

Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djeteta

Žeger, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:228627>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-09-21**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI
STUDIJ**

**ANA ŽEGER
ZAVRŠNI RAD**

**EKSTERNALIZIRANI I INTERNALIZIRANI
PROBLEMI U PONAŠANJU DJETETA**

Čakovec, rujan 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Čakovec)

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Ana Žeger

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Eksternalizirani i
internalizirani
problemi u ponašanju djeteta**

MENTOR: dr. sc. Tea Pahić

Čakovec, rujan 2018.

SADRŽAJ

SADRŽAJ	1
SAŽETAK	2
SUMMARY	3
1. UVOD.....	3
2. POREMEĆAJI U PONAŠANJU	5
3. EKSTERNALIZIRANI POREMEĆAJI	6
3.1.Poremećaji ophođenja.....	6
3.2. Agresivnost.....	9
3.2.1. Teorije agresivnosti.....	12
3.2.1.1. Instinktivističke teorije.....	12
3.2.1.2.Frustracijske teorije agresivnosti	14
3.2.1.3.Teorije učenja	14
3.2.1.4. Kognitivno informacijske teorije	14
3.2.1.5. Biološke teorije agresivnosti	14
3.3. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj	15
4. INTERNALIZIRANI POREMEĆAJI.....	19
4.1.Strahovi u djetinjstvu	20
4.2. Socijalna povučенost	22
4.3. Depresija	23
5. RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI U RAZVOJU POREMEĆAJA U PONAŠANJU DJECE I MLADEŽI	27
5.1.Rizični čimbenici.....	27
5.2.Zaštitni čimbenici	29
6. PREVENCIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU	31
7. ULOGA DJEČJEG VRTIĆA U RANOM OTKRIVANJU POREMEĆAJA U PONAŠANJU	35
8. OBILJEŽJA OBITELJI U POJAVI POREMEĆAJA U PONAŠANJU	37
ZAKLJUČAK	39
LITERATURA	40
KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA.....	42

SAŽETAK

Tema ovog završnog rada odnosi se na eksternalizirane i internalizirane probleme u ponašanju djece. Cilj je ukratko definirati pojavu poremećaja u ponašanju, pojasniti pojam prevencije u okviru navedene pojave, opisati koncept zaštitnih i rizičnih čimbenika, ukazati na važnost uključivanja vrtića i obitelji u razvoj kvalitetnog i zdravog okruženja za odrastanje sve djece te na njihovu ulogu kao zaštitnog faktora u prevenciji razvoja poremećaja u ponašanju. Djeca mogu manifestirati različite oblike poremećaja u ponašanju. Iako se odrasli uglavnom fokusiraju na one koje vide izvana, odnosno eksternalizirane, isto tako moraju obratiti pozornost na one koji su unutarnji, odnosno internalizirani. Unatoč tome što se eksternalizirani prvi zamijete zbog toga što su djeca koja očituju taj problem sklonija pokazivanju emocija, ne smiju se zanemarivati internalizirani problemi koji su jednako ozbiljni i štetni za normalno funkcioniranje djece. Kako bi se spriječila pojava i razvoj istih vrlo je važno raditi na jačanju zaštitnih, odnosno smanjenju rizičnih čimbenika. Pojam poremećaja u ponašanju odnosi se na različite oblike reagiranja djeteta ili maloljetnika koje nisu u skladu sa očekivanjima u odnosu na dob, situaciju ili okruženje. Zahtijevaju dodatnu širu ili stručnu društvenu pomoć.

Ključne riječi: *poremećaji u ponašanju, eksternalizirani poremećaji, internalizirani poremećaji, prevencija*

SUMMARY

The theme of this final work is related to externalized and internalized problems in the behavior of children. The aim is to briefly define the appearance of behavioral disorder, to clarify the concept of prevention within the same, to describe the concept of protective and risk factors, to point out the importance of inclusion of kindergartens and families in the development of a quality and healthy environment for growing up and on their role as a protective factor in prevention of development of behavioral disorders. Children may manifest various forms of behavioral disorders. Although adults mainly focus on what they see outside, externalized problems, they must also pay attention to those who are internal. Despite the fact that externalized problems are first being noticed because children who manifest those tend to show emotion, one should not neglect internalized problems that are equally serious and detrimental for normal functioning of children. In order to prevent the occurrence and development of these, it is very important to work on strengthening of the protective factors, and on reducing of the risk factors. The concept of behavioral disorders refers to different forms of child or juvenile response that are not in line with age, situation, or environment expectations. They require additional broad or professional social assistance.

Key words: *behavioral disorders, externalised behavioral disorders, internalised behavioral disorders, prevention*

1. UVOD

Pojam poremećaji u ponašanju se odnosi na različite oblike reagiranja djeteta ili maloljetnika koje nisu u skladu sa očekivanjima u odnosu na dob, situaciju ili okruženje. Zahtjevaju dodatnu širu ili stručnu društvenu pomoć (Uzelac, 1995.).

Emocije utječu na ljudsko ponašanje i motivaciju, određuju životne ciljeve, ljudsku osobnost i način ophođenja s drugima, a emocionalno je doživljavanje od središnje važnosti za definiranje psihopatologije u djetinjstvu (Begić, 2014.). Poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji koji uključuju emocije pojavljuju se u dvije široke kategorije; jedna su eksternalizirani, a druga internalizirani poremećaji u ponašanju. Ta podjela nije stroga jer internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi nego su često i povezani. Eksternalizirani poremećaji u ponašanju očituju se kao nedovoljno kontrolirana ponašanja te uključuju ponašanja poput hiperaktivnog poremećaja, poremećaja ophođenja, agresivnosti i antisocijalnog ponašanja. S druge strane, internalizirani problemi u ponašanju odnose se na pretjerano kontrolirana ponašanja. Internalizirani poremećaji teže su uočljivi i dostupni opažanju kod djece i mladih, a odnose se na simptome poput depresivnosti, anksioznosti, povučenosti, sramežljivosti, osjetljivosti, pa u nekim slučajevima i suicidalnosti. Pojava nedovoljno kontroliranog ponašanja u većoj je mjeri karakteristična za dječake, a pretjerano kontrolirano ponašanje za djevojčice (Davison i Neal, 2002.).

Procesi koji vode do problema u ponašanju djece i mladih nisu u potpunosti predvidivi te mnogi problemi nisu povezani samo sa jednim čimbenikom već sa puno čimbenika u okolini koji su u kombinaciji sa raznim čimbenicima, karakteristikama i sposobnostima pojedinca. Mnoga djeca i mladi rastu uz postojanje mnogih čimbenika koji potenciraju njihovu ranjivost, ali isto tako i uz zaštitne čimbenike koji povećavaju mogućnost da će imati iskustvo suočavanja s problemima. Tu vjerojatnost treba označiti kao rizik (Bašić, Koller – Trbović, Uzelac, 2004.).

2. POREMEĆAJI U PONAŠANJU

Pojam poremećaji u ponašanju odnosi se na vrlo široku lepezu ponašanja različitih manifestacija, obilježja, intenziteta, trajanja, složenosti, opasnosti i/ili štetnosti. Jedna od prvih definicija poremećaja u ponašanju djece i mladeži kod nas, protekla je od profesorica Dobrenić i Poldrugač (1974.; prema Uzelac, 1995.) s Odsjeka za poremećaje u ponašanju Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prema autoricama, pojam poremećaji u ponašanju predstavlja skupni naziv za sve one pojave biološke, psihološke i socijalne geneze koje manje ili više pogađaju pojedinca i opasno utječu na druge pojedince i društvene organizacije (obitelj, dječje ustanove, školu, užu i širu zajednicu). Na sličan način mada donekle u širem kontekstu, prihvaćajući razmišljanja Pedičeka, Uzelac (1995., str.36) govori o poremećajima u socijalnom ponašanju i definira ih kao „ponašanje koje se znatnije razlikuje od uobičajenog ponašanja većine mladih određene sredine, ponašanje koje je štetno i/ili opasno kako za osobu koja se tako ponaša, tako i za njezinu širu okolinu, te ponašanje koje zbog toga iziskuje dodatnu stručnu i/ili širu društvenu pomoć radi uspješne socijalne integracije.

Zakovitosti u razvoju poremećaja u ponašanju moguće je pratiti u odnosu na okruženje, tj. sredine u kojima ih djeca i mladi izražavaju. Često je riječ o poremećajima koji se počinju očitovati u kući, obitelji, a zatim „šire“ preko vrtića i škole, na susjedstvo, društvo vršnjaka te lokalnu zajednicu. Poznato je da se poremećaji u ponašanju djece i mladeži najčešće razvijaju postupno od blagih, manje ometajućih i manje primjetnih prema težim i opasnijim poremećajima te su lako moguća odstupanja od tog pravila (Bašić, Žižak, Koller - Trbović, 2004.).

Istraživanjima u okviru dječje psihopatologije utvrđene su dvije široke skupine simptoma koje ukazuju na postojanje eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju djece (Davison i Neal, 2002.). Tako je povijesno interesantno da su te dvije široke dimenzije dječjih i adolescentnih problema već rano prepoznate od Horney i suradnika (1945.; prema Ollendick i King, 1994.; prema Bašić, Žižak, Koller – Trbović, 2004.) koji su govorili o djeci koja se „kreću prema svijetu“ (eksternalizirani) i djeci koja se „udaljavaju od svijeta“ (internalizirani).

Eksternalizirani i internalizirani poremećaji u ponašanju utvrđeni su kod djece iz različitih kultura.

3. EKSTERNALIZIRANI POREMEĆAJI

Eksternalizirani poremećaji očituju se kao nedovoljno kontrolirana i ekscesivna ponašanja te uključuju ponašanja poput hiperaktivnog poremećaja, poremećaja ophođenja, agresivnosti i antisocijalnog ponašanja. Nazivamo ih još i aktivnim poremećajima u ponašanju. Žižak, Koller-Trbović i Jeđud (2004.) u eksternalizirane oblike poremećaja u ponašanju svrstavaju i markiranje, krađu, ubojstvo, organizirani kriminal, razbojstvo, bježanje, oružane pljačke, seksualno maltretiranje, tučnjave, svađe, bacanje stvari, laganje, kršenje pravila te odgovaranje. Ovoj skupini poremećaja Bouillet i Uzelac (2007.) dodaju i prosjačenje te druženje s osobama asocijalnog ponašanja.

Djeca s ovim poremećajima imaju malu ili nikakvu kontrolu nad onim oblicima ponašanja za koje se očekuje da se u određenoj dobi mogu kontrolirati. Djecu koja manifestiraju poremećaje nedovoljno kontroliranog ponašanja opisujemo kao agresivnu, negativističnu, hostilnu, impulzivnu, a često dolaze i u sukob sa zakonom, pa njihovo ponašanje opisujemo kao kriminalno, a osobe s takvim ponašanjem imenujemo maloljetnim delikventima.

