

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

**INTERNALIZIRANI POREMEĆAJI KOD DJECE I
ADOLESCENATA**

Završni rad

Eila Elezović

Mentor: doc. dr. sc. Lara Cakić

Osijek, 2018.

SADRŽAJ

Sažetak	1
Summary	2
1. Uvod	3
2. Internalizirani poremećaji	4
2.1. Anksiozni poremećaji.....	5
2.1.1. Strahovi.....	6
2.1.2. Separacijska anksioznost.....	7
2.1.3. Socijalna povučenost.....	7
2.1.4. Terapija anksioznih poremećaja.....	8
2.2. Depresivni poremećaji.....	8
2.2.1. Terapija depresivnih poremećaja.....	10
2.3. Suicid.....	10
2.3.1. Prevencija suicida.....	11
3. Psihosomatski simptomi	13
4. Etiologija internaliziranih poremećaja	14
4.1. Odnos roditelja i djeteta.....	15
4.2. Odsustvo odnosa roditelja i djeteta.....	15
4.3. Psihopatologija kod roditelja.....	16
4.4. Sukobi među roditeljima.....	17
4.5. Školsko okruženje.....	17
4.6. Socioekonomski status.....	18
5. Prevencija internaliziranih poremećaja	19
6. Zaštitni čimbenici	20
7. Zaključak	21
8. Literatura	22

Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata

Sažetak

Internalizirani poremećaji odnose se na ona ponašanja koja se pretjerano kontroliraju te su usmjerena prema samome sebi. Anksioznost, depresija te suicidalnost najučestaliji su internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata. Djeca koja imaju neki oblik internaliziranog poremećaja nemaju dovoljno razvijene socijalne odnose, povučena su, te su kod njih izraženi strah, tuga i somatski problemi. Simptomatologija internaliziranih poremećaja teže je uočljiva, te zbog toga dolazi do kasnog identificiranja poremećaja kod velikog broja djece, što može rezultirati lošijim mentalnim zdravljem u odrasloj dobi i komorbiditetom s drugim poremećajima. Rizični čimbenici u djetetovu okruženju mogu doprinijeti nastanku i napredovanju ovih poremećaja, a također je naglašena važnost njihovog pravovremenog uočavanja. Preventivni programi temelje se na interdisciplinarnom pristupu kojim se nastoji zaustaviti ili spriječiti nastajanje problematičnog ponašanja kod djece. Navedeni su i brojni zaštitni čimbenici u obiteljskom, vrtićkom i školskom okruženju.

Ključne riječi:

adolescenti, djeca, internalizirani poremećaji, preventivni programi, rizični čimbenici, zaštitni čimbenici

Internalized disorders in children and adolescents

Summary

Internalized disorders are related to behavior that are excessively controlled and directed toward oneself. Anxiety, depression and suicidal thoughts are the most common disorders in children and adolescents. Children who have some kind of internalized disorder have underdeveloped social relationships, are withdrawn, with pronounced fear, and sadness and somatic problems are expressed. The symptomatology of internalized disorders is hard to notice, and therefore a large number of children with internalized disorders are late-identified, which can result in poorer mental health in adulthood and comorbidity with other disorders. Risk factors in the child environment can contribute to emergence and progress of these disorders, have been highlighted, and the importance of their timely observation is also emphasized. Preventive programs are based on an interdisciplinary approach to stop or prevent the emergence of problematic behavior in children. Numerous protective factors in the family, kindergarten and school environment are also listed.

Keywords: adolescents, children, internalized disorders, prevention programs, protect factors, risk factors

1. Uvod

Poremećaji u ponašanju dijele se u dvije velike kategorije: eksternalizirani, koji su usmjereni prema djetetovoj okolini, te internalizirani, koji su usmjereni prema samome djetetu. Internalizirani poremećaji teže su uočljivi jer ne predstavljaju opasnost za druge osobe i mnogi ih ne primjećuju. Karakteriziraju ih simptomi poput povučenosti, depresivnosti, prekomjernih strahova, prekomjerne senzibilnosti i suicidalnosti.

2. Internalizirani poremećaji

Prema Bouilletu i Uzelcu (2008) internalizirani poremećaji ili pretežno pasivni poremećaji u ponašanju odnose se na ponašanja koja se pretjerano kontroliraju i usmjerena su prema sebi. Prema Achenbach i Edelbrock (1984; prema Ashford, Smit, van Lier, Cuijpers i Koot, 2008) internalizirani poremećaji jesu intrapersonalni poremećaji, kao što su anksioznost, depresija te pretjerani strahovi koji se pojavljuju do šesnaeste godine. Prema Costello, Compton, Keeler i Angold (2003; prema Ashford i sur., 2008) otprilike 15% djece ima neki oblik emocionalnog poremećaja. Prema Slemming, Sorensen, Thomsen, Obel, Henriksen i Linnet (2010; prema Brumariu i Kerns, 2010) anksioznost i depresivnost tipični su internalizirani poremećaji, češći su među poremećajima koji se javljaju u djetinjstvu i adolescenciji, a njihov je utjecaj na opće zdravlje iznimno značajan. Prema Brumariu i Kerns (2010) internalizirani poremećaji povezani su sa zdravim razvojem i prilagodbom djeteta. Visoka anksioznost može rezultirati izbjegavanjem razvojnih aktivnosti tipičnih za određenu djetetovu dob, a također se povećava rizik za komorbiditet s drugim anksioznim poremećajima, depresijom ili drugim poremećajima u ponašanju te poteškoćama u prilagođavanju društvenim normama (Albano, Chorpita i Barlow, 2003; Fonseca i Perrin, 2001; Ollendick, Shortt i Sander, 2005; prema Brumariu i Kerns, 2010). Djeca s internaliziranim poremećajima koja imaju problem s regulacijom emocija, odnosno slabo pokazuju emocije, znakove depresije, često plaču, ponašaju se neprimjereno te imaju neprimjerene odgovore na frustraciju. Nadalje, ta djeca pokazuju nefleksibilnost, izraženu anksioznost i strah u ponašanju, imaju problema u mehanizmima suočavanja sa stresom, destruktivnom ponašanju prema sebi te pokazuju preveliku ili vrlo malu osjetljivost ili izraženu zabrinutost (Wittmer, Doll i Strain, 1996; prema Brajša-Žganec, 2003, str. 42). Više istraživanja utvrdilo je da su internalizirani poremećaji u djece povezani s tjeskobom, slabom regulacijom emocija te izrazito inhibiranim ponašanjem (Kennan i Shaw, 1997; Kennan i sur., 1998; prema Brajša-Žganec, 2003, str.42). Ta djeca manifestiraju više negativnih emocija tuge, bijesa, srama i stidljivosti, tako da pojava internaliziranih poremećaja uključuje negativnu afektivnost, odnosno emocionalnost, nedostatak primjerenih načina reagiranja kao i visoku razinu inhibicije ponašanja (Eisenberg, Fabes i Losoya, 1997a; Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard, 2001; prema Brajša-Žganec, 2003, str. 42). Prema Kazdinu (1990) djeca koja imaju neki oblik internaliziranih poremećaja pokazuju izražen strah, tugu i somatske probleme te povučenost u socijalnim odnosima. Novak i Bašić (2008) navode internalizirane poremećaje kod djece i adolescenata kao teže uočljive i teže dostupne

