kojem se on nalazi, ako je u razvoju, ili mentalnom funkcionisanju normalnog odraslog.

INTELIGENCIJA – sposobnost brzog i uspješnog snalaženja u novim situacijama na osnovu apstraktnog mišljenja, odnosno rješavanje problema putem uviđanja bitnih odnosa u problem situaciji.

INTERNALIZACIJA – označava prenošenje izvjesnih spoljašnjih normi, standarda, odnosa i akcija na unutrašnji, mentalni plan, koji se, tako pounutreni, doživljavaju kao vlastiti. Objekti iz spoljašnjeg svijeta stiču trajne mentalne reprezentacije.

INTERVJU – jedna od najstarijih i najvažnijih tehnika prikupljanja podataka o ličnosti.

INTROJEKCIJA – proces kojim funkcije spoljašnjeg objekta bivaju preuzete njegovom mentalnom reprezentacijom tako da odnos sa objektom „napolje“ biva zamijenjen odnosom sa zamišljenim objektom „unutra“.

INVESTICIJA – je vezivanje libidinoznih ili agresivnih težnji za objekte, substitute i sebe. Freud je koristio za opis količine energije vezane za bilo koju reprezentaciju objekta ili mentalnu strukturu.

IQ-količnik inteligencije

IRACIONALNO – nerazumno, ono što je u neskladu sa zakonima logike ili je s one strane razuma.

IREVERZIBILAN – nepovratan;

IREVERZIBILNI PROCESI – procesi čiji pravac i tok ne može da se vrati natrag, npr. životni procesi.

K

„KAO DA“ LIČNOST – vrsta shizoidnog karaktera, koji se ponaša kao da ima uobičajene emocionalne odgovore na situacije.

KLIJENT – osoba koja traži psihološku pomoć za svoje probleme.

KLINIČAR – psiholog koji kao praktičar i istraživač radi na klinici i koristi klinički metod u dijagnostikovanju i terapiji.

KLINIČKI METOD – postupak intenzivnog i svestranog istraživanja pojedinca koji primjenjuje klinički psiholog pomoću različitih multidimenzionalnih tehnika (intervju, testovi, projektivne tehnike, upitnici) sa ciljem da se konkretni pojedinac što bolje procijeni u cjelini i pojedinim aspektima funkcionisanja kao i da se predvidi njegovo ponašanje.

KOGNICIJA – saznanje, saznajni.

KOGNITIVNA PSIHOTERAPIJA – vrsta psihoterapije čija je osnovna postavka da je za razumijevanje i modifikovanje ponašanja osobe sa poremećajem važno poznavati njena osnovna uvjerenja, način opažanja i tumačenja svijeta.

KOLIČNIK INTELIGENCIJE (IQ) – numerička vrijednost koja predstavlja pokazatelj stepena razvijenosti inteligencije.

KOMORBIDITET – istovremena pojava ili koegzistencija dva ili više psihopatoloških fenomena istovremeno.

KOMPLEKS – grupa međupovezanih svjesnih i nesvjesnih ideja i osjećanja koji imaju dinamski efekat na ponašanje.

KOMPULZIJA – prisilna, naizgled besmislena radnja koju osoba, usljed neodoljivo snažne potrebe, mora da vrši protiv svoje volje i moralnih uvjerenja, kako bi se oslobodila anksioznosti ili osjećanja krivice.

KONFLIKT – sukob između naizgled ili stvarno nesaglasnih, suprotnih snaga, težnji.

KONTRATRANSFER – protuprijenos; psihoanalitički izraz za emocionalni odnos terapeuta prema klijentu.

KONVERTOVATI – pretvoriti, promijeniti, obrnuti.

KOPROLALIJA – potreba za izgovaranjem i ponavljanjem, nepristojnih, prostih riječi.

L

LATENCIJA – psihoanalitički pojam, označava razvojnu fazu djeteta od sedam do 11 godina, stanje prividne neaktivnosti u organizmu u kojem se dešavaju izvjesni neurofiziološki i psihički procesi koji će tek kasnije biti ispoljeni.

LIBIDINOZAN – psihoanalitički pojam za osjećanje ljubavi u opštem emocionalnom smislu.

LIBIDO – je ukupnost težnji čovjeka koje potiču iz njegovih seksualnih potreba.

LOGOPEDIJA – primijenjena defektološka disciplina koja se bavi izučavanjem, sprečavanjem i liječenjem govornih poremećaja.

LOGOREJA-LOGOROIČAN – poremećaj usmenog govora, bolesna brbljivost kod psihijatrijskih bolesnika.

LONGITUDINALAN – uzdužni, u razvojnoj psihologiji podrazumijeva tok razvoja i praćenje razvoja kroz godine života i uzrast.

M

MASTURBACIJA – seksualno samozadovoljavanje.

MATURACIJA – zrenje, sazrijevanje, starenje.

MAZOHISTIČKI – karakterna osobina ličnosti sa sklonošću da muči samu sebe u psihološkom smislu

MAZOHIZAM – seksualna devijacija (perverzija) koja podrazumijeva sklonost ka traženju nanošenja fizičkog i psihičkog bola od partnera radi postizanja seksualnog zadovoljstva.

MEHANIZAM ODBRANE – psihoanalitički pojam za psihičku funkciju čuvanja integriteta ličnosti.

MENARHA – prva mjesečnica (menstruacija)

MENTALNA REPREZENTACIJA – relativno trajna predstava bilo čega što je ranije bilo opaženo ili proces kojim se takve predstave stvaraju, stiču. Sinonim je sa mentalnom predstavom, predstavom pamćenja i sa nekim upotrebama internalizacije.

MENTALNI-psihički, duševni.

MORBIDAN – bolestan, bolešljiv;

MOTORNI RAZVOJ – razvoj sposobnosti kretanja i govora.

MULTIDISCIPLINARNOST – uključivanje niza disciplina u procenjivanje, dijagnostikovanje i pružanje podrške.

MUTIZAM – psihogena nesposobnost govora (nijemost, ćutanje) kod osobe koja ima neoštećene govorne organe i centre, a ranije je govorila i razumije govor.

N

NARCIZAM – zaljubljenost u sebe, okrenutost sebi.-

NEGATIVAN EDIPOV KOMPLEKS – forma edipovog kompleksa u kojem subjekt želi da posjeduje roditelja istog pola, a roditelja suprotnog pola doživljava kao rivala.

NEGATIVIZAM – stanje izrazitog suprotstavljanja odraslim osobama koje se intenzivira u ranom predškolskom razdoblju.

NESVJESNO – u Freudovoj teoriji dio uma koji sadrži materijal koji je potisnut ili nikad nije ni bio svjestan.

NEUROPSIHOLOGIJA – granična disciplina koja metodama neurologije, neurofiziologije i psihologije istražuje zavisnost psihičkih procesa i ponašanja osobe od nervnog sistema.

NEUROZA – lakši, funkcionalni oblik duševnog oboljenja, kod kojeg nije nađen organski uzrok.

NEZRELOST – nedovoljna razvijenost izvjesnih psihičkih sposobnosti, funkcija ili pojedinih aspekata ličnosti, s obzirom na odgovarajuće uzrasne norme.