3.1. Poremećaji ophođenja

Pojava nedovoljno kontroliranog ponašanja u većoj je mjeri karakteristična za dječake (Davison i Neal, 2002.). Poremećaj ponašanja model je ponašanja, a ne izolirani incident kojim se krše osnovna prava drugih i društvene norme. Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem često prethodi pojavi poremećaja ophođenja.

Prema DSM-IV poremećaji ophođenja često su povezani s ranim početkom seksualnog života, alkoholiziranjem, pušenjem, upotrebom psihoaktivnih tvari te bezobzirnim i riskantnim djelima (Lebedina Manzoni, 2007.). Ovaj poremećaj je više od

svih drugih poremećaja u djetinjstvu definiran učinkom djetetova ponašanja na okolinu i druge osobe. Što se poremećaji ophođenja jave prije, to je vjerojatnije da će u odrasloj dobi osoba manifestirati antisocijalni poremećaj ličnosti.

Unazad 12 mjeseci moraju biti prisutna tri ili više obrasca ponašanja ponuđenih u kriterijima, a unazad 6 mjeseci barem jedan od navedenih obrazaca ponašanja za dijagnozu poremećaja u ophođenju:

1. Agresija u odnosu na ljude i životinje: često nasilje, prijetnje, ometanje drugih, često izbjegavanje fizičkih sukoba, korištenje predmeta kojima se mogu nanijeti drugima ozbiljne povrede (cigla, nož, razbijena boca, oružje), fizička okrutnost među ljudima, fizička okrutnost prema životinjama, pljačke, ucjene, razbojstvo, prisiljavanje druge osobe na seksualne aktivnosti.
2. Uništavanje imovine: podmetanje požara s ciljem nanošenja ozbiljne štete, namjerno uništavanje tuđe imovine.
3. Prijevarena i krađa: provale u tuđu kuću, zgradu ili automobil, laganje, prijevare, krađe bez suočavanja sa žrtvom.
4. Ozbiljna kršenja pravila: često ostajanje vani unatoč roditeljskim zabranama s početkom prije 13. godine, bježanje iz roditeljske kuće preko noći najmanje dva puta ili jednom bez povratka kroz duže razdoblje, bježanje iz škole, izbjegavanje školskih obaveza (Dodig-Ćurković, 2013)

Opsežna studija pod naslovom *Spolne razlike kod antisocijalnog ponašanja* na uzorku od 1000 ispitanika oba spola, u dobi od 3 do 21 godine, navodi zaključak o postojanju dva osnovna razloga za javljanje antisocijalnog ponašanja. Jedan razlog čine

neurološki razvojni problemi, s početkom u ranom djetinjstvu i zadržavanjem u kasnijem životu, a javljaju se kod muških ispitanika i imaju malu prevenciju u populaciji. Drugi razlog je karakterističan za oba spola i proizlazi iz konteksta socijalnih veza (Lebedina Manzoni, 2007.). Velika većina odraslih s antisocijalnim poremećajem ličnosti pokazala je takvo ponašanje i u doba djetinjstva, što pokazuje da sazrijevanje ne prati i spontano izlječenje. Međutim više od polovine djece s antisocijalnim ponašanjem nije izraslo u antisocijalne osobe što znači da poremećaj ophođenja nije ujedno i dovoljan uvjet za prisutnost poremećaja u ponašanju u odrasloj dobi.

Kao mogući uzročnici poremećaja spominju se genski faktori, utjecaj socijalnih i ekonomskih faktora, odnos roditelja i djece. Istraživanja potvrđuju značajnost uloge obitelji, bioloških utjecaja i kognitivnih faktora (Kendall, 2000.). Niz okolnosti kao što su nasilje u obitelji, roditeljsko odbacivanje, nedostatak discipliniranja i nadzora djece, bračni problemi, devijantno ponašanje roditelja, doprinose razvoju poremećaja ophođenja kod djece. Afektivni odnos između roditelja i djece u obiteljima djece s poremećajem ophođenja obilježen je malom količinom emocionalne topline i velikom količinom međusobnog neprijateljstva (Seydlitz i Jenkins, 1998.; prema Essau i Conradt, 2006.). U obiteljskom životu djece sa poremećajima ophođenja nedostaju ključni faktori za razvoj snažnog moralnog doživljaja. Djeca s poremećajima ophođenja imaju deficite moralne svijesti, antisocijalna djela smatraju uzbudljivim i nagrađujućim.

Razmatrajući poremećaje ophođenja, neizostavno treba imati na umu i sociološki kontekst iz kojeg određeni poremećaj proizlazi. Podaci dobiveni na uzorku američkih ispitanika, govore kako često život u gradu praćen nezaposlenošću, slabim mogućnostima školovanja, razjedinjenošću obitelji, utjecajima supkultura, doprinosi nastanku poremećaja ophođenja (Lebedina Manzoni, 2007.). Ovaj poremećaj nalazimo u svim zemljama svijeta a češći je kod osoba nižeg socioekonomskog statusa. Djeca s ovim poremećajem imaju smanjenu vještinu rješavanja problema, a ono što ih uvelike obilježava je procjenjivanje drugih kao agresivnih te smanjena mogućnost razmišljanja o rješavanju problema na socijalno prihvatljiv način.

3.2. Agresivnost

Kao jedan od najuobičajenijih eksternaliziranih problema u socijalizaciji djeteta javlja se agresivno ponašanje. Agresija je znak poremećaja u razvoju djece tek kad postane nekontrolirana i neprimjerena dobi. Agresivnost se općenito definira kao društveno neprihvatljivo ponašanje s namjerom da se nanese šteta ljudima ili imovini (Vasta i sur.,2004.). Prema Caplan i sur., (1991.; prema Essau i Conradt, 2006.) agresivno ponašanje počinje se pokazivati krajem prve godine života. Najčešće se pojavljuje kao instrumentalna agresivnost čija je posljedica oduzimanje igračaka drugoj djeci. Agresivno ponašanje koje se pojavljuje tijekom druge godine općenito je vezano uz igračke. Dodge i sur. (1984.; prema Essau i Conradt, 2006.) izvješćuju da su djeca tijekom odrastanja sve sposobnija razlikovati štetu koja je nanesena namjerno od one prouzročene slučajno.

Prema Crick i Grotper (1995.; prema Essau i Conradt, 2006.) i dječaci i djevojčice mogu biti prilično neprijateljski raspoloženi i agresivni, ali agresiju očituju na različite načine. Dječaci koji često slijede instrumentalne ciljeve s naglašenim suparništvom, s velikom će vjerojatnošću izazivati tučnjave, vrijeđati ili pokazivati druge oblike otvorene agresije prema onima koji ometaju njihov rad ili zadatke. Za razliku od njih, djevojčice se koncentriraju na ciljeve vezane uz odnose jer žele izgraditi bliske i intimne odnose s drugima. Zbog toga je njihovo agresivno ponašanje vezano us postizanje socijalnih ciljeva. Poznato je da zapadna kultura više tolerira agresivnost dječaka nego djevojčica te da se od dječaka više očekuje da svoju napetost rješavaju fizičkim metodama. Broidy i Agnew (1997; prema Dodig-Ćurković, 2013.) navode kako se razlike s obzirom na spol mogu dijelom objasniti različitim ulaganjem u odgoj i formiranje crta ličnosti kod muške i ženske djece. Međutim, vjerojatnost pojave problematičnog agresivnog ponašanja djeteta u najvećoj mjeri ovisi o odgojnim okolnostima, jer dijete agresivna ponašanja usvaja upravo putem opažanja i oponašanja modela iz svoje okoline.

Bouillet i Uzelac (2007.) navode kako se agresivna ponašanja kod djece, kao i kod odraslih općenito, pojavljuju u različitim oblicima i s različitom svrhom. Prema jednoj

od najpoznatijih i najčešćih podjela razlikuju se tri vrste agresije: fizička, psihološka i socijalna. Fizičko agresivno ponašanje uključuje sve vrste udaraca, guranja, razbijanja i sl.. Mala djeca češće izražavaju tjelesne oblike agresije koji uključuju postupke poput udaranja, grizenja, štipanja i guranja, a njihova agresivna ponašanja usmjerena su na pribavljanje onoga što žele, na primjer igračke (imaju instrumentalnu svrhu). Psihološko agresivno ponašanje uključuje verbalne uvrede, dobacivanja, ponižavanja pred drugima, prijetnje, ucjene i odbacivanja. Verbalna i fizička agresivnost ubrajaju se u direktne oblike agresivnosti jer je riječ o ponašanjima kojima agresor žrtvi nanosi povredu ili štetu u izravnom kontaktu. Pri socijalnoj ili indirektnoj agresivnosti šteta ili povreda žrtvi se nanosi posredno, obično ugrožavanjem njezinih socijalnih odnosa, nastojanjem da se ti odnosi ugroze (prema Bouillet i Uzelac, 2007.). Sukladno razvoju kognitivnih sposobnosti tjelesnu i instrumentalnu agresiju do polaska u školu sve više zamjenjuju postupci verbalne i neprijateljske agresije: pitanja vlasništva djeca sve češće rješavaju kompromisima, a kako su starija djeca sposobnija prepoznati neprijateljske namjere sve se češće osvećuju na neprijateljske načine.

Djeca koja žive u obiteljima s niskim socioekonomskim statusom, koja su opterećena roditeljskim sukobima i devijantnim ponašanjima, koja su izložena nekontroliranom i strogo kažnjavanju, zlostavljana, zanemarivana i napuštena djeca sklonija su agresivnom ponašanju (Mejovšek, Buđanovac i Šučur, 2001.; prema Bouillet i Uzelac, 2007.). Povezanost agresivnosti i socioekonomskog statusa izraženija je kod dječaka nego kod djevojčica (Bolger i sur., 1995.; prema Essau i Conradt, 2006.). Vjerojatnost pojave neadekvatnog discipliniranja veća je kod roditelja nestabilnih ličnosti ili kad je dijete teškog temperamenta. Agresivna djeca češće imaju permissivne majke koje su nedosljedne u svojim ponašanjima prema djeci pa stoga ne uspijevaju spriječiti djecu u iskazivanju ekstremno negativnog ponašanja. Također i neki suptilniji obrasci roditeljskog ponašanja mogu nenamjerno podupirati agresivno ponašanje djeteta. Tako, na primjer, izrazito topli i brižni roditelji mogu imati teškoća u postavljanju odgovarajućih granica djetetu koje pokazuje visoku razinu aktiviteta što posljedično, zbog nedovoljno razvijene kontrole impulsa, može rezultirati razvojem agresije kao stabilne crte ličnosti. Izvori agresivnog ponašanja su mnogobrojni, a kao dominantni

izdvajaju se oni koji proizlaze iz prirode čovjeka i socijalnog okruženja u kojem živi, pri čemu su iznimno važne obiteljske prilike (prema Bouillet i Uzalac, 2007.).