opažanju okoline. Također ih navode kao važan prediktor mentalnog zdravlja te ishoda za budućnost. Poteškoće djece s internaliziranim poremećajima često se teže prepoznaju zbog načina manifestacije poremećaja. Primjerice, učiteljima ne predstavljaju smetnju tijekom nastave, drže ih mirnima, a roditelji ne pridaju dovoljno važnosti toj simptomatologiji. Zbog toga se kod velikog broja djece kasno otkrivaju ovi poremećaji, što može rezultirati lošijim mentalnim zdravljem u odrasloj dobi, težim kliničkim slikama, većem broju komorbiditeta s drugim poremećajima, većim stopama hospitalizacije u ranoj odrasloj dobi i ozbiljnom javnozdravstvenom teretu. Prema Oatleyu i Jenkinsu (2003) novija istraživanja pokazala su da u zemljama zapadne civilizacije približno 10% djece i adolescenata ima depresivni poremećaj, od 2 do 9% djece pokazuje specifične fobije, a 2 do 5% djece pokazuje klinički značajne anksiozne simptome. Dwyer, Nicholson i Battistutta (2006) navode da postoje dokazi da su i roditelji i učitelji posebno nesigurni u prepoznavanju internaliziranih poremećaja kod djece. Utvrdili su da roditelji točno identificiraju samo 30 do 46% djece koja imaju internalizirane poremećaje u ponašanju, a učitelji još manje – 26 do 34%. Autori također navode edukaciju i senzibiliziranje učitelja ključnim za preventivne akcije.

2. 1. Anksiozni poremećaji

Gregurek, Varda i Đanić (2001) karakteriziraju tjeskobu (anksioznost, ustrašenost) kao bolno stanje bespomoćnosti i nezaštićenosti. Definiiraju je kao stanje napetosti, zabrinutosti, očekivanja da će se nešto strašno dogoditi. Anksioznost karakterizira vrlo neugodno proživljavanje u kojem osoba nije svjesna niti izvora niti objekta svoga straha te predstavlja anticipaciju nesnosnog stanja preplavljenosti vanjskim i unutarnjim silama. Osjećaj tjeskobe, zajedno s organskim i fiziološkim smetnjama, tj. sa sekretornim i motoričkim pražnjenjem, obuzima osobu i u najtežim slučajevima predstavlja nepodnošljivo stanje i neusporediv doživljaj. Prema Boričević-Maršanić (2013) dječji strahovi podrazumijevaju subjektivne osjećaje nelagode te popratne fiziološke promjene koje se pojavljuju kao reakcija na određenu prijeteću pojavu. Autori navode izbjegavanje situacija koje izazivaju strah kao čest način odgovora na strahove. Prema Vulić-Prtorić (2002) osjećaj koji se javlja kada je izvor straha nespecifičan, kontinuiran te utječe na neprestano očekivanje nepoznate prijeteće predstavlja anksioznost. Prema Boričević-Maršanić (2013) o anksioznom poremećaju govori se kada strah i anksioznost značajno utječu na funkcioniranje djeteta, ometaju normalan psihosocijalni razvoj te dovode do teškoća u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju.

Anksiozni poremećaji su među najčešćim poremećajima dječje i adolescentne dobi. Različitim istraživanjima utvrđeno je da se javljaju kod 8 do 9% opće populacije (Bernstein i Borchardt, 1991; prema Wenar, 2003). Prema Vulić-Prtorić (2003) anksioznost se očituje kroz tjelesne (kardiovaskularne, gastrointestinalne i respiratorne), emocionalne, kognitivne i bihevioralne reakcije. Najčešći simptomi anksioznosti su ubrzan rad srca, osjećaj neugode, nesigurnosti, površnije disanje, zabrinutost, negativno iščekivanje ishoda, izbjegavanje stereotipije i slaba koordinacija. Prema Bernstein i Borchardt (1991; prema Wenar, 2003) anksiozni poremećaji češće se pojavljuju u određenim obiteljima. Djeca roditelja s anksioznim poremećajima imaju sedam puta veću vjerojatnost da će dobiti dijagnozu anksioznog poremećaja od zdrave kontrolne skupine, te dvaput veću vjerojatnost od djece depresivnih majki.

2.1.1. Strahovi

Nikić (1994) navodi strah kao jednu od primarnih emocija, uz radost, tugu, sram, ljutnju i ljubav. Strah ima jaku motivacijsku snagu, a svi ljudi ga više ili manje doživljavaju u svim životnim razdobljima. Budući da je strah jedna od temeljnih emocija, pokazuje različite načine djelovanja koje uzrokuje vegetativni živčani sustav. Prije se mislilo da je srce sjedište straha i tjeskobe, no ispostavilo se da su poremećaji srčanog ritma posljedica, a ne uzrok straha. Prema Vulić-Prtorić (2002) strah u djetinjstvu česta je pojava te dijagnoza nije utemeljena ako ne postoji značajnije ometanje u svakodnevnom funkcioniranju djeteta, tj. ukoliko određeni strah ne uzrokuje značajnije smetnje dijagnoza se ne postavlja. Za pravilan pristup dijagnostici, tretmanu i proučavanju strahova i anksioznosti neophodno je strahove promatrati s obzirom na spol i dob djeteta, pa se ovisno o dobi djeteta dijagnosticira anksiozni poremećaj ili fobija. Kada specifične strahove prate izbjegavajuća ponašanja i kada strahovi rezultiraju socijalnim ili funkcionalnim poteškoćama dijagnosticira se fobija. U ranoj dojenačkoj dobi reakcije straha mogu se smatrati urođenima jer se javljaju rano tijekom razvoja, bez dokaza da bi bili naučeni. Među podražajima koji izazivaju ovakve strahove ubrajaju se glasni zvukovi, bol, padanje i iznenadni, neočekivani pokreti. Strah od životinja i osoba iz mašte, te strah od noćnih mora također postaje razvojno moguć čim dijete mlađe predškolske dobi počne razlikovati realnost od mašte i prepoznaje potonje kao posebno područje kognitivne aktivnosti. Prema Wenar (2003) kraj predškolske dobi vrijeme je pojave straha od osobne nedostatnosti, neuspjeha i podsmjehivanja, što su primjeri koje navode Jersild i Holmes (1935), a koji uključuju učenje akademskih vještina vezanih uz brojeve i pisanje, ili pak strah od drugih funkcija vezanih uz školu. Ovakvi strahovi upućuju na razvoj

pojedince do točke u kojoj očekivanje neuspjeha biva izvorom zabrinutosti. Do školske dobi kognitivna iskrivljavanja, koja su karakteristična za ranija razdoblja ispravljena su u cijelosti i djetetovo temeljno shvaćanje socijalne i fizičke okoline slično je onome kod odraslih. Strahovi slijede ovaj trend prema realnosti: sve su češći strahovi od tjelesnih ozljeda i prometnih nesreća ili vatre te se gube strahovi od duhova i bića iz mašte (Campbell, 1986; prema Wenar, 2003, str. 229, 230).