NOZOLOGIJA – nauka o bolestima.

O

OBJEKT – u psihoanalitičkom značenju objekat je ono što obezbeđuje zadovoljenje težnje; on nije stalan ni ravnodušan jer zavisi od toga u kojoj mjeri i na koji način zadovoljava potrebu i od faze i nivoa razvoja psihičkog aparata. (Neupućen čitalac je četo zbunjen ovim izrazom koji u našem jeziku znači stvar, mrtav predmet, no kako ne raspoložemo boljim izrazom kao prevodom za „object“priuđeni smo da ga zadržimo (K.K.).

Objekt koji zadovoljava potrebu – objekt koga subjekt „voli“ isključivo na osnovu njegove sposobnosti da zadovolji potrebe i koga ne uspijeva da prepozna kao ličnost. Termin se koristi samo pri razmatranju prirode odojčetaove vezanosti za majku.

Objekt libido – libido koji je investiran u objekte nasuprot narcističkom libidu vezanom za subjekt.

Objekt-kateksa – investiranje energije u spoljašnji objekt za razliku od investiranja selfa narcističkom kateksom.

OPSESIJA – ideje, misli, predstave, po sadržini, neprijatne, mučne, besmislene koje se nameću protiv volje pojedinca, opsjedaju ga i izazivaju anksioznost.

ORALNA FAZA – psihoanalitički pojam za fazu razvoja ličnosti do kraja prve godine života.

ORALNI STADIJ – prema Freudovoj psihoseksualnoj teoriji, prvi stadij razvoja, u kojem se uгода dobija sisanjem i griženjem i formira se privrženost prema majci.

ORALNI-pojava koja pripada oralnoj (usnoj) fazi u psihoanalitičkom smislu.

OSJEĆANJE KRIVICE – neprijatno moralno osjećanje koje se javlja kada se stvarno ili samo u mislima prekrši neka moralna norma i predstavlja subjektivnu, bolnu ocjenu toga događaja kao moralno neispravnog, a sebe samog kao nedostojnog i grešnog.

OSNOVNO POVJERENJE I NEPOVJERENJE – termini su koje koriste Erikson, Vinikot i Bolint, za opisivanje efekata koji se nalaze u osnovi dobrih i zlih iskustava materinstva. Osnovno povjerenje predstavlja

prvu od osam osnovnih faza čovjeka, a odgovara oralnoj fazi klasične teorije i primarnoj ontološkoj bezbijeđenosti egzistencijalista.

OSNOVNO NEPOVJERENJE – odgovara nekim upotrebama pojma paranoidne anksioznosti.

OTPOR – prema psihoanalitičkoj teoriji, mehanizmi koje bolesnici koriste za izbjegavanje dovođenja u svijest bolnog materijala.

P

PARAFILIJE – raznovrsni seksualni poremećaji u pogledu sklonosti ka neobičnom, abnormalnom seksualnom činu ili objektu.

PAVOR NOCTURNUS – noćni strah kod djece i smatra se poremećajem spavanja.

PEDOFILIJA – vrsta parafilije, ispoljava se u naklonosti odraslih prema djeci kao objektu seksualnih prohtjeva.

PEDOPSIHIJATAR – dječji psihijatar.

PERVERZIJA – svaka nastranost, izopačenost ili devijacija seksualnog nagona u odnosu na moralne i socijalne norme koje društvo osporava i kažnjava.

POMJERANJE – proces kojim se energija prenosi sa jedne mentalne predstave na drugu. Jedan je od mehanizma primarnih procesa i odgovoran je za činjenicu da na primjer u snovima jedna predstava može simbolizovati drugu.

POREMEĆAJ LIČNOSTI – duboko ukorijenjena, neprilagođena ponašanja, koja premda su pervazivnija od anksioznih poremećaja, ne umanjuju u značajnom stepenu kontakt osobe sa realnošću.

POREMEĆAJ PRILAGOĐAVANJA – promijenjeno ponašanje koje je reakcija na specifični događaj ili događaje kao što su smrt ili razvod roditelja.

PRAŽNENJE – pojam podrazumijeva prethodno nagomilavanje psihičke energije (napetosti) čijim se pražnjenjem napetost smanjuje.

PREGENITALNI – nastao prije genitalne faze razvoja.

PREVALENCIJA – rasprostranjenost, pretežnost.

PREVENCIJA – naglašavanje djelovanja na razvoj problema vezanih za mentalno zdravlje (a ne za njihovo liječenje).

PREMORBIDAN – prije bolesti ili poremećaja.

PRIMARNI OBJEKT – psihoanalitički pojam za djetetov doživljaj majke kao prvog figure-objekta iz vanjskog svijeta.

PROMISKUITET – sklonost čestim promjenama seksualnog partnera.

PSIHOPATOLOGIJA – teorijska disciplina koja proučava činjenice, zakone i principe funkcionisanja abnormalnog psihičkog života. Klinička psihologija i psihijatrija zasnovane su na saznanjima iz psihopatologije.

PSIHOZA – teška psihička bolest koju karakteriše gubitak osjećanja realnosti, nedostatak uvida u sebe samog, depersonalizacija, halucinacije, sumanute ideje, kao i drugi teži poremećaji opažanja, mišljenja, pamćenja, nagona, emocija, interpersonalnih odnosa i nesposobnosti obavljanja profesionalnih aktivnosti.

PULZIJA – je dinamička težnja organizma ka izvjesnom cilju.

R

RACIONALIZACIJA – u psihoanalitičkom smislu razumno objašnjenje neke psihičke pojave, bez prisutnosti osjećanja.

RAZVOJNE KRIZE – krize uključene u normalan razvoj.

RAZVOJNI STRAHOVI – nastaju iz nezadovoljenih težnji, a ne iz spoljašnjeg ugrožavanja. **RECIDIV** – ponovno pojavljivanje simptoma bolesti.

REGRESIVAN – u dječijoj psihopatologiji koristi se kao pojam za ponašanje djeteta koje je primjereno uzrastu i koji je dijete već preraslo, tj, nekoj od ranijih faza razvoja

REMISIJA – spontano i prolazno slabljenje ili gubljenje simptoma mentalne bolesti, poboljšanje između dvije faze bolesti.

REPETITIVNO PONAŠANJE – ponavljajuće ponašanje.

RESTRIKTIVAN – ograničavan, koji ograničava, ograničavajući.

RESURS – izvor pomoći i podrške.

REZILIJENTNOST – otpornost ličnosti ili porodice na stres.

REZISTENTAN – otporan, u medicini se koristi kao pojam kada je neka bolest otporna na neki lijek, lijek je neefikasan.

RIGIDITET – pretjerani i nerealni otpor promjeni.

S

SAZRIJEVANJE – aspekt procesa tjelesnog i/ili psihičkog razvoja, a biološki, herteditarno je određen.

SEPARACIJSKA ANKSIOZNOST – anksioznost koju izaziva odlazak roditelja ili staratelja nakon što se u dojenačkoj dobi uspostavila privrženost.