Agresivno ponašanje često je motivirano osjećajem ljutnje (bijesa), koju u predškolskoj dobi najčešće izazivaju frustracije u odnosima hranjenja, spavanja i primanja pažnje, prinuda u procesima navikavanja, ometanje inicijative, potrebe podjele predmeta s drugima i sl. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.). Djeca školske dobi osobito su osjetljiva na laganje, prijevare, zadirkivanje i zapovijedanje odraslih ili druge djece, zanemarivanje i ignoriranje od strane odraslih te na vlastitu nemoć. U adolescenciji ljutnju kod djece često izazivaju slične okolnosti, a posebno one kojima se ugrožava njihova autonomnost. U školskim se uvjetima djeca sklona agresivnom ponašanju mogu prepoznati po tome što su sklona neugodnim zadirkivanjima, podrugivanju, zastrašivanju, prijetnjama, vrijeđanju, ruganju, ismijavanju, zapovijedanju, guranju udaranju i sl.

Istraživanja hrvatskih znanstvenika, provedena na delikventnoj populaciji, upućuju na visoku razinu povezanosti agresivnog i delikventnog ponašanja. Primjerice, istraživanje osuđenih osoba koje su kaznu izdržavale u kaznionici u Lepoglavi, pokazalo je da su u tom uzorku najzastupljeniji rani oblici poremećaja u ponašanju upravo agresivni oblici ponašanja, odnosno: neposlušnost prema roditeljima, neposlušnost u školi ili na radnome mjestu, izazivanje tučnjave i sudjelovanje u tučnjavama u školi i na javnome mjestu, svađe u obitelji i u školi, drskost prema nastavnicima i sl. (Koller-Trbović, 1991.). Agresivne maloljetne počinitelje kaznenih djela s elementima nasilja karakterizira alkoholiziranost u vrijeme izvršenja kaznenog djela i izvršenje kaznenog djela na mjestima na kojima se okuplja veći broj ljudi (kolodvor, ugostiteljski lokali i objekti za zabavu, škola ili druga odgojna ustanova).

Kako navode Bouillet i Uzelac (2007.) važno je pomoći djeci/mladim osobama agresivnog ponašanja da promijene svoje neprijateljsko i negativno ponašanje, te stav prema vlastitom okruženju. Pritom je izuzetno važno jasno pokazati da agresivno ponašanje nije dopušteno i da se ne tolerira te dogovoriti jasna pravila ponašanja i dosljedno inzistirati na njihovu poštovanju. Inzistiranje na poštivanju pravila uključuje isticanje situacija u kojima dijete/ mlada osoba pravila poštuje. Odgovarajućom

reakcijom na kršenje pravila omogućavamo popravljanje počinjene štete, te kod djeteta/mlade osobe potičemo osjećaj samopoštovanja. Ono mora biti lišeno svakog kažnjavanja, vrijeđanja, zanemarivanja i nedosljednosti u odgoju.

3.2.1. Teorije agresivnosti

U psihologiji postoji veliki broj teorija koje pokušavaju objasniti uzroke nastanka agresivnosti. Prema Žužul (1989.) možemo ih podijeliti u nekoliko skupina:

- Instinktivističke
- Frustracijske
- Teorije učenja
- Kognitivno informacijske
- Biološke

3.2.1.1. Instinktivističke teorije

Njezini najznačajniji predstavnici dolaze iz psihoanalitičke škole i etološke teorije. Oni smatraju da agresivnost predstavlja urođeno ponašanje koje ima adaptivnu svrhu za pojedinca.

Freudova teorija agresivnosti

S. Freud (1959.) objašnjava agresivnost preko djelovanja dvaju instinkta: instinkta života (Erosa) i instinkta smrti (Thanatosa). Stalno prisutna želja za samouništenjem (autoagresivnost), koja postoji zbog djelovanja Thanatosa, preko djelovanja Erosa biva blokirana i prenesena na vanjske objekte. Što se češće agresivnost ispoljava prema drugima, manja je vjerojatnost pojave autoagresije. Čovjek je prema ovoj teoriji biološki

predodređen da uništava druge ili sebe, jer ga na to pokreću urođeni izvori ekscitacije u organizmu – nagoni ili instinkti.

Veliki nedostatak Freudove teorije agresivnosti je nemogućnost njezine empirijske, znanstveno utemeljene verifikacije (prema Žužul, 1989.).

Neopsihoanalitičke teorije agresivnosti

Hartman, Kris i Lowenstein (1949., prema Žužul, 1989.) govore o posebnom agresivnom instinktu koji predstavlja osnovni pokretač ljudskog ponašanja. Anna Freud razvija tzv. „hidraulički model“ agresivnosti, prema kojem uslijed neizražavanja agresivnog instinkta dolazi do nagomilavanja agresivne energije. Ono će trajati sve dok nakupljena energija ne bude dovoljna da rezultira agresivnim ponašanjem.

Frommova teorija agresivnosti

E. Fromm definira agresivnost kao svako ponašanje kojemu je cilj da se nanese šteta drugoj osobi te pritom dijeli agresivno ponašanje na benigno i maligno. Benigna agresivnost ili agresivno ponašanje je urođena, obrambena reakcija nužna za ostanak jedinke i vrste. Maligna agresivnost nije određena nasljeđem, biološki je štetna i za napadača i za žrtvu te je izaziva želja za razaranjem i uništavanjem (prema Žužul, 1989.).

Etološke teorije agresivnosti

Glavni predstavnik etoloških teorija je K. Lorenz, on također agresivnost doživljava hidraulički. Tvrdi kako se energija neprestano nagomilava u neuralnim centrima i kada je se skupi dovoljno dolazi do eksplozije, bez obzira da li je prisutan stimulans. Prema tome, vanjski podražaji i situacija u kojoj se nalazimo ne izaziva agresiju, već pojedinac traži ili stvara objekte na koje bi mogao ispoljiti već postojeću agresivnu energiju. Nedostatak njegove teorije je što za hidraulički model nema dokaza te što je ljudsko

ponašanje suviše kompleksno da bi se moglo proučavati tek promatranjem životinjskih vrsta (prema Žužul, 1989.).

3.2.1.2. Frustracijske teorije agresivnosti

Teoretičari frustracijskih teorija agresiju vide kao ponašanje koje se uvijek javlja kao odgovor na frustrirajuću situaciju, a ne kao rezultat djelovanja instinkta. Dollard i sur. definiraju frustraciju kao „stanje koje se javlja kada je određena cilju usmjerena reakcija spriječena“ (prema Žužul, 1989.) i pritom je veća kada su motivacija i očekivanja gratifikacija veća, a onemogućavanje postizanja cilja potpuno.

3.2.1.3. Teorije učenja

Iz aspekta teorija učenja agresivno ponašanje je u cijelosti naučeno, a usvaja se na tri načina: instrumentalnim učenjem (agresija je naučena zbog toga što dovodi do pozitivnog potkrepljenja), klasičnim uvjetovanjem kod kojeg se određeni podražaj iz okoline povezuje s agresivnim ponašanjem te učenjem po modelu (Žužul, 1989.).

3.2.1.4. Kognitivno informacijske teorije

Kognitivne teorije agresivnosti ističu ulogu kognicija u agresivnom ponašanju i sugeriraju da percepcija i interpretacija okolinskih događaja određuju hoće li pojedinac reagirati agresivnim ili nekim drugim ponašanjem (Žužul, 1989.).

3.2.1.5. Biološke teorije agresivnosti

Biološke teorije agresivnosti pokušavaju postojanje individualnih razlika u agresivnosti objasniti putem fizioloških čimbenika poput genetskih predispozicija,

utjecaja hormona i mehanizma zaduženih za kontrolu i inhibiciju agresivnog ponašanja (Žužul, 1989.).

3.3. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj

Hiperaktivni poremećaj je poremećaj s ranim početkom koji karakteriziraju kombinacija hiperaktivnog i loše usklađenog ponašanja s izrazitom nepažnjom i nedostatkom ustrajnosti pri izvršavanju zadataka, a koji se javlja u svim situacijama i vremenom trajanja (prema Lebedina Manzoni, 2007.). Većina djece tijekom razvoja pokazuje određene simptome pojačanog nemira, nepažnje ili impulzivnosti. Jedan je od najčešćih eksternalizirajućih problema djece, a zaokupio je i najviše pažnje stručnjaka, ali i nastavnika i roditelja. Iako u populaciji djece nalazimo odvojene poremećaje pažnje te poremećaj impulzivnosti i hiperaktivnosti, najčešća je kombinacija ova dva poremećaja poznata pod nazivom ADHD (attention deficit, hiperactivity disorder), tj. deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj. To nije razvojna faza koju će dijete prerasti, nije uzrokovana roditeljskim neuspjehom u odgoju, niti je znak djetetove „zločestoće“. Takozvana hiperaktivnost realni je poremećaj, problem, često i izvor zabrinutosti roditelja, nastavnika, a najviše same djece kod kojih je uočen poremećaj. Važno je razlikovati hiperaktivnost i pretjeranu aktivnost, normalno dječje ponašanje koje većina djece iskazuje u određenim fazama razvoja, najčešće u dobi od četiri godine. Iako hiperaktivna djeca obično bivaju zamijećena zbog impulzivnosti i hiperaktivnosti, radi kojih iskaču iz skupine vršnjaka, ozbiljne poteškoće koje doživljavaju zbog kratkog opsega pažnje mogu također imati dugoročne posljedice (Lebedina Manzoni, 2007.).

Osnovni simptomi i prateći modeli ponašanja zadržavaju se godinama, iako u otprilike polovice djece koja imaju taj poremećaj simptomi uvelike nestaju kako se približavaju odrasloj dobi.