2.1.2. Separacijska anksioznost

Temeljno obilježje anksioznog poremećaja zbog separacije (APS) jest prekomjerna anksioznost zbog separacije od ljudi za koje je dijete vezano obično od roditelja. Mlađa djeca se mogu „vješati“ ili pratiti „poput sjene“ svoje roditelje ili pak imaju izljeve bijesa i plaču ili se protive odlasku roditelja. Starija djeca postaju uznemirena kada trebaju provesti noć izvan kuće ili postaju uznemirena kada su vani i neprestano moraju telefonirati kući. Drugi simptomi uključuju nerealnu, trajnu zabrinutost zbog nesreća koje će se dogoditi osobama za koje su vezani, odbijanje da se ide spavati, a da osoba za koju su vezani ne bude uz njih, upozoravanje na tjelesne simptome kao što su glavobolje i bolovi u trbuhu kada se očekuje odvajanje od bliskih osoba, te opiranje ili odbijanje da se pođe u školu kako bi ostali uz osobe za koje su vezani (Wenar, 1994, str. 237). Vulić-Prtorić (2002) razlikuje normalnu dječju separacijsku anksioznost čiji su simptomi kratkotrajni nakon odvajanja od roditelja ili skrbnika i patološki oblik separacijske anksioznosti koji traje nekoliko tjedana. Djetetove reakcije pri odvajanju su burne i mogu biti popraćene nerealnim strahovima da će biti oteti ili ubijeni.

2.1.3. Socijalna povučenost

Prema Bouillet i Uzelac (2007) povučeno dijete karakterizira pretežna mirnoća, tihoća, osamljenost te prekomjerno maštanje. Takvim ponašanjem povučeno dijete izražava osobnu nesigurnost, te ne sklapa stalna prijateljstva. Manjak zadovoljavajućih socijalnih odnosa rezultiraju neugodnim emocionalnim stanjem, a pretežno su posljedica nezadovoljenih potreba za pripadanjem i ljubavi. Beidel (1992; prema Manzoni, 2006) navodi da sudjelujući u aktivnostima i interakciji s drugim osobama socijalno povučena djeca primjenjuju negativne strategije suočavanja kao što su plakanje, izbjegavanje, pritužbe na tjelesne tegobe, puls im se naglo povećava te počinju zamuckivati. Prema svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (1996) socijalne fobije često nastaju u adolescenciji i odnose se na strah od pomnog promatranja u relativno malim skupinama (nasuprot mnoštvu), koje dovodi do izbjegavanja socijalnih

situacija. Za razliku od većine ostalih fobija, socijalne fobije podjednako su zastupljene kod obaju spolova. Mogu biti sužene (tj. ograničene na hranjenje na javnom mjestu, držanje govora ili na susrete sa suprotnim spolom) ili proširene, uključujući gotovo sve socijalne situacije izvan kruga obitelji. Strah od povraćanja na javnom mjestu može biti važan. Susret „oči u oči“ može biti posebno stresan u nekim kulturama. Socijalne fobije povezane su s niskim samopoštovanjem i strahom od kritike. Mogu se manifestirati crvenilom lica, drhtanjem ruku, mučninom ili hitnosti mokrenja, a pojedinac je ponekad uvjeren da sekundarne manifestacije anksioznosti predstavljaju primarni problem gdje se simptomi mogu razviti u napadaje panike. Izbjegavanje je često, a u ekstremnim se slučajevima kao posljedica javlja skoro potpuna socijalna izolacija

2.1.4. Terapija anksioznih poremećaja

Prema Shapiro (2002) roditelji bi trebali na miran i logičan način objasniti djetetu zašto su njegovi strahovi bezrazložni i u tom mu objašnjavanju predočiti činjenice uvijek imajući na umu djetetovu razinu razumijevanja te njegove jezične sposobnosti. Prema Boričević-Maršanić (2013) farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju djece i adolescenata, ali ponekad je neophodna uz psihoterapiju. Kombiniranje psihoterapije s farmakološkim tretmanom potrebno je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomičan odgovor na samu psihoterapiju. Thompson i Gauntlett-Gilbert (2008) navode terapije temeljene na pristupu usredotočene svjesnosti koje uključuju različite tehnike i intervencije kao što su sjedeća meditacija, vježbe disanja, meditacija pokreta, usredotočena svjesnost slušanja i razmišljanja, metoda pregleda tijela (engl. *body scan*), različite metode u svakodnevnom životu, kao što je jedenje s usredotočenom svjesnošću. Djeca su radoznala i spremna na učenje, a samim time i otvorena za usvajanje tehnika usredotočene svjesnosti. Kod primjene u djece i adolescenata potrebno je tehnike primijeniti u skladu s razvojnim karakteristikama i kognitivnim sposobnostima. Vježbe su jednostavnije, traju kraće, koristi se jezik prilagođen djeci te elementi igre, zabave, humora i aktivnosti kretanja. Poželjno je uključiti roditelje ili skrbnike u samu praksu.

2.2. Depresivni poremećaji

Birmaher, Ryan i Williamson (1996) definiraju depresivne poremećaje kao skupinu poremećaja koji obilježavaju promjene u raspoloženju koje može biti sniženo, tužno ili iritabilno, ali i u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (psihomotorika, kognicija, voljne i vegetativne funkcije) uz oštećenje školskog, socijalnog i obiteljskog funkcioniranja. Prema

autorima djeca nisu sposobna verbalno izraziti svoja unutarnja emocionalna stanja, stoga depresija predstavlja jedan od najčešće neprepoznatih i neliječenih problema mentalnog zdravlja. Kovacs i Beck (1977; prema Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004) zaključuju da je velik broj ponašanja koji upućuju na depresiju u odrasloj dobi prisutan i kod djece: emocionalno (osjeća se tužno, izgleda kao da će zaplakati, plače); motivacijsko (ne pokazuje zanimanje za igru, slab uspjeh u školi.); tjelesno (gubitak apetita, nejasne somatske tegobe) te spoznajno (očekuje neuspjeh). Depresivni poremećaji češći su u školskoj dobi u odnosu na predškolsku dob, no bez spolnih razlika u incidenciji. Epidemiološke studije pokazale su da je incidencija depresije u predškolske djece 0,9%, školske djece 1,9% te adolescenata 4,7%. Prema Gruden Z. i Gruden V. (2006) depresija obično nastaje nakon nekog neugodnog doživljaja, najčešće gubitka voljene osobe i situacije u kojoj je povrijeđeno samopoštovanje. Osim nasljedne sklonosti, velika uloga pripada djetinjstvu.