SEPARACIJSKI STRAH – strah djeteta od odvajanja od roditelja; spada u normalne razvojne strahove u ranom uzrastu.

SFINKTER – mišić koji steže otvore na organu za mokrenje i defeciranje; u dječijoj psihopatologiji u upotrebi je pojam kontrola sfinktera, a označava da li je dijete usvojilo higijenske navike (prevladalo fazu mokrenja i defekacije u pelene).

SHIZOFRENIJA – teška mentalna bolest koju karakterišu dubok nesklad između mišljenja i afekta, apsurdne ideje, halucinacije, odsustvo logike u rasuđivanju, ravnodušan odnos prema stvarnosti, povlačenje u sebe, autističko mišljenje i bizarni simptomi.

SIMBIOZA – kada suživot, dvije individue funkcionišu u zajednici, u dječijoj psihijatriji označavaju najužu emotivnu vezanost majke i djeteta do druge godine života

SIMBOLIČKA REPREZENTACIJA – jeste proces kojim mentalna predstava jednog objekta počinje da predstavlja (zamjenjuje)označava) mentalnu predstavu drugog objekta-prvi postaje simbol drugog.

SIMPTOM – psihološko, ponašajno ili biološko ispoljavanje psihopatologije.

SINDROM – sklop ponašanja ili simptoma koji se najčešće javljaju zajedno, kod određenog poremećaja, čine jednu koherentnu nozološku cjelinu, a naziv je određen dominantnim simptomom, često po imenu ljekara. Najčešće se koristi u medicini, psihijatriji i kliničkoj psihologiji.

SITUACIJSKE KRIZE – krize koje se, iako nisu neminovno povezane sa normativnim razvojem, često susreću i obično lako rješavaju.

SKOTOFILIJA – zadovoljstvo u gledanju, navedena je u klasičnoj teoriji kao jedan od infantilnih parcijalnih instinkata.

SKOTOMIZACIJA – odbranbeni proces pomoću koga subjekt ne uspijev (svjesno) da opazi zabranjene oblasti ili u odnosu na spoljašnju sredinu ili u odnosu na samog sebe.

SOCIJALNA ADAPTACIJA – prilagođavanje pojedinca postojećim društvenim uslovima, važećim normama, običajima i vrijednostima.

SOCIJALNA DEPRIVACIJA – lišavanje elementarnih društvenih uticaja, veza i objekata u prirodnim ili vještačkim uslovima društvene izolacije.

SOCIJALNA FOBIJA – pretjeran, nerazuman strah od odlaska u društvo, od javnog nastupa, od samog prisustva i pogleda drugih ljudi.

SOCIJALNA PATOLOGIJA – interdisciplinarno područje gdje sociologija, psihopatologija, socijalna psihologija, kriminologija i socijalna psihijatrija zajedno istražuju patološke društvene fenomene, koji su društveno devijantni, štetni, neprihvatljivi i nepoželjni.

SOMATIZACIJA – poremećaj u kojem se psihički, emocionalni problemi pretvaraju u tjelesne.

SOMATSKI – koji se odnosi na tijelo, tjelesni za razliku od mentalni, psihički.

SOMNAMBULIZAM – hodanje u snu, jedan od poremećaja spavanja.

STRAH – primarna emocija koju odlikuje snažno neprijatno uzbuđenje, urođena, genetski programirana adaptivna reakcija na prijeteći ili bolan stimulus.

STRESOR – bilo koji spoljašnji ili unutrašnji događaj koji od organizma zahtijeva pojačani napor i novi način prilagođavanja izmijenjenim uslovima.

STUPOR – ukočenost, obamrlost, neosetljivost.

SUICID – samoubistvo, namjerno oduzimanje sopstvenog života sa različitim motivima.

SUPEREGO – psihoanalitički pojam kojeg je uveo Freud kao oznaku za najsloženiji dio ličnosti, i pretežno se odnosi na moralnu oblast ličnosti

SUPPORT – podrška.

SUPRESIJA – se obično odnosi na svjesnu, voljnu inhibiciju aktivnosti nasuprot represije koja je nesvjesna, automatska, pokrenuta anksioznošću, a ne voljno.

T

TAHIKARDIJA – ubrzani rad srca koji može nastati usljed fizičkog naprezanja, fizioloških uzroka i/ili psihičkih razloga.

TEMPERAMENT – sklop urođenih predispozicija za jačinu i način emocionalnog doživljavanja i reagovanja.

TEORIJA OBJEKTNIH ODNOSA – psihoanalitička teorija u kojoj centralno mjesto zauzima potreba subjekta da ima odnose sa objektima, nasuprot instinktivističkoj teoriji u kojoj centralno mjesto zauzima potreba subjekta da smanji instinktivnu napetost.

TERAPIJA – postupak kojim se ublažavaju ili otklanjaju poremećaji, bolesna stanja organizma, tako da se uspostavlja prethodno narušeno, skladno, normativnofunkcionisanje ili izgubljeno stanje zdravlja.

TIK – nevoljni mišićni pokret, nekontrolisani trzaj mišića ili nekog dijela tijela.

TJELESNA ŠEMA – je neurološki termin za organske reprezentacije tijela u mozgu.

TOLERANCIJA (NA FRUSTRACIJU) – sposobnost uspješnog podnošenja frustracije bez privremenih ili trajnih patoloških posljedica.

TRANSSEKSUALIZAM – poremećaj polnog identiteta ispoljen kao odlučno i stalno odbacivanje sopstvenog anatomskog pola sa željom ili ubjeđenjem osobe da pripada suprotnom polu.

TRANSVESTIZAM – vrsta poremećaja polnog identiteta ispoljena kao neodoljiva želja da se nosi odjeća koja se u datoj kulturi smatra tipičnom za suprotni pol, ali ne uključuje želju da se mijenja pol.

TRIANGULACIJA – razvojna faza porodičnog trougla: majka-otac i dijete.

U

ULCEROZNI KOLITIS – jedna vrsta upale crijeva

UNUTRAŠNJI OBJEKT – objekt reprezentacije koja je stekla značaj spoljašnjeg objekta.

Z

ZANEMARIVANJE – propusti od strane roditelja koji ugrožavaju djetetovo zdravlje ili sigurnost.