Najčešće se spominju ova obilježja hiperaktivne djece (Cvetković – Lay, 2006.):

- motorički nemir ruku i nogu, vrpoljenje na sjedalu (u adolescenciji subjektivan osjećaj unutarnjeg nemira)
- teško sjedi mirno kad se to zahtjeva
- pozornost lako narušena vanjskim podražajima
- ima problema čekati da dođe na red u igrama ili skupnim situacijama
- često mu izleti odgovor na pitanje prije nego što ga do kraja domisli
- teško slijedi upute (ali ne zato što se protivi ili ih ne razumije)
- teško zadržava pozornost na zadaći ili aktivnosti
- često prelazi s jedne nedovršene aktivnosti na drugu aktivnost
- ne može se igrati mirno (tiho)
- često previše govori
- često upada u riječ, prekida tuđu igru
- često djeluje kao da ne sluša što mu se govori
- često gubi stvari nužne za zadaće ili aktivnosti u školi ili kod kuće (igračke, olovke, knjige i sl.)
- često se bavi fizički opasnim aktivnostima te ne uviđa moguće posljedice (npr. istrčava na cestu a da ne pogleda lijevo i desno)

Do poremećaja dolazi zbog nedovoljno razvijene sposobnosti inhibicije ponašanja, što se očituje kao razvojno neodgovarajući stupanj pažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti, a otežava samousmjeravanje i organizaciju ponašanja u odnosu na budućnost. Mnogi problemi hiperaktivne djece zapravo su uzrokovani nesposobnošću te

djece da zadrže koncentraciju dovoljno dugo kako bi mogla naučiti ono što je potrebno. Posljedice nesposobnosti koncentracije ne da se samo očituju u području obrazovanja i uspjeha u školi već i u domeni normalnih, zadovoljavajućih odnosa s članovima obitelji i prijateljima. Hiperaktivna djeca često imaju sposobnost da nauče potrebne vještine, ali im je potrebna pomoć kako bi uspjela zadržati pažnju dovoljno dugo da to i učine. Ona trebaju pomoć u tome da se kritički osvrnu na svoje neuspjehe, da ih sagledaju u pozitivnom svjetlu te na taj način promijene svoje osjećaje i sliku o sebi. S obzirom na svoje sposobnosti hiperaktivna djeca mogu manifestirati negativne osjećaje, što ne začuđuje jer zbog dosadašnjih iskustva i različitosti od druge djece hiperaktivna djeca često razvijaju nisko samopoštovanje. To ih često sputava u tome da postignu uspjeh, ali i da prepoznaju i prihvate činjenicu da su u nekim stvarima dobra ili uspješna. Mnoga hiperaktivna djeca imaju teškoće sa sklapanjem i održavanjem prijateljskih odnosa s vršnjacima, pa imaju vrlo malo prijatelja. Često je to posljedica njihove impulzivnosti i kratkog opsega pažnje, zbog kojih nisu u stanju naučiti socijalna pravila niti prepoznati socijalne znakove ni poruke (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Kako navode Bouillet i Uzelac (2007.) hiperaktivnost je prisutna kod djece, adolescenata i odraslih osoba, a prema nekim procjenama oko 5 do 10% djece i oko 3% odraslih imaju postavljenu dijagnozu hiperaktivnog poremećaja. Poremećaj je četiri do pet puta češći kod dječaka. Omjer se kreće oko 2:1. Međutim, kasnije se taj omjer smanjuje i gotovo se izjednačava. Neki autori smatraju da je ovakav nalaz posljedica činjenice da postoji veća vjerojatnost identifikacije poremećaja kod dječaka jer su dječaci češće nasilni pa se kod njih lakše zamijete poteškoće. Kod dječaka češće je naglašena hiperaktivnost za razliku od djevojčica kod kojih prevladavaju teškoće održavanja pažnje.

Hiperaktivna djeca često mogu biti vrlo kreativna i posjedovati posebne talente. Upravo je otkrivanje, naglašavanje i njegovanje područja kompetencije hiperaktivnog djeteta vrlo učinkovit način mijenjanja njegova niskog samopoštovanja. U praksi se često događa da se darovitost pojedine djece poistovjećuje s njihovom hiperaktivnošću zbog brojnih ponašanja koja su ista kod darovite i hiperaktivne djece (Tablica 1).

Tablica 1. Fenomenološke sličnosti darovite djece i djece s ADHD sindromom (Cvetković-Lay, 2006.; prema Bouillet i Uzelac, 2007., str. 213)

Ponašanja povezana s ADHD-om	Ponašanja povezana s darovitošću
<ul style="list-style-type: none"> teško zadržava pozornost gotovo u svim situacijama 	<ul style="list-style-type: none"> slabija pozornost, dosada i odsutnost (sanjarenje) u specifičnim situacijama
<ul style="list-style-type: none"> nedostaje mu ustrajnost u zadacima u kojima nema trenutačnog učinka 	<ul style="list-style-type: none"> niska tolerancija i neustrajnost u zadacima koje percipira kao previše lagane i nevažne
<ul style="list-style-type: none"> reagira impulzivno, ne može odgoditi zadovoljenje potrebe 	<ul style="list-style-type: none"> prosudbene moći (zrelost) nisu u skladu s naprednim intelektualnim razvojem, što može uzrokovati impulzivne reakcije
<ul style="list-style-type: none"> očituje smanjenu sposobnost da slijedi upute i kontrolira ponašanje u društvenim situacijama 	<ul style="list-style-type: none"> intenzivna narav može biti uzrok sukoba s autoritetima
<ul style="list-style-type: none"> aktivnije je i nemirnije od prosječnog djeteta 	<ul style="list-style-type: none"> očituju visoku razinu aktivnosti – trebaju manje sna
<ul style="list-style-type: none"> očituje poteškoće u slijeđenju pravila i normi 	<ul style="list-style-type: none"> skloni su preispitivati pravila, običaje, tradiciju

Nedvojbeno je da etiološka i fenomenološka složenost hiperaktivnosti iziskuje stručan, najčešće psihološki, i dugotrajan tretman. On će biti mnogo uspješniji ako je popraćen stručnim i vođenim procesom odgoja. U odgoju ove djece najvažnije je razviti osjećaj prihvaćanja i pomoći djetetu da nauči funkcionirati u različitim socijalnim okruženjima.

4. INTERNALIZIRANI POREMEĆAJI

Internalizirani problemi u ponašanju odnose se na pretjerano kontrolirana ponašanja. Takva ponašanja stvaraju više problema samom djetetu nego osobama koje ga okružuju. Teže ih je primijetiti jer dijete sve svoje strahove i probleme zadržava u sebi i najčešće se povlači iz društva. Osobe s ovim poremećajem manifestiraju strahove, napetost, sramežljivost, osjećaj nevoljenosti, inferiornost, tugu, povučenost i depresiju. Također, simptomi ovih poremećaja slični su simptomima aksioznosti i depresije kod odraslih osoba. Pojava pretjerano kontroliranog ponašanja u većoj je mjeri karakteristična za djevojčice. Djeca s internaliziranim poremećajima iskazuju više negativne emocionalnosti, deficite u prikladnim načinima reagiranja te visoku razinu inhibicije ponašanja (Lebedina Manzoni, 2007.).

Poremećaje pretjerano kontroliranog ponašanja možemo podijeliti na poremećaje ponašanja samog djeteta (njegovi strahovi ili depresivnost) i na poremećaje koji su uzrokovani vanjskim čimbenicima kao maltretiranje od strane druge djece ili pak zanemarivanje ili pretjerano kontroliranje od strane roditelja ili skrbnika (Lebedina Manzoni, 2007.). Ako je problem nastao uslijed nekih strahova ili depresije, dijete se o tome ne zna izraziti. Ako je pak problem u vanjskom čimbeniku, dijete se boji obratiti nekome za pomoć.

Prema Rijavac (2000.) važno je da se sa stvaranjem pozitivne slike o sebi započne vrlo rano i to već u roditeljskom domu. Obitelj bi trebala biti ta koja će osigurati rast i razvoj u sigurnom okruženju. Prema tome, roditelji mogu poboljšati samopoštovanje svoje djece osiguravajući im okolinu koja će poticati osjećaje autonomije, kompetencije i povezanosti, ali pretjeranom brigom ili pak zanemarivanje djetetovih osjećaja, roditelji mogu narušiti djetetovo samopoštovanje. Iz toga možemo zaključiti da neposredna okolina djeteta od najranije dobi može utjecati na djetetovo ponašanje u budućnosti.

Strahovi u djetinjstvu, socijalna povučenost i depresivnost tri su najčešća problema pretjerano kontroliranog ponašanja kod djece i mladeži, a sve poremećaje prati vrlo visok stupanj anksioznosti (Lebedina Manzoni, 2007.).

4.1. Strahovi u djetinjstvu

Strah je prva emocija koja se razvija u čovjekovu životu (Lebedina Manzoni, 2007.). Djeca doživljavaju strah i anksioznost kao normalne emocionalne izazove, a izraz su emocionalnog poremećaja samo ako su intenzivni, dugotrajni i interferirajući s ostalim ponašanjem. Osim toga važna je razlika između straha i anksioznosti. Prema Manzoni (2007.), strah ima svjesno percipiran objekt koji osobu plaši (primjerice sjena na zidu u kojoj dijete vidi čudovište) i radi se o sadašnjem trenutku. Kod anksioznosti nema objekta koji plaši i radi se o budućnosti.

Strah i anksioznost su emocionalne reakcije koje su povezane s ljudskom prirodom, a mogu se izraziti kroz razdražljivost, izljeve plača, agresije, osjećaja napetosti, nesanicu, osjećaj tjeskobe i sl.. Obično su praćeni osjećajem tjeskobe. Anksiozni poremećaji koji se jave u dječjoj dobi povećavaju rizik od kasnijih psihijatrijskih smetnji. Tijekom života okolina zahtjeva razvijanje novih vještina, uvjerenja i osjećaja, pa tako i strah i anksioznost prate nove izazove odrastanja i djeca iskustvom uče kako se s njima nositi u budućnosti.

U obiteljima u kojima roditelji ima anksiozni poremećaj, postoji čak do sedam puta veća vjerojatnost da će i samo dijete imati dijagnozu anksioznog poremećaja (prema Lebedina Manzoni, 2007.).

Najčešći poremećaji uzrokovani strahovima su separacijska anksioznost i školska fobija. Separacijska anksioznost je najčešća pojava kod djece od najranije dobi. Istraživanja obitelji potvrđuju da se separacijska anksioznost i školske fobije javljaju kod nametljivih roditelja i djece koja su previše ovisna. Ono što separacijsku anksioznost razlikuje od normalnog ponašanja je zabrinutost što bi se moglo dogoditi djetetu važnim osobama kada nisu uz njih. A upravo je temeljno obilježje anksioznog poremećaja pretjerana anksioznost zbog odvojenosti od osoba za koje je dijete vezano, najčešće od roditelja. Postoji bliska veza između anksioznosti i depresivnosti, anksioznih poremećaja i deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja te između određenih

oblika anksioznih poremećaja. Kod djece s anksioznim poremećajem mnogo češće se dijagnosticiraju jednostavne fobije, panični poremećaj, socijalne fobije i izbjegavajući poremećaj (Lebedina Manzoni, 2007.).

Povezanost i privrženost djeteta i odrasle osobe igra najvažniju ulogu u razvoju svakog pojedinca, a poremećaj u tom odnosu može imati neželjene posljedice. Osim za osobe, djeca se vole vezati i za predmete, npr. plišane igračke. Svatko od nas je u nekom razdoblju imao jednu igračku ili predmet koji je nosio posvuda, a kod većine djece je to plišana igračka. Djeca s anksioznim poremećajem zbog separacije najčešće dolaze iz obitelji koje su jako povezane, a takvu djecu obično se opisuje kao zahtjevnu, nametljivu, sa stalnom potrebom za pojačanom pažnjom (Lebedina Manzoni, 2007.).