Glavni uzrok depresije je, dakle, u nepovoljno strukturiranoj ličnosti. Zbog loših odgojnih uvjeta ne dolazi do zrele integracije (Gruden Z. i Gruden V., 2006, str. 53). Goodyer (1996) kao najčešću kliničku manifestaciju depresije u predškolskoj dobi navodi tjelesne simptome poput bolova (glavobolje ili trbobilje), umora i vrtoglavice koji su prisutni kod oko 70% djece s depresijom. Uživanje u igri ili pohađanju vrtića smanjuje se ili nestaje, a dijete ne stječe dobno primjerene socijalne vještine. Vulić-Prtorić (2004) navodi duboku žalost kao još jedno obilježje depresije često prisutno u djece predškolske dobi i adolescenata. Depresivna djeca sklona su usmjeravanju ljutnje prema sebi ili neprikladnim objektima. Potisnuta ljutnja povezana je s beznadnošću, a to je upozorenje na suicidalno ponašanje. Prema Nikolić i Marangunić (2004) djeca školske dobi zbog boljih verbalnih sposobnosti navode loše raspoloženje, teškoće u koncentraciji, lošu učinkovitost u školi, iritabilnost te česte tjelesne simptome poput glavobolje i abdominalnih tegoba. Prema Angold i Rutter (1992) tijekom adolescencije postoji izrazito povećanje učestalosti depresivnosti, koje je za djevojčice dvostruko brže od onoga za dječake. U dobi od 16 godina djevojčice imaju dvaput veću vjerojatnost razvoja depresivne simptomatologije od dječaka. Prema Kaplan i Sadock (1998) adolescenti su promiskuitetni, slabije brinu o osobnoj higijeni te često imaju smetnje ponašanja karakterizirane asocijalnim ponašanjem, a također zlorabe psihoaktivne tvari. Pojačano su osjetljivi na odbacivanje od strane drugih. Birmaher, Ryan i Williamson (1996) navode da više od 80% adolescenata iskazuje gubitak interesa i energije u značajnoj mjeri te apatiju, psihomotornu retardaciju, osjećaj krivnje i beznadnosti, poremećaj spavanja koji se često manifestira kao pretjerano spavanje, promjene u apetitu i težini, izoliranost i teškoće s

koncentracijom. Ostali simptomi karakteristični za ovu dob su nisko samopoštovanje, slab školski uspjeh, suicidalna razmišljanja i namjere te ozbiljni problemi s ponašanjem, posebice zlouporaba alkohola i droga. Prema Nolen-Hoeksema i Girgus (1994) djevojke se u odnosu na mladiće češće žale na simptome poput žalosti, dosade, ljutnje, osjećaja praznine i anksioznosti. Uglavnom su više zabrinute vršnjačkim odnosima, manje zadovoljne vanjskim izgledom, savjesnije i niskog samopoštovanja u odnosu na mladiće koji se češće žale na osjećaj prezira te pokazuju opozicionalnost i smetnje ponašanja poput bježanja od kuće i s nastave, fizičkog nasilja, krađe i zlouporabe sredstava koje izazivaju ovisnosti.

2.2.1. Terapija depresivnih poremećaja

Prema Vulić-Prtorić (2004) potrebno je potražiti stručnu pomoć te dijete ili adolescenta uključiti u tretman kada simptomi depresije utječu na svakodnevno funkcioniranje. Tretman uvijek ovisi o prirodi problema koji je identificiran tijekom kliničke procjene. Vitiello (2009) kao cilj liječenja depresije u djece i adolescenata navodi, kao i kod odraslih, uklanjanje simptoma i postizanje potpune remisije, prevenciju recidiva, ublažavanje dugotrajnog morbiditeta i unapređenje rasta i razvoja djeteta. Birmaher, Ryan, Williamson (1996) kao psihoterapijske tehnike koje se najčešće primjenjuju navode kognitivno-bihevioralnu (KBT), obiteljsku, suportivnu i psihodinamski orijentiranu (individualnu i grupnu) terapiju. Dodig-Čurković (2013) kod mlađe djece najprikladnijom terapijom navodi igru u kojoj se dijete izražava neverbalnom komunikacijom kroz pokrete ili sadržaj igre. Terapija igrom može se provoditi individualno i grupno. Kod blaže i umjerene depresivne epizode u starije djece i adolescenata liječenje se može započeti psihoterapijom. Najčešće primjenjivane psihoterapijske tehnike jesu psihodinamski orijentirana psihoterapija, interpersonalna psihoterapija, kognitivno bihevioralna psihoterapija i suportivna psihoterapija. Može se koristiti i grupna terapija koja omogućuje djetetu lakše izražavanje osjećaja u grupi, razumijevanje vlastitih i tuđih osjećaja, te stjecanje sigurnosti. Ponekad je potrebno uključiti članove obitelji (obiteljska terapija) ili terapiju dijete-majka.

2.3. Suicid

Schneidman (1985; prema Appleby, 1996) definira suicid kao rezultat određenog procesa, a ne proces sam za sebe. Također navodi najprihvatljiviju definiciju suicida u zapadnom svijetu: „Suicid je svjestan i namjeren čin samouništenja, koji je najbolje shvatiti kao višedimenzionalnu slabost unutar pojedinca koji za određeni problem – situaciju percipira suicid kao jedino rješenje“.

Suicidalnost je osobito prisutna u osoba s kumuliranim stresnim odgovorima. Pojavljuje se distres, dakle odsutnost sposobnosti prilagodbe, uz snažno izraženu duševnu patnju, neprestanu tjeskobu, depresivno raspoloženje te stalan osjećaj da će se patnja ponoviti. Ti simptomi umanjuju kapacitet za normalan užitak u životu. Suicidalnost je snažan izvor sekundarnih trauma. Osobe spremne na suicid ne smatraju sebe sposobnima za normalan život. Oni osjećaju kao da su učinili nešto krivo. Smatraju kako ne pripadaju više svojoj obitelji, nemaju pravo na prijatelje i na veselje. Izgubili su povjerenje u vršnjake i autoritete te se osjećaju odbačenima i mrze sami sebe. Izolirani su i ne vide se nigdje u budućnosti (Gruden Z. i Gruden V., 2006, str. 64). Stanić (1999) navodi kako se adolescentni suicid značajno javlja u mjesecu svibnju i lipnju što se može povezati s činjenicom da se upravo u tim mjesecima odvijaju procesi najintenzivnijeg ocjenjivanja, zaključivanja i pritisaka na učenike. Motivi suicida su raznovrsni (svjesni i nesvjesni), a najčešće djeluju udruženo: kažnjavanje samog sebe i/ili druge osobe, ucjenjivanje okoline, bijeg od zastrašujućih, nepodnošljivo bolnih i ponižavajućih okolnosti. Prema Piliću (1998) općenito se smatra kako se suicid kod adolescenata vrlo često pojavljuje kao posljedica nekog za njih traumatičnog događaja, kao što je prekid ljubavne veze ili počinjeni antisocijalni čin koji u njima ostavlja osjećaj krivnje.