Spisak mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja sa početkom u djetinjstvu prema MKB-10

F70-F79 Mentalna retardacija

F70 Laka mentalna retardacija

F71 Umjerena mentalna retardacija

F72 Teška mentalna retardacija

F73 Duboka mentalna retardacija

F80-F89 Poremećaji psihičkog razvoja

F80 Specifični razvojni poremećaji govora i jezika

F80.0 Specifični poremećaj govorne artkulacije

F80.1 Poremećaj ekspresivnog govora

F80.2 Poremećaj receptivnog govora

F80.3 Stečena afazija sa epilepsijom (Landau-Kleffnerov sindrom)

F80.4 Drugi razvojni poremećaji govora i jezika

F80.9 Razvojni poremećaji govora i jezika , nespecificovan

F81 Specifični razvojni poremećaji školskih vještina

F81.0 Specifični poremećaj čitanja

F81.1 Specifični poremećaj spelovanja

F81.2 Specifični poremećaj računanja

F81.3 Mješoviti poremećaj školskih vještina

F81.8 Drugi razvojni poremećaji školskih vještina

F81.9 Razvojni poremećaj školskih vještina , nespecificovan

F82 Specifični razvojni poremećaj motorne funkcije

F83. Mješoviti specifični razvojni poremećaji

F84 Pervazivni razvojni poremećaji

F84.0 Dječji autizam

F84.1 Atipični autizam

F84.2 Rett-ov sindrom

F84.4 Hiperkinetički poremećaj udružen sa mentalnom retardacijom
i stereotipnim pokretima

F84.5 Aspergerov sindrom

F84.8 Drugi pervazivni razvojni poremećaji

F90-F98 Poremećaji ponašanja i emocija sa početkom obično u
djetinjstvu i adolescenciji

F90.0 Hiperkinetički poremećaj

F91 Poremećaj ponašanja

F91.0 Poremećaj ponašanja ograničen na porodičnu sredinu

F91.1 Nesocijalizovani poremećaj ponašanja

F91.2 Socijalizovani poremećaj ponašanja

F91.3 Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa

F91.8 Drugi poremećaji ponašanja

F92 Mješoviti poremećaj ponašanja i emocija

F92.0 Depresivni poremećaj ponašanja

F92.8 Drugi mješoviti poremećaji ponašanja i emocija

F93 Emocionalni poremećaji sa početkom specifičnim za djetinjstvo

F93.0 Poremećaj separacione anksioznosti u djetinjstvu

F93.1 Poremećaj fobičke anksioznosti u djetinjstvu

F93.2 Poremećaj socijalne anksioznosti u djetinjstvu

F93. Poremećaj suparništva sa bratom ili sestrom

F93.8 Drugi emocionalni poremećaji u djetinjstvu

F94 Poremećaji socijalnog funkcionisanaj sa početkom specifičnim
za djetinjstvo i adolescenciju

F94.0 Elektivni mutizam

F94.1 Reaktivni poremećaj vezivanja u djetinjstvu

F94.2 Dezinhibisani poremećaj vezivanja u djetinjstvu

F9.8 Drugi poremećaji socijalnog funkcionisanja u djetinjstvu

F95 Tik poremećaji

F95.0 Prolazni tik poremećaj

F95.1 Hronični motorni ili glasovni tik poremećaj (de la Tourette-ov sindrom)

F95.8 Drugi tik poremećaji

F95.9 nespecificovan

F98 Drugi poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji sa početkom obično u djetinjstvu i adolescenciji

F98.0 Neorganska enureza

F98.1 Neorganska enkopreza

F98.2 Poremećaj ishrane u djetinjstvu

F98.3 Pica u djetinjstvu

F98.4 Stereotipni poremećaji pokreta

F98.5 Mucanje

F98.6 Eksplozivni govor sa prekidima

F98.8 Drugi specifikovani poremećaji ponašanja i emocija sa početkom obično u djetinjstvu i adolescenciji.

Ostali poremećaji koji se javljaju u djetinjstvu i mladosti ko što su poremećaji ishrane, spavanja, psihoseksualnog razvoja, poremećaji ličnosti, i drugi koji se javljaju u razvojnom uzrastu a dovoljno su diferencirani i dijagnostički jasni klasifikuju se prema opštoj klasifikaciji poremećaja ICD-10 predviđenoj za odrasle.

Index imena

- Achenbach, 77, 84, 129, 250, 333, 363
Aćić Lacković, 126, 363
Adamović, 143, 317, 363
Ajduković, 53, 363
Albee, 33, 363
Alberti, 143, 383
Aleksić Hil, 198, 199, 204, 206, 364
Aleksić, 113, 116, 364
Alessandri, 108, 370
Alessi, 281, 364
Amerman, 52, 364
Anda, 60, 61, 364, 368, 373
Andrews, 280, 372
Anić, 304, 364
Anthony, E., 247, 364
Anthony, M., 242, 364
Asarnow, 322, 380
Attwood, 122, 364

Baker, 237, 309, 375
Baldwin, 265, 364
Banjac Karović, 113, 116, 364
Barišić, 119, 364
Barlow, 242, 364
Barrett, 360, 364
Bašić, 331, 332, 333, 345, 365
Beck, 227, 249, 255, 365
Belfer, 89, 91, 94, 117, 130, 174, 181, 349, 378
Benjak, 113, 365
Berger, D., 68, 69, 143, 145, 303, 365
Berger, J., 7, 75, 365
Berk, 26, 365
Bernstein, 233, 237, 365
Bethell, 61, 365
Bias, 149, 378
Birch, 146, 147, 365, 367
Black, 263, 369
Bogels, 226, 365
Bojanin, 7, 94, 187, 319, 328, 364, 365, 367, 373, 375, 377
Borchardt, 237, 365
Bott, 319, 378
Bouillet, 338, 339, 345, 346, 365
Bourne, 49, 50, 382
Bowen, 69, 365
Bowlby, 17, 18, 20, 230, 231, 254, 262, 366
Brdar, 304, 364
Brennan, 253, 370
Brickman, 281, 364
Brownell, 150, 366
Buljan Flander, 270, 366, 372
Buljan, 207, 208, 366
Bunčić-Napan, 356, 366
Burgić-Radmanović, 248, 249, 250, 252, 264, 280, 366

Caster, 228, 366
Chess, 19, 36, 366, 380
Cheslow, 234, 379
Cicchetti, 29, 47, 363, 366, 378
Clarkson, 147, 370
Coatsworth, 71, 374
Conradt, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 276, 368

Cook, 239, 290, 367
 Cooper, 196, 197, 371
 Corcoran, 278, 375
 Crockett, 217, 376
 Crook, 262, 367
 Cross, 290, 367
 Cubbin, 69, 367

 Čekrlija, 124, 126, 229, 238, 363,
 374
 Čorak, 290, 371

 Čeranić, 14, 157, 160, 162, 164, 367
 Ćorić Špoljar, 270, 366
 Ćurčić, 279, 367

 Dahlberg, 49, 373
 Daneš, 57, 318, 367
 Davis, 37, 354, 367
 Davis, 135, 365
 Davison, G., C., 2, 3, 174, 176, 177,
 180, 190, 197, 198, 215, 217,
 219, 220, 224, 225, 243, 244,
 248, 280, 281, 282, 283, 289,
 293, 294, 295, 292, 297, 298,
 299, 300, 302, 306, 311, 312,
 367
 Davison, 147, 367
 Dekić, 47, 367
 Delfos, 84, 367, 368
 Dietz, 14, 368
 Donovan, 147, 370
 Drobac Pavićević, 40, 381
 Dube, 60, 61, 368
 Dubowitz, 60, 369
 Durman Marijanović, 270, 366
 Dyregrov, 260, 263, 368

 Ebanks, 253, 373
 Eliot, 262, 367
 Emery, 70, 368
 Engel, 27, 306, 368
 Epps, 360, 372
 Essau, 267, 268, 269, 270, 271, 273,
 274, 275, 276, 368
 Fabricatore, 151, 368
 Fairburn, 135, 365
 Felitti, 60, 364
 Ferber, 156, 368
 Finch, 360, 376
 Finkelhor, 61, 218, 369
 Fisher, 146, 365
 Flaherty, 60, 369
 Flett, 38, 39, 369
 Forehand, 70, 368
 Futrell, 69, 367