Školska fobija se još naziva i odbijanje od škole i definira se kao neracionalna prestravljenost nekim aspektima školskih okolnosti, što je praćeno fiziološkim simptomima anksioznosti ili panike. Ovaj poremećaj ima ozbiljne posljedice na školski uspjeh i socijalne odnose s djecom, a može imati i dalekosežne posljedice za djetetov daljnji razvoj. Polazak u školu za djecu koja prije nisu imala većih i duljih kontakata sa svojim vršnjacima i koja se nisu odvajala od uže obitelji može biti vrlo stresan. Anksioznost zbog separacije često je glavni uzrok školske fobije. Međutim školska fobija može biti povezana i sa specifičnim strahom vezanim uz školu, školski okoliš, brigom o školskom uspjehu i osjećajem nelagode u društvu vršnjaka. Kod prevladavanja školske fobije ključni su odnosi u obitelji. Ako se na dijete od prvog dana postavi prevelik pritisak zbog uspjeha i time ga se zaplaši, prirodno je da se dijete neće ugodno osjećati i da će se bojati neuspjeha. No ako roditelji djetetu objasne kako je važno imati dobar uspjeh u školi i pritom mu objasne kako će to postići, nema razloga za strah. Pretpostavlja se da djetetovo odbijanje ili krajnja odbojnost prema odlasku u školu proizlazi iz nekog problema u odnosu majke i djeteta. Možda majka nesvjesno prenosi na dijete vlastitu anksioznost zbog separacije i nehotice potiče djetetovo ovisničko ponašanje i izbjegavanje škole. Waldon i sur. (1975.; prema Wenar, 2003.) zaključili su da skupina djece sa školskom fobijom pokazuju više separacijske anksioznosti, ovisnija je i depresivnija te ima veću količinu nerealno visokih očekivanja o sebi u usporedbi s djecom koja manifestiraju druge anksiozne poremećaje.

Osim samog polaska u školu, problem može predstavljati i takozvana ispitna anksioznost. Smatra se da je ispitna anksioznost posljedica prevelike odgovornosti koja je stavljena na dijete prilikom polaska u školu. Djetetu treba objasniti da je važno imati što bolje ocjene, ali dijete ne smije misliti da će biti kažnjeno ako dobije lošu ocjenu. Ako se dijete potakne da želi što bolje ocjene, ono će biti motivirano da zaista i postigne odlične rezultate (Lebedina Manzoni, 2007.).

4.2. Socijalna povučенost

Povučenost označuje ponašanje djeteta/mlade osobe koja je pretežito tiha, mirna, osamljena, mnogo mašta, nema stalne prijatelje, te često bira društvo starijih ili mnogo mlađih osoba. Zbog svoje stidljivosti, možda ne uspiju steći vještine niti sudjelovati u aktivnostima što su izvor zadovoljstva za većinu njihovih vršnjaka. Postoji nekoliko objašnjenja takvog ponašanja. Lebedina Manzoni (2007.) kao jedno od mogućih objašnjenja nudi način provođenja vremena prije javljanja problema. Naime, pretpostavlja se da su u razvojnoj dobi takva djeca većinu vremena provodila unutar vlastite kuće s odraslim osobama. Također pokazalo se da bebe s kojima majke puno razgovaraju postaju socijabilnija od one djece čije su majke uredno vodile brigu o njima, ali im pritom nisu puno govorile.

Emocionalni razvoj djeteta izložen je različitim utjecajima koji uključuju genske predispozicije, psihičke osobine roditelja, najranije traume (fizičke i psihičke naravi) obiteljske međudnose, dječje kognitivne procese i načine učenja ponašanja (Kendall, 2000.). Učenje po modelu jedno je od najčešćih objašnjenja pojave problema anksioznosti, Dijete može razviti određeno disfunkcionalno ponašanje upravo promatrajući i slušajući roditelja. Na taj način dijete može razviti anksiozni stil ponašanja bez direktnog iskustva u provokativnoj situaciji.

Siqueland, Kendall i Steinberg (1996., prema Kendall, 2000.) zaključuju da djeca koja imaju razvijen anksiozni poremećaj češće imaju roditelje koji odbijaju djetetu dati autonomiju i pretjerano kontroliraju djecu. Takvo ponašanje roditelja samo potkrepljuje

djetetovu povučenost i uskraćuje mu priliku da se samo za nešto izbori i tako stekne pozitivno iskustvo. Roditelji čersto griješe provođenjem vlastite volje nad djecom. Dječju energiju treba kvalitetno kanalizirati i poticati dijete na igru u kojoj će tu energiju moći potrošiti.

Manjak zadovoljavajućih socijalnih odnosa, rezultira neugodnim emocionalnim stanjem, a najčešće su posljedica nezadovoljenih potreba za pripadanjem i ljubavi. Krajnja točka oskudnih socijalnih veza i povučenosti jest usamljenost, odnosno izrazit manjak socijalnih odnosa. Usamljene osobe opisuju se kao nesretne, nezadovoljne životom, neprijateljski raspoložene prema drugima, sramežljive, zatvorene i sl.. Usamljenost je posljedica socijalne izoliranosti koja je djetetu nametnuta i kojoj se ono, u biti, ne uspijeva prilagoditi, pa njegova potreba za društvom i druženjem ostaje nezadovoljena.

4.3. Depresija

Depresija je jedan od najčešćih poremećaja danas. Vulić-Prtorić (2004.; prema Lebedina Manzoni, 2007.) depresiju opisuje kao stanje karakterizirano doživljajem tuge, neraspoloženja, žalosti, utučenosti, koje danas predstavlja univerzalno i sve učestalije životno iskustvo svake osobe. Međutim, depresija je mnogo više od normalne tuge i žalosti, ona je patološko stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u skladu s pretrpljenim gubitkom i izvorom emocionalnog problema. Povezuje se sa simptomima bezvoljnosti, gubitka smisla, izostanka veselja i životne energije, poremećajima spavanja, umorom i sl.. Depresiju možemo definirati u terminima kontinuuma od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje i neprestano se vraća.

Vulić-Prtorić (2004.; prema Lebedina Manzoni, 2007.) simptome depresije dijeli u četiri skupine:

- emocionalni simptomi (ispraznost, dosada, nagle promjene raspoloženja, osjećaj krivnje)
- tjelesni simptomi (manjak energije i umor, poteškoće spavanja, glavobolje i bolovi, smanjena učinkovitost)
- kognitivni simptomi (bespomoćnost, negativna samopercepcija, gubitak interesa, kognitivne distorzije, problemi koncentracije)
- bihevioralni simptomi (agresivnost, psihomotorni nemir ili usporenost, socijalno povlačenje, problemi u obiteljskim odnosima i školskom okruženju)

Etiologija internaliziranih poremećaja povezuje se s teorijskim modelima nastanka depresivnih poremećaja, odnosno s biološkim, kognitivnim, bihevioralnim, okolinskim, te danas najšire prihvaćenim dijateza-stres modelima nastanka depresije. Iz aspekta bioloških modela nastanka depresije uvjetovan je disfunkcijom neurokemijskih sustava u mozgu koji mogu imati nasljednu predispoziciju. Prema bihevioralnom modelu osoba ne dobiva dovoljno pozitivnog potkrepljenja od strane okoline pa stoga postaje pasivna, povlači se u sebe i pokazuje simptome depresije. Kognitivni modeli naglašavaju ulogu negativnog mišljenja u nastanku depresivnih poremećaja, pri čemu srž nastanka dječje depresije čini djetetova shema o sebi kao biću koje ne zaslužuje ljubav (Beck, 1995.; prema Kendall, 2000.). Okolinski modeli smatraju da se depresija javlja kao rezultat interakcije stresnih događaja i nedostatka percipiranepodrške od strane okoline. Dijateza-stres model je integrativni model koji sugerira da se uzroci depresivnosti mogu pronaći u interakciji bioloških i genetskih predispozicija s obiteljskim stresnim faktorima i osobnim kognitivnim distorzijama (Lebedina Manzoni, 2007.).

Iako je depresija kao poremećaj dugi niz godina pripisivan samo odraslim osobama, sve je veća prisutnost depresivnosti kod djece i mladih. Često se kod mirne i tihe djece ne primjećuju simptomi depresije. Na taj način se i sam poremećaj ignorira dok ne poprimi alarmantne razmjere. Za razliku od odraslih, kod mladih je sve veća učestalost pojave osjećaja krivnje i pokušaja samoubojstva. Iako ta izrazita depresivnost ne rezultira nužno suicidalnim ponašanjem, niz istraživanja ističu upravo depresivnost kao

najčešće identificiran faktor rizika za suicidalno ponašanje adolescenata (Davison i Neale, 2000.; prema Lebedina Manzoni, 2007.). Snažna je povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida sa depresivnošću i niskim samopoštovanjem koje se odnosi na kontekst vlastite obitelji. Obiteljske su veze snažno i dominantno povezane s emocionalnim zdravljem adolescenata i njihovim ponašanjem, uključujući i suicidalno ponašanje. Depresija kod mladih ljudi povećava rizik od samoubojstva, posebice kod osoba u dobi između 15 i 19 godina. No, čak i u mnogo mlađoj dobi, djeca mogu postati toliko očajna, toliko duboko izgubiti nadu da će se stvari popraviti, da pokušaju samoubojstvo.

Depresivni sindrom je relativno rijedak u ranom djetinjstvu, ali s vremenom postaje mnogo učestaliji poremećaj. Kashani i Carlson (1987.; prema Lebedina Manzoni, 2007.) ističu kako je kod oko 1% predškolaca moguće dijagnosticirati kliničke simptome depresije. U dobi od 6 do 12 godine taj postotak iznosi 2%, a u doba adolescencije naglo raste i dostiže postotak depresije koji bilježimo i kod odraslih osoba i iznosi 4 do 8%. Depresivni simptomi često se poklapaju sa simptomima drugih poremećaja kao što su anksioznost, poremećaji ophođenja, ovisnosti i separacijski problemi. Depresija ometa pamćenje i koncentraciju što rezultira lošijim uspjesima u školi. Djeci je teže obraćati pozornost na nastavu i zapamtiti naučeno. Što su djeca dulje deprimirana, to su im ocjene lošije kao i rezultati u testovima sposobnosti i znanja. Depresivnost kao poremećaj sve više je u porastu. Tijekom godina promatranja uočen je trend sve ranijeg javljanja depresije.

Kendall (2002.; prema Lebedina Manzoni, 2007.) navodi da su u predškolskoj dobi uglavnom prisutni neverbalni znakovi depresije (tužno i bezizražajno lice, dijete je neraspoloženo i rijetko se smije), a u ranoj školskoj dobi više su prisutne tjelesne pritužbe, strahovi i gubitak apetita. Razlike po spolu mijenjaju se u odnosu na dob. Depresija u dječjoj dobi može biti uvjetovana kombinacijom faktora koji su povezani sa zdravljem, životnim događajima, obiteljskom povješću, okolinom, genetskim predispozicijama i biokemijskim poremećajima.

Važno je što ranije početi sa tretmanima djece i mladih s poremećajem depresivnosti. Što se prije depresivnost uoči i što se prije počne sa tretmanom, veća je vjerojatnost kraćeg i obuhvatnijeg oporavka. Osim toga pristupi tretmanu depresija u dječjoj i adolescentskoj dobi razmatraju se u kontekstu prevencije depresivnosti u odrasloj dobi. U tretmanu i oporavku djeteta ili adolescenta ključnu ulogu ima obitelj. Izuzetno je važno da roditelji budu potpora. Također medikamentozna terapija koja se najčešće primjenjuje u terapiji depresije kod odraslih, ne daje gotovo nikakve rezultate u terapiji dječje depresivnosti. Uspješnost terapije značajno povećavaju kombinirani tretmani u kojima se prvenstveno radi na povećanju samopoštovanja, vještini suočavanja i kvaliteti odnosa s vršnjacima i roditeljima.