Većina ovih adolescenata ima neki od psihopatoloških fenomena ili simptoma. Tri najčešća psihopatološka fenomena jesu depresija, zlorporaba tvari i poremećaji ophođenja. I dok većina depresivnih mladih osoba nisu suicidalne, 83% mladih osoba sa suicidalnim idejama pokazuju znakove depresije. Uporaba i zlorporaba alkohola i drugih sredstava vidi se kod 15 do 33% onih koji izvrše suicid „Želja za smrću“ povećava se nakon započinjanja zlorporabe tvari. Ovakva je zlorporaba u vezi s letalitetom korištene metode. Otprilike 70% onih koji izvrše suicid pokazuju antisocijalno ponašanje, u rasponu od krađe po trgovinama do preprodaje droga i prostitucije. Odnosno, poremećaji ophođenja mogu u suicidalnom ponašanju igrati čak i veću ulogu od depresije (Capaldi, 1992; prema Wenar 2003, str. 213). Prema Wenar (2003) glavni je čimbenik rizika impulzivnost koja se očituje ne samo kao srdžba i agresivno ponašanje, već i slabom tolerancijom na frustraciju i odsutnost planiranja. Drugo obilježje jest socijalna izolacija i otuđenje, pri čemu adolescenti navode da nemaju prijatelja i osjećaju se usamljeno. Wenar tvrdi da suicidalna djeca i adolescenti imaju slabije vještine rješavanja problema, osobito u stvaranju alternativnih rješenja u situacijama interpersonalnih konflikata te smatra da oponašanje igra važnu ulogu u suicidalnom ponašanju. Iskustvo suicidalnog ponašanja od strane druge osobe u socijalnoj okolini ili u

obitelji češće je kod suicidalnih adolescenata nego u kontrolnoj skupini. Prema Arosu (2005) znaci koji upućuju na potencijalno samoubojstvo jesu opsjednutost temom smrti u pjesmama, knjigama, filmovima, izravni komentari o želji za oduzimanjem života, prethodni pokušaji samoubojstva, slučajevi samoubojstva u obitelji, očajnička reakcija na smrt voljene osobe, ovisnost o alkoholu ili drogama, pokazatelji depresije ili euforije, udaljavanje od osoba koje su do tog trenutka bile važne u životu adolescenta, poklanjanje najdragocjenijih predmeta koje posjeduje te nezainteresiranost za stvari koje su prije budile interes i izazivale zadovoljstvo. Suicid je češći u dječaka, a pokušaj samoubojstva u djevojčica. Nakon petnaeste godine života raste postotak samoubojstva kod djevojčica. U odraslih je omjer suicida prema pokušajima suicida 1:8 do 10, a u djece i adolescenata 1:50. Izbor suicida ovisi o uzrastu i spolu: dječaci između 10. i 14. godine najčešće se vješaju, a vatrenim se oružjem ubijaju najčešće dječaci između 15. i 19. godine; djevojčice od 10. do 19. godine se najčešće utapaju. Ipak, najčešći je oblik samoubojstva i pokušaja samoubojstva lijekovima (Gruden Z. i Gruden V., 2006, str. 65).

2.3.1. Prevencija suicida

Prema Wenar (2003) prijetnje samoubojstvom adolescenti izriču članovima obitelji ili prijateljima koji ih ne shvaćaju ozbiljno, pokušavaju ih poreći ili ne razumiju njihovo značenje. Stoga je važan cilj prevencije edukacija roditelja i vršnjaka u vezi s rizičnim znakovima kroz različite programe prevencije suicida koji se mogu uključiti u školu ili u medije. Praksa pokazuje kako se suicid može učinkovito sprječavati sustavnim, kontinuiranim i dobro organiziranim odgojnim radom, zdravstvenim i socijalnim educiranjem te bavljenjem suicidalno ugroženim osobama, posebice ako su te osobe pravovremeno otkrivene, identificirane njihove poteškoće, motivi i uzroci koji ih potiču na taj koban čin. Jednom kad adolescent potraži profesionalnu pomoć, terapeut mora prevladati otpor adolescenta i njegove obitelji. Adolescenti se često osjećaju posramljenima što moraju ići psihijatru, uz opću nevjericu prema odraslima, te uz doživljavanje situacije kao beznadne. Roditelji se plaše da će se njih optužiti da su „loši“ i/ili se boje gubitka kontrole nad svojim djetetom. Prema tome, terapeut mora biti vješt u uspostavljanju radnog saveza, i to na način da bude topao, suosjećajan, otvoren i jasan što se tiče plana liječenja.

Kod presuicidalnih znakova, odnosno kumuliranog stresnog odgovora, terapeut treba vratiti bolesniku samovrednovanje, kao i sposobnost upotrebe odmora i opuštanja. Ne treba zaboraviti da suicidalna osoba treba ljubav, razumijevanje i pažnju. Bolni osjećaji i sjećanja

postupno se asimiliraju. Na grupnim seansama, koje trebaju imati suportivni karakter, otvoreno se razgovara o nastanku i razvoju suicidalnih ideja, sklonosti izolaciji, strahu, konfuziji, negiranju stvarnosti, ovisnosti, užasnom osjećaju otuđenosti i mržnji prema samome sebi. U bolesnikovu se sjećanju nastoje pronaći nove vrijednosti koje njegov život čine značajnim. Treba se odlučiti za novi izbor. Kroz takve razgovore ostvaruje se osjećaj kako oni nisu sami i izolirani. (...) U prevenciji suicida iz kuće treba ukloniti sredstva kojima se on najčešće ostvaruje – vatreno oružje i medikamente te smanjiti prepisivanje sedativa. Za uspješno liječenje suicidalnosti terapeut treba preispitati svoje stavove prema suicidu i psihičkim bolestima općenito. (...) Terapeut treba biti strpljiv i ljubazan, ne smije osuđivati bolesnikov namjere, mora ostati miran u svim okolnostima i uvijek biti spreman za razgovor. (Gruden Z. i Gruden V., 2006, str. 67).