 Gačić, 69, 359, 369
 Garber, 257, 376
 Garmezy, 19, 33, 68, 70, 71, 368,
 369
 Garner, 130, 135, 142, 369, 376
 Gašić-Pavišić, 110, 370
 Giles, 147, 364
 Giles-Corti, 147, 370
 Gillberg, 117, 122, 123, 126, 246,
 370
 Goldstein, 322, 380
 Goll, 108, 370
 Golubović, A., 60, 370
 Golubović, G., 226, 370
 Gongla, 41, 370
 Gordon, 44, 370
 Gortmaker, 147, 368
 Govedarica, 95, 96, 371
 Grapentine, 281, 364

Gray, 240, 370
 Grimm-Thomas, 146, 365
 Gruden, 174, 175, 182, 184, 185, 370
 Gust, 290, 367

 Haith, 26, 381
 Halfon, 61, 365
 Hamby, 61, 369
 Hammen, 47, 253, 370
 Hannah, 117, 370
 Harris, 108, 370
 Harter, 285, 286, 370
 Harvey, 60, 321, 369
 Hawes, 61, 365
 Hawton, 279, 288, 371
 Hazan, 18, 371
 Hersov, 47, 378
 Herzog, 137, 371
 Hester, 130, 376
 Hewitt, 38, 39, 369
 Holmes, 35, 47, 371
 Hope, 228, 366
 Hrnčić, 258, 347, 371
 Hrnjica, 110, 371
 Hughes, 196, 197, 371
 Hwang, 21, 24, 25, 88, 89, 279, 371

 Ignjatović, 357, 371
 Inderbitzen, 228, 366
 Israel, 166, 382
 Ivanović, 50, 60, 61, 380, 381
 Ivkić, 95, 96, 371
 Ivković, 356, 366
 Jablan, 110, 371
 Janković, B., 290
 Janković, J., 356, 366
 Janković, N., 290

 Jeans, 299, 376
 Johnson, 224, 374

 Kagan, 240, 372
 Kaličanin, 226, 372
 Kandel, 256, 372
 Karić, 110, 372
 Karlović, 48, 366
 Kast-Zahn, 156, 160, 168, 169, 171, 372
 Kecmanović, 170, 320, 363, 372
 Keith, 41, 382
 Keller, 137, 371
 Kendal, 257, 360, 372
 Kent, 239, 372
 Killen, 51, 372
 King, 284, 372
 Kocijan-Hercigonja, 188, 191, 372
 Kolar, 230, 231, 232, 233, 241, 373
 Koller-Trbović, 331, 332, 333, 365
 Kondić, 2, 4, 7, 10, 14, 75, 373
 Korda, 110, 372
 Kovačević, 110, 371
 Kraigher, 237, 238, 380
 Kramer, 253, 373
 Krivokuća, 124, 373
 Krstić, 35, 373
 Krug, 49, 373
 Kuzman, 347, 379

 Larkin, 60, 61, 373
 Latas, 30, 373
 Lavori, 137, 371
 Lejić, 302, 373
 Lenane, 234, 379
 Letić, 19, 140, 150, 373, 374
 Liebman, 309, 375
 Lowry - Webster, 360, 364

Luca Mrđen, 64, 378
Lukač, 146, 150, 151, 374
Luria, 299, 376

Ljubešić, 126, 380

Macintyre, 147, 370
Majkić, 69, 369
Manis, 240, 372
Markey, 146, 365
Marks, 60, 368
Marold, 285, 286, 370
Marsenić, 176, 377
Masten, 68, 70, 71, 369, 374, 378
Masters, 224, 374
McCubbin, 69, 367
McCubbin, 69, 367
McLeer, 360, 372
McLoyd, 58, 374
McManis, 240, 372
McManus, 281, 364
Mercy, 49, 373
Mesibov, 116, 379
Mićović, 358, 375
Mihajlović, 227, 229, 238, 304, 306,
374, 381
Mihić, 110, 372
Miklowitz, 322, 380
Mikuš Kos, 7, 19, 20, 36
Milačić, 123, 374
Milić, 280, 374
Miller, 26, 236, 246, 381
Milman, 309, 375
Milojković, 46, 358, 375
Minčić, 74, 76, 77, 78, 79, 375
Mineka, 239, 240, 249, 253, 376
Minuchin, 43, 69, 134, 309, 359, 375
Mišić, 277, 278, 375

Mitić, 7, 69, 359, 375
Mladenović, 350, 375
Modrušan-Mozetič, 117, 381
Moore, 61, 375
Morey, 278, 375
Morgenroth, 156, 160, 168, 169, 171,
372
Muavčević, 162, 375

Neale, 2, 3, 174, 176, 177, 180, 190,
197, 198, 215, 217, 219, 220,
224, 225, 243, 244, 248, 280,
281, 282, 283, 289, 293, 294,
295, 296, 297, 298, 299, 300,
302, 306, 311, 312, 367
Nelson, 207, 360
Nelson-Jones, 355, 375
Newacheck, 61, 365
Newberger, 49, 50, 382
Newman, 35, 70, 376
Nilsson, 21, 24, 25, 88, 89, 279, 371
Nordenberg, 60, 368

Ohannessian, 217, 376
Ohman, 240, 376
Olfson, 253, 373
Olweus, 62, 63, 376
Osgood, 299, 376

Panak, 257, 376
Pate, 130, 376
Pearce, 252, 377
Pečnik, 53, 363
Peco-Antić, 176, 377
Pejović-Milovančević, 181, 182, 186,
364, 377
Penava-Pejčinović, 356, 366
Perri, M. G., 150, 377

Perry, I. J., 278, 375
 Petrović, 306, 310, 377
 Pikora, 147, 370
 Piorkowska-Petrović, 40, 41, 377
 Popadić, 62, 377
 Popović Deušić, 113, 116, 189, 192,
 197, 198, 319, 328, 364, 365,
 367, 373, 375, 377
 Popović-Rolović, 176, 377
 Pospiš, 195, 377
 Profaca, 64, 229, 262, 377, 378
 Puhl, 147, 149, 378, 379
 Puhovski, 64, 229, 262, 377, 378
 Pumariega, 130, 376

 Raboterg-Šarić, 347, 378
 Radosavljev Kirčanski, 74, 76, 77,
 78, 79, 375
 Rahe, 47, 371
 Rajić, 185, 378
 Ramirez, 61, 375
 Rapport, 234, 379
 Reber, 360, 372
 Remschmidt, 89, 94, 117, 130, 174,
 181, 349, 378
 Roberts, 169, 171, 174, 175, 176,
 177, 185, 198, 203, 246, 378
 Robertson, 205, 378
 Ronan, 360, 372
 Rosman, 309, 375
 Rudić, 113, 116, 364,
 Rumpf, 275, 378
 Russel, 319, 378
 Rutter, 26, 33, 36, 47, 71, 236, 252,
 284, 346, 368, 369
 Ryan-Wenger, 68, 378