Lebedina Manzoni (2007.) navodi kako se kognitivno-bihevioralni program koji je razvio Stark (1990.) bazira na modelu samokontrole koji ublažava depresivne simptome i uči vještine koje mogu prevenirati buduće depresivne epizode. Pomoću raznih sredstava kao što su priče, crtani materijal, igranje uloga i sl., djeca uče prepoznati promjene raspoloženja te misli i ponašanja koja utječu na njihovo raspoloženje. Pretpostavka je da učenje vještina samokontrole mijenja negativističke aspekte mišljenja i ponašanja.

5. RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI U RAZVOJU POREMEĆAJA U PONAŠANJU DJECE I MLADEŽI

5.1. Rizični čimbenici

Rizični čimbenici definiraju se kao bilo koji utjecaji koji povećavaju vjerojatnost prvog pojavljivanja poremećaja, napredovanja prema vrlo ozbiljnom stanju a shvaćaju se i kao vjerojatnost, odnosno sigurnost za razvoj budućih problema (Bašić, 2009.). Rizični čimbenici odnose se podjednako na one iz područja prenatalnog i biloškog do širokih okolnosti i uvjeta života koji pogađaju djecu. Mogu se pojaviti ili egzistirati u jednom trenutku u vremenu kao stresni događaj i čak mogu biti korisni u određivanju rizičnog statusa djeteta. Rizični procesi su oni koji objašnjavaju gdje i kako rizični čimbenici dovode do visoke ranjivosti. Rizik se sve više definira i procjenjuje kao vjerojatnost da će se budući problemi smanjivati u ravnoteži između kompetencija djece i mladeži (otpornosti) i njihove rizičnosti (ranjivosti) (Bašić, 2009.).

Rizični čimbenici češće se javljaju kod onih mladih ljudi koji razvijaju i pokazuju različite oblike poremećaja u ponašanju. Čimbenici rizika označavaju sva individualna obilježja ili socijalno-ekonomske, kulturne, demografske i druge uvjete koji povećavaju vjerojatnost za upuštanje u kriminalno ponašanje u budućnosti. Odnose se podjednako na okolnosti iz područja prenatalnog i biološkoga te na široke okolnosti i uvjete života koji pogađaju djecu. Međutim neki smatraju da rizični čimbenici mogu biti i korisni zbog određivanja rizičnog statusa djeteta. Naime, sami rizični čimbenici daju malo informacija o tome kako je i zašto neko dijete u riziku, zbog tog razloga narasla je potreba za preventivskim istraživanjima kojima će se i kojima se objašnjavaju procesi djelovanja rizičnih čimbenika i njihov direktan ili indirektan utjecaj na negativne izlaze za djecu i mlade.

Williams, Ayers i Arthur (1997.; prema Bašić, 2009.) navode najčešće spominjane i u istraživanjima potvrđene rizične čimbenike koji utječu na razvoj poremećaja u ponašanju i drugih rizičnih ponašanja djece i mladih (Tablica 2.).

Tablica 2. Rizični čimbenici (prema Williams, Ayers i Arthur, 1997.; prema Bašić, 2009.)

Genski ili biološki	Individualni i vršnjački	Povezani sa školom	Povezani s obitelji	Povezani sa zajednicom
perinatalna trauma neurotoksičnosti	misli o delikventnom ponašanju	školski neuspjeh	problemi u obitelji	kronično nasilje u zajednici
alkohol ili droga (majka)	povezanost s delikventnim vršnjacima utjecaj vršnjaka	siromašno postignuće disciplinski problemi nedostatna privrženost školi	obiteljski konflikti povijest visoko-rizičnih ponašanja u obitelji neadekvatna ponašanja roditelja kao modela	siromaštvo ekonomska deprivacija kvaliteta stanovanja zdravstvena skrb socijalna skrb loše škole

Bašić (2009.) navodi kako su identificirana tri tipa rizičnih čimbenika: poveznici, koji su povezani s pojavom problematičnog ponašanja, prediktivni rizični čimbenici, koji prethode problematičnim ponašanjima, te kauzalni čimbenici, koji se mogu dokazati kroz eksperimente ili intervencije i pokazuju da vode prema promjenama u problematičnim ponašanjima.

Djeca koju njihovi odgajatelji, roditelji, učitelji i drugi percipiraju kao „zločestu“, „teško odgojivu“, „rizičnu“, zapravo su nesretna djeca koja nisu imala sreću doći na svijet željena ili su njihovi roditelji naknadno ustanovili da imati djecu nije ono šta su mislili pa su ih, nekompetentni za ulogu koju su si sami priskrbili, doživjeli kao kaznu. Svemu tome pridonosi i društvo koje lako prihvaća postojanje „zločeste“ djece, pa je razradilo njihovo kažnjavanje do detalja, a pri tome im nije dalo ona građanska prava koja imaju stvarni nositelji rizika. Rizični činitelji, najčešće kao i zaštitni, ne proizlaze iz djece kao takve, nego iz njihove okoline. Ponajprije roditelja i drugih značajnih čimbenika koji imaju presudan utjecaj na zadovoljavanje djetetovih potreba. Kada je riječ o djeci i njihovom ponašanju, a posebno o metodama discipliniranja, još uvijek se spominje batina. Osoba koja tako misli, osoba je bez znanja te se ne uklapa u suvremene odnose u kojima je stalno potrebno donositi kompetentne odluke, često presudne za vlastiti život i život drugih.

Stresni doživljaju u obitelji i izvan obitelji mogu toliko snažno promijeniti osobnost djeteta da genetska „predodređenost“ bude poništena. Doživljaj stresne situacije u značenju za dijete ovisi o djetetovim roditeljima i njihovoj kompetentnosti za suočavanje sa stresnim činiteljima. Samo suočavanje sa stresom je isto vezano za roditelje, dok je samostalno suočavanje sa stresom najčešće obilježeno potiskivanjem ili izbjegavanjem takvih situacija kad god je to moguće (Bašić, 2009.).

5.2. Zaštitni čimbenici

Howell (2003.; prema Bašić, 2009.) navodi kako su istraživanja rizičnih čimbenika za delikvenciju dovela do rasprava i investiranja u proučavanje onih utjecaja koji će stvoriti otpornike između prisutnosti rizičnih čimbenika i prvog pojavljivanja delikvencije. Upravo ti otpornici nazvani su zaštitnim čimbenicima, a djeluju na tri načina: djeluju kao otpornici rizičnih čimbenika, utječu na zaustavljanje uzročnih procesa kroz koje djeluju rizični čimbenici i djeluju prevenirajući inicijalno pojavljivanje rizičnih čimbenika.

Djeca koja su odrastala u visoko rizičnim uvjetima i situacijama ili su bila suočena sa stresnim ili traumatičnim događajima nisu razvila poremećaje ponašanja i u odraslosti nisu pokazivala probleme mentalnog zdravlja jer su posjedovala neke karakteristike osobnosti i/ili potporu u okruženju. Upravo su te karakteristike psihološke neranjivosti, dovele do novog pojma – otpornosti i proučavanja njegova značenja u relacijama rizik-zaštita. Teorijski svatko može biti sposoban, kompetentan, ali samo onaj tko je bio izložen velikim rizicima može se smatrati „otpornim“. Otpornost je sposobnost pojedinca da se uspješno adaptira usprkos riziku i nedaćama.

Čimbenici zaštite označavaju određene socijalno-ekonomske i kulturne čimbenike, kao i individualna obilježja, koji pomažu u zaštiti djece od vjerojatnosti upuštanja u kriminalna ponašanja u budućnosti (Vijeće Europe, 2000.; prema Bašić, 2009.). Pod zaštitnim čimbenicima podrazumijevaju se i sve prednosti koje mogu spriječiti ili smanjiti djelovanje rizičnih čimbenika, a uključuju višu inteligenciju, otporan temperament, blisku povezanost s prosocijalnim odraslima te izloženost jasnim i konstantnim standardima koji zabranjuju agresiju i zlouporabu sredstava ovisnosti. Zaštitni čimbenici smanjuju šanse da će dijete razviti poremećaje u ponašanju, a uključuju: dobru inteligenciju, laku dispoziciju i temperament, dobar odnos s roditeljima, braćom, učiteljima, vršnjacima, kvalitetan rad u školi, prijatelje i sl..

Za razvoj zaštitnih čimbenika izrazito je važna topla i pozitivna veza između roditelja i djece u ranom djetinjstvu. To mu omogućuje da suosjeća i s drugim osobama (njihovim afektivnim stanjem), i to je osnovni preduvjet za prosocijalno ponašanje. Uključivanje u izvanškolske aktivnosti te potpora važnih odraslih u zajednici, koji podupiru akademski uspjeh, odgovornost i samodisciplinu, povezani su sa smanjivanjem rizika za razvoj poremećaja u ponašanju i drugih problema, čak i onih koji žive u visokorizičnim situacijama (Bašić, 2009.)

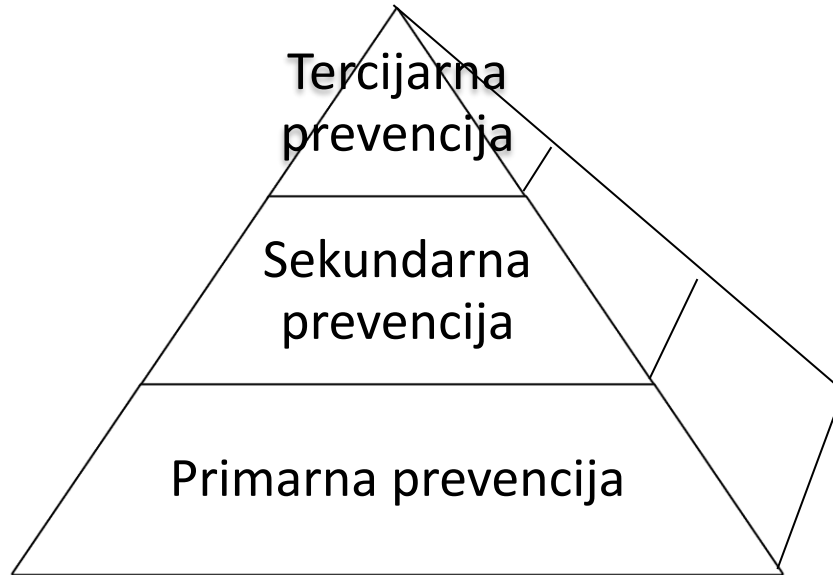
6. PREVENCIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Prema Bašić (2009.) prevencijom se smatra proces kojim se želi smanjiti incidencija poremećaja u ponašanju djece i mladih te rizičnih ponašanja djece i mladih. Odnosno, proaktivni proces koji osnažuje pojedince da zadovolje izazove životnih događaja, kreirajući uvjete kako bi promovirali zdrava ponašanja i životne stilove.