3. Psihosomatski simptomi

Havelka (2008) navodi stanje stresa kao najbolji pokazatelj povezanosti psihičkih i tjelesnih zbivanja. Kao primjer mogu se navesti psihosomatski simptomi, odnosno tjelesni simptomi koji su potaknuti jakim fiziološkim promjenama koje se zbivaju pod utjecajem stresa. Prema Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić (2011) psihosomatski simptomi u blažem obliku mogu se pojaviti kao dio normalnog razvoja, posebice tijekom puberteta kada je općenito izraženije obraćanje pozornosti na tjelesne promjene. Vulić-Prtorić (2005) navodi kako intenzivni simptomi koji duže traju mogu rezultirati poremećajima fizioloških sustava i oštećenjima organa te se nazivaju psihosomatskim poremećajima. Autor također navodi kako se, uzimajući u obzir psihoanalitičku postavku, psihosomatske bolesti javljaju kada postoji prethodna tjelesna predodređenost i određene emocije vezane uz psihodinamsku strukturu ličnosti pojedinca. Osnovni uzroci ovih bolesti najčešće su potisnuta stanja agresije, ljubomore te drugih emocija koje su izazvane psihičkim traumama koje su se dogodile tijekom razvoja ličnosti. Djeca i adolescenti koji su skloni psihosomatskim reakcijama u stresnim situacijama svoje strahove, napetosti i tjeskobe izražavaju tjelesnim putem. Često je intenzitet događaja takav da se osoba u djetinjstvu ili adolescenciji zbog vlastite emocionalne i kognitivne nezrelosti ne može nositi drukčije. Nietzel, Bernstein i Milich (2002) tvrde da kada se ne može naći prikladnije simboličko izražavanje, javljaju se određeni psihosomatski simptomi kao način oslobađanja od emotivne napetosti. To može biti uzrokom pojave tzv. neuroze organa i katkada trajnih organskih poremećaja. Prema Walkeru i sur. (1995) prvi simptomi uglavnom se javljaju tijekom djetinjstva i adolescencije, pri čemu pojava jednog simptoma obično prethodi pojavi nekog drugog, iako nisu utvrđeni specifični obrasci u

razvoju simptoma. Neki simptomi pokazuju stabilnost tijekom vremena, tako da npr. djeca koja pokazuju simptome abdominalne boli u djetinjstvu, u 25-50% slučajeva imaju iste simptome i u odrasloj dobi. Lohre i sur. (2010) povezuju manifestacije otežane prilagodbe nakon tranzicije u srednju školu s tjelesnim simptomima). Kearney, Cook i Chapman (2007; Siegrist, 2007; prema Steptoe, 2007) navode mogućnost pojavljivanja osjećaja kontinuiranog umora, povišeni krvni tlak, bol u grudima, glavobolje, trbobođe i slično. Prema Campo (2012; prema Salmela-Aro i Tynkkynen, 2012) istraživanja uglavnom potvrđuju kako djevojke u odnosu na mladiće doživljavaju više psihosomatskih simptoma.

4. Etiologija internaliziranih poremećaja

Rizični činitelji za pojavu poremećaja u predškolskoj dobi povezani su s nasljednim osobinama, razvojnim problemima bihevioralne i kognitivne prirode te okolinskim činiteljima, a posebno ulogom roditelja u tim procesima (Brajša-Žganec, 2003, str. 40). Etiologija internaliziranih poremećaja povezuje se s teorijskim modelima nastanka depresivnih poremećaja koji se mogu podijeliti u biološke i psihosocijalne. Dok biološki modeli tumače depresivne poremećaje spoznajama iz biokemijskih i genetskih istraživanja, psihosocijalni modeli obuhvaćaju psihoanalitičko, bihevioralno i kognitivno tumačenje depresivnih poremećaja kao i interpersonalne modele i teorije životnih događaja (Kazdin, 1989; prema Brajša-Žganec, 2003, str.43). Depresija, prema psihoanalitičkom pristupu, može biti rezultat agresije prema sebi ili rezultat konflikta koji potiče krivnju, a bihevioralni pristup naglašava da ponašanje osobe ne potiče dovoljno pozitivna potkrepljenja iz okoline pa pojedinac postaje pasivan, povlači se u sebe i pokazuje simptome depresije. Kognitivni modeli naglašavaju ključnu ulogu negativnog mišljenja u nastanku depresivnih poremećaja. Prema Beckovu modelu (Beck 1976; prema Brajša-Žganec, 2003, str.43) depresivna djeca manifestiraju više pogrešaka u procesiranju informacija o sebi, okolini i budućnosti u odnosu na nedeprisivnu djecu. Seligman (1975; prema Brajša-Žganec, 2003, str.43) predlaže model naučene bespomoćnosti prema kojemu se depresija javlja kao posljedica iskustva i očekivanja osobe da svojim ponašanjem ne utječe na ono što joj se događa. Nadalje, u razvoju dječje depresije značajnu ulogu mogu imati socijalne interakcije u obitelji kao i izravni i neizravni utjecaji različitih stresnih događaja (prema Kazdin; prema Brajša-Žganec, 2003, str.43). Prema Vulić-Prtorić (2004) postoje brojni klinički dokazi iz rada sa zanemarivanom ili emocionalno zlostavljanom djecom koji potvrđuju emocionalnu deprivaciju, odvajanje od roditelja te nedostatak ljubavi i privrženosti kao rizične faktore u etiologiji depresivnosti kod djece. Također, kao dominantne simptome navodi iritabilnost, apatiju, tjelesne pritužbe i

plačljivost. Djetetu nedostaje uobičajenog „razmetanja“ i „hvalisanja“ kao kod nedeprisivnih vršnjaka.