 Sachs, 137, 371

 Sakoman, 347, 379
 Sameroff, 30, 33, 379
 Sammons, 319, 378
 Schopler, 116, 379
 Schulte-Koerne, 94, 379
 Seiffge-Krenke, 304, 379
 Seonard, 234, 379
 Shattuck, 61, 369
 Shaver, 18, 371
 Shields, 60, 61, 373
 Shih, 253, 370
 Skinner, 42, 378
 Smirnof, 1, 5, 14, 379
 Smith, 294, 299, 346, 376
 Snidman, 240, 372
 Snyder, 49, 50, 294, 382
 Spence, 360, 379
 Spitz, 10, 248, 368
 Spremo, 124, 373
 Srna, 279, 280, 281, 282, 284, 288,
 289, 358, 359, 375, 379
 Stallard, 360, 379
 Stanković, 290, 371
 Starčević, 30, 373
 Stefanović-Stanojević, 17, 18, 379
 Swedo, 234, 379

 Šerifović-Šivert, 46, 47, 99, 105,
 106, 115, 181, 198, 203, 204,
 205, 206, 227, 229, 248, 249,
 253, 379
 Šimleša, 126, 380
 Šitum, 207, 208, 366

 Tadić, 1, 7, 8, 56, 73, 82, 99, 105,
 106, 107, 126, 127, 130, 142,
 145, 153, 155, 156, 158, 159,
 160, 161, 162, 164, 166, 169,

- 170, 176, 177, 179, 180, 182,
184, 188, 197, 198, 199, 202,
203, 206, 207, 208, 209, 211,
212, 213, 214, 235, 236, 237,
238, 240, 246, 251, 258, 273,
274, 281, 297, 307, 308, 309,
311, 313, 314, 317, 344, 356,
380
- Taylor 47, 227, 306, 369, 378, 380
- Thomas, 19, 36, 77, 366, 380
- Thompson, A., 19, 36, 77, 366, 380
- Thompson, T., 60, 61, 36
- Thompson, M.C, 322, 380
- Todd, 309, 375
- Todorović, 46, 380
- Toth, 29, 47, 363, 366
- Travis, 94, 380
- Trebješanin, 23, 94, 131, 174, 187,
204, 212, 214, 215, 219, 319,
341, 346, 354, 380
- Turner, 360, 364
- Uzelac, 331, 332, 333, 334, 337, 338,
339, 346, 365, 380
- Vaselić, 37, 40, 50, 60, 61, 74, 75,
124, 126, 227, 229, 238, 304,
306, 363, 373, 381
- Vasta, 26, 381
- Vidanović, 55, 381
- Vidović, 130, 132, 133, 135, 137,
138, 141, 152, 153, 381
- Vlajković, 69, 381
- Vlašić-Cicvarić, 117, 381
- Vlatković, 133, 174, 381
- Votava-Rajić, 185, 377
- Vučković, 188, 372
- Vulić-Prtorić, 29, 37, 65, 381
- Vurnek Živković, 207, 208, 366
- Wadden, 150, 366
- Walker, 279, 325, 326, 364, 382
- Walsh, 69, 382
- Warner, 253, 373
- Weiner, 323, 328, 329, 382
- Wenar, 10, 28, 51, 97, 117, 123, 130,
132, 133, 134, 135, 141, 142,
143, 144, 148, 150, 221, 236,
237, 238, 244, 245, 246, 256,
257, 286, 320, 321, 322, 323,
325, 326, 327, 329, 382
- Whitaker, 41, 382
- White, 49, 50, 382
- Whitfield, 60, 61, 364
- Wicks-Nelson, 166, 382
- Williamson, 60, 61, 368
- Wilson, 150, 382
- Wing, 116, 382
- Wolin, 71, 382
- Woodward, 240, 372
- Wynne, 358, 382
- Yates, 129, 131, 383
- Yeh, 137, 371
- Zigterman, 226, 365
- Zarevski, 48, 366
- Zečević, 40, 381
- Zimmet, 143, 383
- Zinner, 204, 205, 383
- Zwi, 49, 373

Index pojmova

- adaptacija, 55, 67, 142
adolescencija, 57, 217, 223, 385
adolescenti, 156, 224, 265, 277,
284, 335, 353
adolescentna kriza, 341, 342
afazija, 91, 405
agresivnost, 45, 58, 62, 63, 85,
108, 114, 171, 197, 202,
208, 256, 257, 267, 268,
269, 270, 271, 273, 276,
282, 308, 313
alergija, 316
alkoholizam, 43, 63, 284, 386
anamneza, 201
anksiozni, 14, 84, 145, 158, 225,
226, 229, 230, 235, 235,
237, 243, 257, 306
anoreksija, 26, 129, 130, 131,
132, 134, 135, 137, 138,
142, 235, 386
apetit, 47, 129, 130, 131, 136,
141, 145, 152, 193, 232,
248, 251, 252, 257, 261,
262, 288, 292, 334, 348
apraksija, 187
Aspergerov sindrom, 83, 114,
115, 122, 123, 406
astma, 37, 302, 310, 311, 312
atipično ponašanje, 204
autizam, 16, 26, 82, 101, 104,
116, 117, 119, 120, 121,
122, 123, 153, 319, 374,
387, 393, 405
autoagresivnost, 276, 277
bihevioralna terapija, 171, 198,
264
bio-psiho-socijalni model, 387
bježanje, 161, 270, 336, 337
budnost, 155, 156, 157, 161, 162
bulimija, 26, 137, 138, 141, 150,
387
CNS, 87, 161, 169, 211
crtež ljudske figure, 80, 122, 325,
387
crtež porodice, 80, 171, 325
čitanje, 88, 93, 94, 95, 96, 192
defekacija, 181, 182, 273, 388,
390
defektolog, 6, 7, 80, 81, 96, 107,
388
delinkventno ponašanje, 45, 272,
276, 346
depersonalizacija, 299, 388, 399
depresija, 14, 21, 28, 29, 30, 46,
106, 137, 208, 247, 248,
249, 250, 253, 254, 255,
256, 257, 263, 264, 274,
285, 309, 311, 333, 335,
388

deprivacija, 284
 derealizacija, 388
 dijada, 388
 dijagnostička klasifikacija, 8, 368
 dijagnoza, 4, 83, 121, 136, 138,
 140, 203, 205, 253, 301,
 324, 335
 disfunkcionalna djeca, 42
 disgrafija, 81, 94, 95, 96, 187, 388
 diskalkulija, 81, 95, 196
 disleksija, 81, 93, 95, 96, 196, 388
 disocijativni poremećaji, 225,
 291, 296, 297, 298, 299,
 300
 djetinjstvo, 82, 226, 258, 406
 dojenče, 83, 119, 287, 389, 392
 Downov sindrom, 26, 106
 droga, 53, 265, 284, 289, 347, 348
 DSM-IV, 116, 174, 175, 195, 205,
 208, 218, 219, 230, 292,
 298, 299, 301
 DSM-V, 83, 240, 277, 278, 368