Gledano s aspekta poremećaja u ponašanju, delikvencije i drugih rizičnih ponašanja djece i mladih ovaj pojam obuhvaća intervencije, postupke i kontinuirano, sustavno djelovanje kojim se nastoji otkloniti, poništiti ili kompenzirati djelovanje rizičnih čimbenika te implementirati, razviti i ojačati zaštitne čimbenike. Dakle, ovim procesom želi se smanjiti incidencija i prevencija poremećaja u ponašanju te rizičnih ponašanja djece i mladih kojemu je cilj preveniranje ili odgađanje poremećaja, smanjivanje broja te smanjivanje problema povezanih s posljedicama tog poremećaja (Bašić, 2009.).

Na temelju postavke o zadovoljavanju odnosno nezadovoljavanju osnovnih dječjih prava pokušava se teorijski razviti ideja ranog otkrivanja i preveniranja poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Postoje tri razine prevencije, kako u mikrosustavu tako i u makrosustavu, određene su na svojoj prvoj razini ulaganjem u kvalitetu življenja koja je najznačajnije izražena kroz edukaciju roditelja. Znanja koja bi, uz određene socijalne vještine, trebalo omogućiti roditeljima odnose se na znanja o djetetu, roditeljskom funkcioniranju, sustavu obitelji i sustavu pomoći. Model prevencije shematski je prikazan kao trokut, koji je uz tri prevencije moguće primijeniti i na obitelji.

Bašić, Ferić i Kranželić (2001.) opisali su model prevencije shematski prikazan kao piramida (Slika 1).



Slika 1. Shematski prikaz razina prevencijske piramide (prema Bašić, Ferić, Kranželić, 2001.)

Model shematski prikazuje piramidu (trokut) usmjeren na stabilnost koncepcije, stabilnu viziju preventivnog pokreta ili kretanja prema ukupnosti ulaganja na svim razinama prevencije, od „normalnosti“, različitih razina rizičnosti do ozbiljnih rizičnih ponašanja i poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Razine prevencije slijede poznatu podjelu na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju.

U bazi piramide je primarna prevencija čije je osnovno obilježje ulaganje u kvalitetu življenja cijele populacije jedne zajednice kroz redovite socijalne i druge institucije, koje su organizirane kroz zadovoljavanje potreba djece, mladih i odraslih (vrtići, škole, institucije zabave). To je skup mjera za sprečavanje djelovanja onih negativnih čimbenika i okolnosti za koje se zna da mogu biti uzrokom pojave poremećaja u ponašanju djece i mladih, a koji postoje u različitim dijelovima psihološkog, socijalnog i fizičkog okruženja. Ujedno je to i ulaganje u prije elaborirana znanja i vještine koje pomažu u funkcioniranju obitelji kao sustava putem komunikacijskih procesa, osjećaja, zabave, pravila, vrijednosti, ljubavi, slobode i sl.. Ova razina odgovara tzv. univerzalnoj

prevenciji, odnosno univerzalnim preventivnim programima. Ključni čimbenici koji čine primarno preventivne programe uspješnima jesu: identificiranje potreba, razvijanje različitih strategija za zadovoljavanje tih potreba te povezanost mnogih institucija i servisa koji te potrebe zadovoljavaju. Osobitu pozornost treba posvetiti upravo ovoj razini, koja bi trebala predstavljati najveći prostor djelovanja. Smjeste li se u taj prostor obitelj, vrtić, škola, sportske i umjetničke organizacije, klubovi, ulica i sva ona mjesta u kojima pojedinac živi ili se s njima susreće, a pritom se udovolji zahtjevima kvalitete, dobit će se istodobno prostor kvalitetnog življenja koji je ujedno i široko polje prevencije poremećaja u ponašanju.

Na drugoj razini piramide nalazi se sekundarna ili ciljana prevencija, odnosno različiti programi ranih intervencija, ona ujedno upućuje na promatrani problem. Ova razina uključuje ulaganja i osnaživanja preko specifičnih programa za specifične uzorke rizične populacije ili populacije kod koje se zbog rizičnih uvjeta i postojanja rizika problemi na planu ponašanja tek očekuju ili su jako vjerojatni.

Na vrhu piramide (tercijarna prevencija) nalazi se ulaganje u specifične programe – intervencije za uzorke djece, mladih i odraslih osoba s razvijenim poremećajima u ponašanju čija složenost i trajanje određuju posebne programirane, specifične i složene tretmane.

Bašić (2009.) je, na temelju navedenog modela, predložila tri tipa prevencije: univerzalna, selektivna i indicirana preventivna intervencija. Univerzalne preventivne intervencije odnose se na opću populaciju i inicirane su na sve sudionike neke skupine. One su više integrirane u socijalni kontekst te ne utječu samo na ciljanu populaciju, nego i na buduće generacije djece kroz promjene u kontekstu i socijalizacijskom procesu. Selektivne preventivne intervencije usmjerene su na pojedince ili skupine koje su u riziku za razvoj poremećaja u ponašanju, a uključuju roditelje i rane programe u djetinjstvu, školi i zajednici. Indicirane preventivne intervencije namijenjene su visokorizičnim pojedincima kod kojih je identificiran minimalan simptom nekog poremećaja, ali za koji još nije dosegnut dijagnostički kriterij.

Treba uzeti u obzir kada se govori o poremećajima u ponašanju, da bi preventivni programi bili djelotvorni, trebaju objedinjavati tri različite razine preventivnog djelovanja (primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju), tri različita djelokruga djelovanja (lokalna zajednica, regija i država) i potrebe tri skupine korisnika (djeca, obitelj i šire socijalno okruženje) (Ajduković, 2000.).

7. ULOGA DJEČJEG VRTIĆA U RANOM OTKRIVANJU POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Poremećaji u ponašanju djece javljaju se vrlo rano i to kao djetetova reakcija na deprivacije u socijalnom polju i/ili rjeđe kao posljedica nekih organskih smetnji ili oboljenja. Upravo je vrtić mjesto koje prednjači ranom otkrivanju poremećaja u ponašanju pošto stručno osposobljeni djelatnici imaju jasniji uvid u ponašanje cjelokupne vrtićke populacije (Ljubetić, 2001.). Važno je i sudjelovanje roditelja, koji dobivaju jasniji uvid u ponašanje svoje djece u usporedbi s njihovim vršnjacima kada ona pohađaju vrtić nego kad borave samo u obitelji.

Kvalitetan vrtić mjesto je ispunjenja očekivanja, zadovoljenja potreba, ali i mjesto gdje se svi (dijete, roditelji, odgajatelji, stručno i ostalo osoblje i ravnatelji) osjećaju zadovoljno, kompetentno, sigurno, prihvaćeno i sretno. Prije svega, upravo je u takvom vrtiću moguće rano otkrivanje poremećaja u ponašanju predškolske djece, te planiranje i provođenje aktivnosti na uklanjanju uzroka i sanaciji, prije nego ta stanja prijeđu u patologiju. Odgojitelj stvara ugodno i pozitivno ozračje, zadovoljava dječje potrebe i organizira niz kreativnih i poticajnih aktivnosti, on je taj koji prvi (poslije roditelja) zapaža eventualna odstupajuća i rizična ponašanja predškolske djece. Kako bi uspješno preventivno djelovao na rizična ponašanja djece, odgojitelj mora znati prepoznati, razumjeti i pravilno odgovoriti na ponašanja, razvijanjem sposobnosti kooperacije i nenasilnog rješavanja sukoba, usklađenim odgojnim postupcima na relaciji obitelj-odgojna ustanova.

Dječji vrtić i obitelj nalaze se u temelju piramide, a samim time igraju i jednu od najvažnijih uloga u prevenciji poremećaja u ponašanju. Ulažući u njihovu kvalitetu, imajući u vidu njihovo interaktivno djelovanje, računajući na njihovu međusobnu potporu i nadopunjavanje te na zajednički cilj, dobivamo značajno, veliko i utjecajno mjesto primarne prevencije najosjetljivijeg dijela populacije.

Načini na koje vrtić može pomoći roditeljima u ranom otkrivanju poremećaja u ponašanju njihove djece te načini na koje vrtić može prevenirati i ublažiti poremećaje su (Ljubetić, 2001.):

- procjenjivati svoje dijete u različitim situacijama (igra s vršnjacima, komunikacija s djecom i odraslima, boravak na otvorenom i sl.) i uspoređivati njegove reakcije sa reakcijama i ponašanjima njegovih vršnjaka koji s njim dijele iste uvijete
- svakodnevno susretati roditelje koji imaju iste ili slične teškoće te mogu o tome s njima razmijeniti mišljenja i iskustva
- svakodnevno kontaktirati s odgajateljima, stručnom osobom koja sudjeluje u odgoju njegova djeteta i tako dobiti objektivniju procjenu djetetova razvoja i mogućih odstupanja
- roditelj može dobiti i specifičnu stručnu pomoć od stručnog tima vrtića koji čine: psiholog, defektolog, pedagog, medicinska sestra, a negdje i socijalni radnik (Ljubetić, 2001.).

8. OBILJEŽJA OBITELJI U POJAVI POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Obitelj je glavni zaštitni činitelj tijekom rasta i razvoja svakog čovjeka koji, preuzimanjem te uloge, ima zadatak kompenzirati, suzbijati i uklanjati činitelje rizika koji bi mogli imati pogubne posljedice na dijete u bilo kojem aspektu njegova života i djelovanja (Bašić, 2009.). No nisu rijetke situacije kad obitelj, iz najrazličitijih razloga, umjesto da bude zaštitni, postaje činitelj rizika pa može ugroziti skladan i zdrav razvoj u njoj rođene djece i tako dovesti novorođenog, malog čovjeka u apsurdnu situaciju da mora tražiti druge zaštitne činitelje izvan svoje obitelji kako bi ga zaštitili od vlastitih prokreatora. Obiteljska sredina je ona u kojoj se od samog rođenja vrši utjecaj na djetetovu osobnost i ponašanje te ostvaruje proces njegova odgoja. Mjesto prvih socijalnih dodira, izvor prvih spoznaja o svijetu koji ga okružuje. U obitelji dijete izgrađuje svoj lik, stječe ljubav, razvija odnose s drugim osobama, razvija svijest o dobru i zlu, uči prave životne vrijednosti te vrijednosti osoba oko sebe.