4.1. Odnos roditelja i djeteta

Prema Andrilović i Čudina-Obradović (1994) na temelju rezultata istraživanja poremećaja u ponašanju kod djece predškolske dobi suvremeni autori naglašavaju da se poremećaji u ponašanju djece vežu uz nepovoljne obiteljske okolnosti (osobnosti roditelja, njihovih međusobnih odnosa, te posebice njihova odnosa prema djetetu). Vulić-Prtorić (2002) navodi interakciju u smjeru roditelj-dijete vrlo važnom za djetetov normalan razvoj, ali i za razvoj poremećaja u ponašanju. Roditeljska toplina, podrška i ljubav imaju pozitivan utjecaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost te zrelost djeteta. S druge strane, ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i zanemarivanje djeteta pridonose različitim problemima i teškoćama kod djece. Prema Ljubetić (2007) dijete koje su odgajali izrazito strogi roditelji reagirat će povučenošću ili agresivnošću, dok će djeca roditelja koji su nedosljedni u provođenju postupaka biti nesigurna ili čak neurotična. Prema Brković (2009) popustljiv roditeljski stil obilježen je niskom razinom bihevioralne kontrole, stoga je kao i autoritaran stil, povezan s ponašanjem djece koje se očituje otežanom prilagodbom, povučenošću, depresijom, nezadovoljstvom te osjećajem odbačenosti od strane vršnjaka. Prema Onyskiw i Hayduk (2003) djeca koja odnos s roditeljima percipiraju emocionalno hladnim i nepodržavajućim u većoj mjeri pokazuju agresivnost i neprijateljstvo prema drugima, imaju slabije samopoštovanje, a javlja se i osjećaj nekompetentnosti. Prema Brajša-Žganec (2003) za skupinu djece očeva koji slabo uvažavaju dječje emocije utvrđen je moderirajući utjecaj dimenzija dječjeg temperamenta (negativne afektivnosti i samokontrole) na povezanost očeve svjesnosti vlastitih i dječjih emocija i dječjih internaliziranih problema. Djeca iz obitelji u kojima očevi malo uvažavaju dječje emocije, a koja imaju izraženu dimenziju negativne afektivnosti te niske samokontrole, imat će više predispozicija za razvoj internaliziranih poremećaja ako imaju očeve s manje razvijenom svijesti o vlastitim i dječjim emocijama tuge i intenzivne ljutnje. Pri tome je majčina svjesnost emocija povezana s očevom svjesnosti vlastitih i dječjih emocija, dok je očeva svjesnost emocija jednim dijelom izravno povezana s dječjim internaliziranim problemima, a dijelom putem individualnih karakteristika djeteta (negativna afektivnost i samokontrola).

4.2. Odsutstvo odnosa roditelja i djeteta

Prema Klarin (2006) djeca zanemarujućih roditelja ne sudjeluju primjereno u igri i socijalnim interakcijama, sklona su agresivnom ponašanju prema drugima ili su socijalno distancirana. S obzirom da mnogo vremena provode bez nadzora, a roditelji ne znaju gdje su, što rade niti s kim se druže, iz takvog se stila odgoja najčešće razvijaju adolescenti koji pokazuju različite oblike neprihvatljivog ponašanja. Djeca takvih roditelja zahtjevna su i neposlušna, nemaju mogućnost regulacije emocija i u ponašanju češće upotrebljavaju asocijalne obrasce ponašanja. Andrilović i Čudina-Obradović (1994) navode odsustvo oca u odgoju djeteta kao negativan utjecaj na razvoj djetetova identiteta. Djeci koja su odrasla bez očeva često nedostaje sigurnost, povučena su, otežano im je stjecanje neovisnosti i češće su sklona antisocijalnim ponašanjima. Takve probleme u djetetovu ponašanju moguće je primijetiti vrlo rano, a kasnije, odrastanjem djeteta i sa sigurnošću potvrditi. Najčešća pogreška očeva jest zapuštanje odgoja djece radi osiguranja materijalnih sredstava za obitelj. Također pomanjkanje majčinske ljubavi u ranom djetinjstvu ne samo da ima negativan utjecaj na daljnji razvoj djeteta, nego i posljedice koje postaju vidljive u odrasloj dobi. Istraživanja su pokazala da takva djeca kasnije izrastaju u zavisne i suzdržane ličnosti koje imaju izrazitih problema na emocionalnom planu, u bračnoj zajednici i roditeljstvu.

4.3. Psihopatologija u roditelja

Prema Klain, Buzov, Canki-Klain i Brumen-Budanko (1999) jedan su od rizičnih čimbenika za razvoj nesigurne privrženosti i depresivni poremećaji kod roditelja, bilo jednog ili obaju. Dokazano je da depresivni roditelji pokazuju manje prihvaćanja, topline, spontanosti i strpljivosti te su skloniji učestalijem kažnjavanju djece. Bolestan član obitelji mijenja ustaljene odnose i rituale, ovisno o tome koju poziciju zauzima u obitelji. U slučaju bolesti majke obitelj kratkoročno većinom uspijeva kompenzirati novonastalu situaciju, a kod dugotrajnih procesa dolazi do trajnih promjena unutar obitelji te često ženska djeca mogu zaostajati u svom razvoju zbog poremećenog procesa identifikacije. U slučaju bolesti oca, koji u strahu da više neće moći adekvatno skrbiti o obitelji može prihvatiti ili odbiti pažnju obitelji. Briga i odgovornost prelaze na ostale članove obitelji, a nerijetko i na djecu. Prema Macuka (2010) depresivne majke stvaraju razorno, neprijateljsko i odbacujuće okruženje prema svojoj djeci, koje nepovoljno utječe na dječje funkcioniranje i na psihološku prilagodbu djeteta. Slabije reagiraju te se slabije prilagođavaju dječjim potrebama, pokazuju više ljutnje i tuge te manje pozitivnih emocija nego nedeprativne majke. Prema Field (2002) najjasniji primjeri učinaka majčine depresije dolaze iz istraživanja dojenčadi, kod koje je situacija još uvijek razmjerno jednostavna u usporedbi s onom kakva će postati. U pregledu istraživanja

Field (1992) zaključuje da dojenčad depresivnih majki razvija stil depresivnog raspoloženja već u dobi od 8 mjeseci, te da se ovakav stil generalizira i na interakcije s nedepresivnim ženama, a kada traje dulje od godinu dana štetno djeluje na rast i intelektualni razvoj djeteta.

4.4. Sukobi među roditeljima

U longitudinalnom istraživanju Grycha, Harolda i Milesa (2003) navodi se da su različite dimenzije roditeljskog sukoba (procjene prijetnje i samookrivljanja) povezane s različitim dječjim problemima. Navedeno istraživanje također ukazuje na to da kada dijete percipira da je sukob između roditelja stabilan, ono može očekivati dalje kontinuirane sukobe što bi moglo rezultirati tugom, anksioznošću, osjećajima bespomoćnosti i ljutnjom.

Prema Gootman i Katz (1989; Katz i Gottman, 1993; 1997; prema Brajša-Žganec, 2003) razdvajanje bračnih partnera i njihov međusobni konflikt doprinose putem roditeljskih emocionalnih interakcija i njihova upravljanja dječjim emocijama dječjim internaliziranim i eksternaliziranim problemima, lošijem dječjem ponašanju u interakcijama s grupom vršnjaka te njihovu slabijem zdravlju. Prema Gottman (1998; prema Brajša-Žganec, 2003) istraživanja na odraslima koji su doživjeli razvod braka roditelja kao djeca pokazuju da su djeca razvedenih roditelja više bila pod stresom nego oni koji to nisu doživjeli. Ti odrasli izvještavaju o slabijem zadovoljstvu obitelji i prijateljima, više anksioznosti, više negativnih životnih događaja i lošijim strategijama suočavanja. Gleason (1995; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006) navodi da nazočenje obiteljskom nasilju, i izloženost svemu što je s njime povezano, koči razvoj svih djetetovih vještina koje su mu nužne za uspješan život. To je razumijevanje svijeta u kojem živi i sposobnost da učinkovito prenese svoje misli drugima. Zastoj u razvoju tih vještina negativno utječe na djetetov odnos s drugima i na razvoj njegove osjetljivosti za potrebe drugih.