 EEG, 81, 91, 158, 171, 317, 390
 egzibizionizam, 217, 219, 220,
 389
 ekternalizujući, 84, 85, 322, 333,
 335, 336
 ekvifinalnost, 29, 30
 emocije, 27, 68, 100, 295, 348
 emocionalno funkcionisanje, 1,
 81, 149, 173, 321, 325
 enkopreza, 181, 182, 184, 185,
 186, 390

 enureza, 150, 166, 173, 174, 175,
 176, 177, 178, 179, 181,
 183, 259, 390, 407
 epilepsija, 37, 101, 102, 104, 126,
 176, 390

 fetišizam, 217, 218, 391
 fobije, 59, 236, 244, 246, 358

 gestovi, 43, 90, 91, 101, 119, 165
 gladovanje, 137
 glavobolja, 226, 242, 245, 262,
 264, 301, 302, 315
 gojaznost, 137, 141, 142, 143,
 144, 145, 146, 147, 148,
 149, 150, 151, 222, 318
 govorenje, 158
 granice, 6, 10, 15, 41, 42, 69, 146,
 192, 201, 269, 333

 halucinacije, 319, 320, 323, 399,
 400
 hermafroditizam, 223
 heteroagresivnost, 276
 hiperaktivni poremećaj, 79, 189
 hipersomnija, 161
 hipnagogna doživljavanja, 159
 homoseksualnost, 4, 221, 224
 hromozomi, 106, 222
 hronična stanja, 37
 hronični tok, 243, 250, 312, 320

 identifikacija, 151, 202, 214, 269,
 344, 392

identitet, 16, 20, 21, 41, 42, 56,
 83, 212, 214, 215, 216,
 217, 221, 223, 296, 297,
 298, 299, 300, 308, 327,
 341, 344, 358
 igračke, 23, 113, 118, 195, 234,
 355, 356
 incest, 217, 218, 219, 300
 integracija podataka, 80
 intelektualna efikasnost, 52, 93,
 96, 98, 103, 132, 140, 164,
 272, 278, 292, 322, 325
 inteligencija, 88, 98, 321, 393
 internalizujući poremećaji, 85
 intervju, 24, 71, 75, 76, 77, 78,
 80, 100, 121, 171, 196,
 216, 263, 290, 312, 393

 jezik, 10, 24, 25, 44, 45, 62, 70,
 83, 84, 87, 88, 89, 90, 92,
 94, 101, 109, 110, 115,
 116, 123, 132, 133, 219,
 314, 405

 kardiovaskularni poremećaji, 313
 kašnjenje u razvoju, 114, 115, 337
 klasifikacija, 1, 82, 83, 84, 109,
 196, 225, 250, 301, 333,
 374, 375
 klasifikacioni sistemi, 82, 362
 Klinefelterov sindrom, 222
 klinička procjena, 73, 74, 78, 106,
 121, 136, 147, 170, 179,
 185, 195, 202, 205, 234,
 263, 301, 361

 koeficijent inteligencije, 102
 kognitivni modeli, 24
 kognitivni razvoj, 82, 267, 335
 kognitivno-bihejvioralna terapija,
 235, 264, 275, 359, 360
 komorbiditet, 30, 137, 164, 178,
 184, 195, 196, 205, 232,
 235, 238, 257, 258, 306,
 373, 394
 kompulzije, 234
 komunikacija, 29, 43, 44, 45, 98,
 103, 113, 119, 164, 165,
 193, 260
 konstitucionalni tip djeteta, 34, 35
 konverzivni poremećaj, 291, 293,
 294, 295, 302
 koprofagija, 154
 koprololija, 204, 395
 Kriptorhizam, 222
 kriza, 12, 20, 21, 69, 289, 340,
 344, 358, 385
 kvalitativni poremećaji spavanja,
 161, 162

 latencija, 395
 liječenje, 4, 7, 10, 30, 112, 131,
 133, 141, 142, 179, 203, 232
 logoped, 80, 93, 96, 107, 121, 395

 ljubomora, 42
 ljutnja, 149, 311

 majka, 14, 35, 40, 52, 118, 120,
 130, 133, 134, 139, 140,
 144, 156, 157, 167, 178,

183, 193, 200, 201, 205,
212, 213, 218, 244, 251,
261, 278, 287, 313, 314,
315, 316, 324, 326, 327,
357
masturbacija, 213, 214, 223, 393
menarha, 395
mentalna zaostalost, 35, 82, 92,
97, 98, 99, 100, 101, 103,
104, 105, 107, 111, 114,
126, 208, 287, 362
mentalno stanje, 309
mentalno zdravlje, 3, 7, 8, 38, 42,
49, 61, 289, 365, 367
mericizam, 152, 153
migrena, 316
Minhauzen sindrom, 51
mišljenje, 11, 13, 25, 46, 80, 89,
100, 133, 135, 190, 195,
228, 236, 259, 307319,
321, 322
motivacija, 27, 39, 58, 59, 179,
180, 288, 365
motorika, 308
mucanje, 48, 57, 334, 407
multifinalnost, 29
mutizam, 126, 396, 406

narkomanija, 35
nasilje, 17, 53, 56, 61, 62, 63,
105, 106, 256, 268, 376,
377
naturalističke tehnike, 75
neorganska enureza, 173, 407

neorganska enkopreza, 181, 407
neprilagođena ponašanja, 340
nesanica, 161, 264, 393
nesuicidalno samopovređivanje,
277, 278, 375
neurorizična simptomatologija-
NRS, 130
neuroza, 10, 225, 234, 396
noćna mora, 166
noćni strah, 162, 164, 166, 168,
398

objektivnost, 74, 77
očevi, 51, 244, 245, 306, 314
odbacivanje, 45, 61, 192, 256, 257
odbrambeni mehanizmi, 13, 14
odnosi sa vršnjacima, 56
okulomotorna koordinacija, 121
opažanje, 236
opsesija, 232, 252, 397
opsesivno-kompulsivni
poremećaj, 137, 205, 208,
230, 232, 233, 234, 235
osjetljivost, 12, 26, 44, 56, 90,
198,231, 262, 308, 310,
312, 323

pamćenje, 1, 11, 100, 262
parafilije, 212, 217, 219, 398
pavor nocturnus, 162, 164, 398
pažnja, 10, 90, 120, 135, 156,
165, 188, 192, 220, 256,
272, 276, 280
pedijatar, 107, 121, 317
pedijatrija, 6, 381