Obitelj je vrlo značajna kao odgojna sredina. Svijest o značenju uzora svome djetetu temelj je „odgovornog roditeljstva“, a odgovorno roditeljstvo temeljna je odrednica „zdrave obitelji“ (Ljubetić, 2001.). Nemoguće je definirati zdravu obitelj pošto se obitelj može promatrati s nekoliko gledišta, a još više ima činitelja (socijalni, materijalni, kulturni...) koji utječu na formiranje takve obitelji. Može se reći da zdrava obitelj čuva svoj identitet, stvara stabilne uvjete za razvoj potencijala svih članova, međusobno otvoreno komunicira u atmosferi ljubavi, topline i sigurnosti. U takvim obiteljima, roditelji nastoje odvojiti vremena za bavljenje aktivnostima koje će poboljšati njihov odnos s djecom, zadovoljiti potrebe djece i odraslih, stvoriti osjećaj zadovoljstva i povjerenja, osnažiti odnos obitelj-dijete, ostvariti dobru komunikaciju i nadzor nad djetetovim ponašanjem. Disfunkcionalnu obitelj karakterizira narušena dinamika odnosa koji se izražavaju u sukobima ili u zanemarivanju i zlostavljanju djece. Čimbenici koji su prisuti u takvoj obitelji, su čimbenici rizika.

Slabiji roditeljski nadzor i manja podrška koju roditelji pružaju djeci povezani su sa svim oblicima neprimjerenog ponašanja djece: učestalijim problematičnim ponašanjem u školi, devijantnim ponašanjem i uzimanjem alkohola. Djeca već u ranoj dobi mogu isprobavati neke oblike neprihvatljivog ponašanja. Uz roditeljsko razumijevanje, ljubav i podršku, za socijalizaciju društveno prihvatljivog ponašanja djece neophodan je dosljedni roditeljski nadzor i uključenost u svakodnevne dječje aktivnosti (Brajša-Žganec,2003).

Određena ponašanja djeteta, kao što su plakanje, guranje, razuman govor i sl., može dovesti do određenog ponašanja roditelja (šamar, ignoriranje, prigovaraje...). Obitelji s djecom koja očituju poremećaje u ponašanju ne razlikuju se od kontrolne skupine obitelji po tome kažnjavaju li djecu malo ili puno, nego po tome kako kažnjavaju (Bašić, 2009.). Roditelji asocijalne djece ne vežu kazne uz određeno ponašanje djece, oni ne postavljaju jasna pravila i ne kažnjavaju njihovo kršenje. Oni umjesto toga prigovaraju djetetu, čak i udarcima ili uskraćivanjem nekih poslastica. Međutim, pokazalo se da je bliski odnos sa oba roditelja najznačajniji činitelj zaštite u razvoju maloljetničke delikvencije.

ZAKLJUČAK

Ljudi trebaju ljude da prežive, djeca trebaju drugu djecu. Djeca trebaju odrasle, odrasli trebaju druge odrasle i društvo treba djecu. Trebamo istraživati, djelovati, mijenjati, poticati, biti kritični te okrenuti prema budućnosti (Bašić, 2000).

Proučavajući literaturu vezano za ovaj završni rad došla sam do zaključka da je problemima mladih ljudi potrebno prići znatno ranije nego se ti problemi na bilo koji način pojave. Posebnu pozornost treba usmjeriti na zaštitne čimbenike koji mogu olakšati suočavanje sa teškoćama, problemima i životnim situacijama, koji djeluju dobro na razvoj djeteta iako su prisutni rizični čimbenici. U organiziranju brige za djecu i u pružanju pomoći djeci, bitno je povezati sve čimbenike koji imaju bitnu ulogu za socijalizaciju djece i mladih te ih uključiti u aktivnosti namijenjene postizanju željenih ciljeva. U radu sa djecom potrebno je povezati i rizične i zaštitne čimbenike te sudjelovati u timskom radu kako bi bili uključeni svi aspekti problema.

Prepoznavanjem, uvažavanjem i zadovoljavanjem dječjih potreba, uključenošću u njihov svijet, pružanjem potpore u pronalaženju „općeg smjera kojim žele ići tijekom svog života“, očekivanjem najboljeg od djeteta i vjerom u njegove sposobnosti, pomažemo djetetu da upozna svoj svijet i da odabire ponašanja koja će dovesti do zadovoljavanja njegovih potreba. Kvaliteta života roditelja u velikoj mjeri određuje i kvalitetu života njihove djece. Suštinu razloga za nedovoljno rano otkrivanje poremećaja u ponašanju djece leže u osobinama ličnosti roditelja, njihovoj otvorenosti, negativnim osobnim osjećajima u vezi s pojavom poremećaja u ponašanju djece i doživljaju osobne nezrelosti za roditeljsku ulogu. Važno je provoditi programe edukacije roditelja za roditeljsku ulogu, a to se prije svega očekuje od društvenih institucija počevši od dječjeg vrtića. Svima je cilj i društva i roditelja isti, a to je zdravo dijete.

LITERATURA

1. Ajduković, M. (2000.). *Ugroženi razvoj adolescenata u obitelji i zajednici*. U: Juras, B. (ur.). *Položaj adolescenata u obitelji*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, ministarstva i mladeži, 109-121.
2. Bašić, J. (2009.). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.
3. Bašić, J., Ferić, M., Kranželić, V. (2001.). *Od primarne prevencije do ranih intervencija*. Zagreb: Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
4. Bašić, J., Žižak, A., Koller-Trbović, N. (2004.). *Prijedlog pristupa rizičnim ponašanjima i poremećajima u ponašanju djece i mladih*. U: Bašić, J., Koller-Trbović, N., Uzelac, S., (ur.). *Poremećaji u ponašanju: pristupi i pojmovna određenja*. Zagreb: Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 147-156.
5. Begić, D., (2014.). *Psihopatologija*. Jastrebarsko: Medicinska naklada
6. Berk, L. E. (2015.). *Dječja razvojna psihologija*. Zagreb: Naklada Slap.
7. Bouillet, D. (2007.). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Brajša-Žganec, A. (2003.). *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Cvetković-Lay, J. (2006.). *Darovita djeca s posebnim potrebama*. Zagreb: Bistrić-Centar za poticanje darovitosti djeteta.
10. Davison, G. C., Neale, J. M. (2002.). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Dodig-Ćurković, K. (2013.). *Psihopatologija dječje i adolescentske dobi*. Osijek: Svjetla grada.
12. Essau, C., A., Conradt, J. (2006.). *Agresivnost u djece i mladeži*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

13. Kendall, P. C. (2000.). *Child and adolescent therapy – Cognitive – Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
14. Koller-Trbović, N. (1991.). Uspješnost toka penološkog tretmana u relaciji s poremećajima u ponašanju u ranijoj životnoj dobi ispitanika. *Defektologija*, 28(1) : 33-45.
15. Lebedina Manzoni, M. (2007.). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Ljubetić, M. (2001.). *Važno je znati kako živjeti – rano otkrivanje poremećaja u ponašanju predškolske djece*. Zagreb: Alinea.
17. Rijavac, M. (2000.). *Čuda se ipak događaju - Psihologija pozitivnog mišljenja*. Zagreb: IEP d.o.o.
18. Uzelac, S. (1995.). *Osnove socijalne edukologije mladih s poremećajima u socijalnom ponašanju*. Zagreb: Segena.
19. Vasta, P., Haith, M. M., Miller, S. A. (2004.). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
20. Wenar, C. (2003.). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
21. Žižak, A., Koller-Trbović, N., Jeđud, I. (2004.). Poremećaji u ponašanju djece i mladih: perspektiva stručnjaka i perspektiva djece i mladih. U: Bašić, J., Koller-Trbović, N. i Uzelac, S. (ur.): *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 119-139.
22. Žužul, M. (1989.). *Agresivno ponašanje: psihologijska analiza*. Zagreb: Radna zajednica Republičke konferencije Saveza socijalističke omladine Hrvatske.

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Rođena sam 16. rujna 1993. godine u Bjelovaru, Republika Hrvatska. Odrasla sam i živim sa roditeljima u Utiskanima, malom mjestu pokraj Bjelovara. Školovanje sam započela 2000. godine u Osnovnoj školi Ivanska u Ivanskoj. Kroz sve razrede osnovne škole bila sam odlična učenica. Godine 2008. upisala sam Ekonomsku i birotehničku školu u Bjelovaru, smijer ekonomist. Nakon završetka srednje škole neko vrijeme radila sam u veterinarskoj ambulanti. Godine 2015. upisala sam studij Ranog i predškolskog odgoja na Sveučilištu u Zagrebu, Odsjek u Čakovcu. Uz studij radila sam kao pomoćnik učenicima s teškoćama.

Od 2005. godine aktivna sam članica DVD-a Križic uz čiju sam pomoć i podršku završila školu za ispitanog vatrogasca, a sudjelovala sam i na brojnim kvizovima vatrogasne mladeži. U slobodno vrijeme izrađujem krpene lutkice i ukrašavam drvene predmete decoupage tehnikom.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

IZJAVA

Ja, Ana Žeger, izjavljujem da sam završni rad na temu Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djeteta izradila samostalno, koristeći se vlastitim znanjem i navedenom literaturom.

Zahvaljujem se mentorici dr. sc. Tei Pahić za pomoć tijekom izrade rada.

Potpis: _____

IZJAVA

o odobrenju za pohranu i objavu ocjenskog rada

kojom ja _____, OIB: _____, student Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao autor ocjenskog rada pod naslovom: Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djeteta, dajem odobrenje da se, bez naknade, trajno pohrani moj ocjenski rad u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Sveučilišta te u javnoj internetskoj bazi radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu, sukladno obvezi iz odredbe članka 83. stavka 11. Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

Potvrđujem da je za pohranu dostavljena završna verzija obranjenog i dovršenog ocjenskog rada. Ovom izjavom, kao autor ocjenskog rada dajem odobrenje i da se moj ocjenski rad, bez naknade, trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim:

a) široj javnosti

b) studentima i djelatnicima ustanove

c) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

**Zaokružite jednu opciju. Molimo Vas da zaokružite opciju a) ako nemate posebnih razloga za ograničavanje dostupnosti svog rada.*

Vrsta rada: a) završni rad preddiplomskog studija

b) diplomski rad

Mentor/ica ocjenskog rada: _____

Naziv studija: _____

Odsjek : _____

Datum obrane: _____

Članovi povjerenstva: 1. _____

2. _____

3. _____

Adresa elektroničke pošte za kontakt: _____

U Čakovcu, _____

(vlastoručni potpis studenta)

U svrhu podržavanja otvorenog pristupa ocjenskim radovima trajno pohranjenim i objavljenim u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, ovom izjavom dajem pravo iskorištavanja mog ocjenskog rada kao autorskog djela pod uvjetima *Creative Commons* licencije:

- 1) CC BY (Imenovanje)
- 2) CC BY-SA (Imenovanje – Dijeli pod istim uvjetima)
- 3) CC BY-ND (Imenovanje – Bez prerada)
- 4) CC BY-NC (Imenovanje – Nekomercijalno)
- 5) CC BY-NC-SA (Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima)
- 6) CC BY-NC-ND (Imenovanje – Nekomercijalno – Bez prerada)

Ovime potvrđujem da mi je prilikom potpisivanja ove izjave pravni tekst licencija bio dostupan te da sam upoznat s uvjetima pod kojim dajem pravo iskorištavanja navedenog djela.

(vlastoručni potpis studenta)