pedofilija, 217, 219, 398
 percepcija, 11, 68, 252
 perinatalni, 106
 pika, 153
 pisanje, 88, 93
 polidipsija, 153
 poremećaji eliminacije, 173, 377
 poremećaji mišljenja, 234, 320,
 321, 322, 329
 poremećaji polnog identiteta, 83,
 214
 porodica, 5, 19, 20, 22, 27, 28, 35,
 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46,
 53, 54, 63, 67, 69, 70, 72,
 134, 135, 137, 138, 144,
 146, 157, 174, 176, 177,
 178, 186, 191, 244, 247,
 258, 261, 269, 272, 274,
 284, 306, 314, 327, 343,
 351, 358, 359, 361, 373,
 375, 377, 381
 porodična terapija, 264, 265, 274,
 288, 358, 375
 postnatalni, 106
 potištenost, 270, 334, 335, 347
 potomanija, 153
 povučen, 144, 185, 208, 251, 278,
 287, 311, 322, 328, 333,
 334, 335, 339
 prenatalni, 106
 prevalencija, 89, 91, 94, 99, 104,
 113, 117, 129, 130, 143,
 174, 181, 189, 198, 204,
 226, 231, 233, 240, 243,
 248, 249, 280, 295, 319,
 342, 349, 398
 prevencija, 112, 151, 235, 276,
 289, 363, 398
 prilagođavanje, 21, 109, 111, 126,
 212, 213, 222, 226, 349,
 385
 privrženost, 113, 119
 prognoza, 51, 111, 121, 126, 142,
 180, 186, 198, 203, 206,
 230, 235, 246, 265, 328,
 329, 331, 344
 projektivne tehnike, 79, 387
 protektivni, 67, 69
 psihijatar, 6, 8, 27, 51, 81, 107,
 121, 204, 289, 299, 353
 psihodinamski pristup, 232
 psihoedukacija, 141
 psihofiziološki, 35, 38, 59, 84,
 153, 226, 265, 301, 302,
 304, 305, 306, 307, 308,
 309, 310, 311, 317, 318,
 358
 psihomotorni razvoj, 103
 psihopatologija, 4, 6, 7, 8, 46,
 132, 141, 208, 381, 382,
 399
 psihoseksualni, 7, 211, 223, 248
 psihosomatski, 39, 45, 84, 227,
 229, 301, 304, 306, 373,
 374, 381
 psihoterapija, 75, 180, 186, 232,
 235, 274, 288, 353, 354,
 359, 370, 380

psihoza, 16, 203, 319, 336, 399
pubertet, 20, 37, 45, 57, 104, 114,
131, 137, 198, 211, 213,
214, 216, 217, 221, 228,
243, 281, 320, 339, 341
razvod roditelja, 35, 41, 43, 47,
48, 49, 61, 63, 140, 146,
159, 167, 175, 184, 208,
247, 252, 265, 279, 316,
332, 335,
razvojni poremećaji, 87, 92, 101,
104, 405
reakcije na gubitak, 258
regresija, 13
repetitivno, 116, 208, 399
rezilijentnost, 34, 67, 69, 70, 71,
72, 361, 369, 399
ritmičke radnje, 207
rizična ponašanja, 345, 365
rizični činioci, 33, 35, 67
sadizam, 220
sadamozohizam, 217, 220
samokontrola, 149
samopoštovanje, 30, 35, 45, 51,
149, 150, 186, 190, 252,
256, 285, 380
samopouzdanje, 51, 140, 173,
185, 256, 318, 327
samoubistvo, 265, 279
savjetovanje, 75, 107, 180, 186,
203, 265, 275, 354
seksualno zlostavljanje, 50, 51, 61
selektivno jedenje, 152

separaciona anksioznost, 4, 17,
29, 158, 230, 231
shizofrenija, 298, 319, 320, 327,
400
sindrom potpunog odbijanja,
hrane, 152
slika o sebi, 63
smetnje prilagođavanja, 340, 341
smetnje uspavlivanja, 157, 158
socijalizacija, 2, 56, 102, 124
socijalna fobija, 401
socijalni radnik, 81, 107
somatizacija, 291, 293, 401
somatoformni poremećaji, 225,
291, 294, 295, 296, 373
specifične fobije, 240, 241
stečena afazija, 91, 405
strahovi, 57, 131, 155, 157, 162,
166, 179, 232, 235, 237,
238
stereotipije, 114, 119, 204
strategije prevladavanja stresa, 68
suicidalno ponašanje, 279, 282,
284, 289
sumanute ideje, 322, 399
škola, 27, 39, 56, 57, 67, 108,
110, 111, 129, 189, 195,
280, 304, 354, 359, 371,
377, 381
školska fobija, 3, 38, 57, 242, 243,
246

Tarnerov sindrom, 222
 temperament, 26, 35, 36, 37, 67,
 68, 226, 231, 232, 238,
 240, 284, 317, 361, 366,
 372, 380, 402
 terapija, 5, 75, 171, 182, 198, 203,
 222, 232, 242, 264, 265,
 274, 275, 288, 300, 353,
 354, 355, 356, 357, 358,
 359, 360, 370, 375, 402
 testovi, 78, 79, 80, 97, 98, 101,
 106, 112, 134, 242, 311,
 312, 362, 394
 timski pristip, 81
 Turetov sindrom, 204, 205
 transseksualizam, 214, 215, 402
 transvestizam, 214, 216, 402
 traumatska iskustva, 33, 34, 74,
 239, 255, 380
 trudnoća, 211, 217, 272, 291
 učenik, 3, 38, 39, 58, 59, 62, 63,
 92, 95, 111, 122, 124, 125,
 126, 138, 144, 163, 167,
 192, 193, 200, 227, 229,
 238, 243, 277, 278, 280,
 291, 304, 315, 324, 337,
 350, 351, 374, 381
 učenje, 10, 13, 16, 23, 25, 58, 84,
 88, 89, 93, 117, 123, 124,
 125, 141, 173, 177, 189,
 196, 198, 203, 238, 243,
 249, 315, 316, 334, 356,
 361
 učitelj, 23, 56, 58, 67, 76, 77, 92,
 110, 188, 202, 271, 356
 učiteljica, 92, 93, 167, 193, 200,
 251
 upitnik, 79, 80, 121, 249, 263
 urođeni, 35, 169, 174, 222
 uspavljanje, 155, 156, 157, 252
 vaspitač, 56, 110, 184, 191, 213,
 353
 verbalni, 44, 45, 79, 80, 93, 121,
 139, 194, 261, 278, 292,
 315, 316, 322
 vještina, 187, 190, 197, 253, 255,
 264, 265, 296, 323
 voajerizam, 217, 219, 220
 Wechsler, 78
 zanemarivanje, 35, 49, 50, 53, 61,
 104, 135, 146, 337, 363,
 403
 zaštitni faktori, 361
 zavisnost, 2, 17, 18, 34, 43, 46,
 57, 78, 100, 107, 155, 169,
 187, 228, 245, 263, 274,
 312, 318
 zlostavljanje, 33, 35, 49, 50, 51,
 52, 53, 61, 300, 324, 335,
 363, 377
 zloupotreba, 61, 347, 358

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

159.97-053.2
159.97-053.6

ВАСЕЛИЋ, Нада, 1958-
Psihopatologija djetinjstva i mladosti / Nada Vaselić. - 2.
dopunjeno izd. - Banja Luka : Filozofski fakultet, Univerzitet u Banjoj
Luci, 2021 ([S. l. : s. n.]). - IX, 419 стр. : илустр. ; 24 cm

Тираж 150. - Dodatak: стр. 383-405. - Библиографија: стр. 363-382. -
Регистри.

ISBN 978-99976-38-60-1

COBISS.RS-ID 133872385