4.5. Školsko okruženje

Prema Bašić (2009) istraživanja su pokazala neke rizične čimbenike koji su visoko povezani sa školskim okruženjem: školski neuspjeh, nedostatak povezanosti sa školom i nedostatak akademskih vještina. Mihaljević i Rijavec (2008) definiraju specifičan oblik straha od škole kao strah od ispitivanja, koji se često poistovjećuje sa strahom od škole. Strah od ispitivanja javlja se već u prvom razredu osnovne škole s pojačanjem intenziteta do početka srednjoškolskog obrazovanja kada se stabilizira. Kod pojedine djece taj se strah naglo intenzivira u prijelaznim fazama (npr. pri prelasku iz četvrtog u peti razred ili iz osnovne u

srednju školu) te može značajno utjecati na učenikov uspjeh. Swanson (2007; prema Tanaka, Terashima, Borres i Thulesius, 2012) navodi da ako su zahtjevi i očekivanja visoki i učenik kontinuirano ulaže velike napore da ih savlada, može doći do pada energije, zabrinutosti, anksioznosti i stresa. Vulić-Prtorić (2002; prema Vulić-Prtorić, 2006) navode kako je strah od neprihvatanja ili zadirkivanja od strane drugih učenika karakterističan za školsku dob. Prema Phillipsen (1999) djeca koju se često zadirkuje opisana su kao djeca s manje pozitivnih oblika socijalnog ponašanja, primjerice dijeljenja, suradnje i sl., te s manje pozitivnih afekata, npr. manje se smješkaju, rjeđe prihvaćaju pozive na druženje u odnosu na djecu koja nisu viktimizirana. Prema Olweus (1998) dosadašnja istraživanja pokazala su da djeca žrtve vršnjačkog nasilja imaju slabije razvijene socijalne vještine, u pravilu nisu omiljena među vršnjacima, nenametljiva su i sklona pokazivanju znakova uznemirenosti i anksioznosti u socijalnim interakcijama, opreznija, osjetljivija i tiša od druge djece te rijetko traže pomoć. Usto, ta se djeca u školskom okruženju često razlikuju od druge djece po povišenoj anksioznosti i uznemirenosti u socijalnim interakcijama, smanjenoj sposobnosti koncentracije na nastavne zadatke te neomiljenosti i neuvažavanju među vršnjacima. Espalage, Bosworth i Simon (2001) povezuju zlostavljачko ponašanje s depresivnim simptomima te ljutitošću. Nasilje može djecu učiniti nesretnima, prestrašenima i usamljenima. Mogu se osjećati nesigurnima i krivnju za nasilje tražiti u sebi samima. Njihovo samopouzdanje i samopoštovanje može do te mjere biti narušeno da započinju odbijati ići u školu i družiti se s djecom. Prema Kuzman, Pavić Šimetin i Pejnović Franelić (2008) djeca koja su žrtve zadirkivanja mogu patiti od psihičkog i fizičkog stresa, ali pokazivati i dugoročnije posljedice.

4.6. Socioekonomski status

Kuzman, Pavić Šimetin i Pejnović Franelić (2008) navode dva temeljna načela kojima društveno-ekonomski status može utjecati na zdravlje. Jedno su izravni utjecaji zbog slabijeg materijalnog standarda, kao lošiji uvjeti stanovanja, lošiji izbor namirnica, nezaposlenost itd., a drugo su neizravni utjecaji nedostataka koji proizlaze iz okolnosti da se osoba osjeća siromašnijom od drugih kao i izloženosti rizičnim ponašanjima dijelom proizašlih iz frustracija nepostizanja dovoljne društvene afirmiranosti. Lupien, King, Meaney i McEwen (2000) kao moguće objašnjenje veze između socioekonomskog statusa i zdravlja navode različitu izloženost stresu kao funkciju socioekonomskog statusa. Prema Dearing (2008) obiteljski socioekonomski status, osim što utječe na roditelje i roditeljstvo, može utjecati na mentalno zdravlje djece stvarajući stresne uvjete i izvan obiteljske sfere koji također utječu na razvoj. Tu se ubrajaju odnosi s vršnjacima, škola i susjedstvo. Teoretičari i istraživači ističu

da su djeca koja odrastaju u siromašnijem okruženju suočena s pomanjkanjem razvojno poticajnih resursa te da su izloženija kako proksimalnim tako i distalnim stresorima. Dearing (2008) također navodi da prema izvještajima roditelja, učitelja i same djece, djeca slabijeg socioekonomskog statusa imaju veću vjerojatnost nastanka socioemocionalnih poteškoća na dva velika područja. Prvo su eksternalizirani problemi kao agresivnost, destruktivna ponašanja i hiperaktivnost, a drugo internalizirani problemi kao anksioznost i depresija.

5. Prevencija internaliziranih poremećaja

Prema Maleš, Milanović i Stričević (2003) za kvalitetan razvoj djeteta sa stajališta društvenog konteksta odgovorna su tri važna čimbenika: društvena zajednica, obitelj, te znanstveni i stručni resursi u području razvoja djeteta. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine (2012) navodi da preventivne aktivnosti trebaju početi što je moguće ranije i to već u predškolskoj dobi, jer mnoge kompetencije (poput komunikacijskih vještina, sposobnosti donošenja odluka, vještina rješavanja problema, postavljanja ciljeva...) svoje korijene vuku iz tog najranijeg razvojnog perioda. Catalano, Gainey, Fleming, Haggerty i Johnson (1999; prema Bašić, 2008) izdvajaju neke najznačajnije programe koji su promovirali pozitivan razvoj i ulagali u zaštitne mehanizme dječjeg razvoja, a to su: promicanje pozitivnih veza, jačanje otpornosti, promicanje socijalnih, emocionalnih, kognitivnih, ponašajnih i moralnih kompetentnosti, podupiranje samoodređenja, podupiranje vjerovanja u budućnost, briga za prepoznavanje pozitivnih ponašanja i prilika za prosocijalna uključivanja te podupiranje prosocijalnih normi (zdravi standardi ponašanja). Prema Bašić (2008) cilj je usmjeriti se na spoznaje općih procesa i čimbenika u razvoju djece (npr. razvoj privrženosti i odnosa, nužnosti odnosa s vršnjacima) za razumijevanje individualnih razlika koje mogu biti ozbiljni signali za pojavu poremećaja u ranom djetinjstvu (razvoj nedostatne privrženosti, odbijanje ili viktimizacija od strane vršnjaka). Prema Bašić, Koller-Trbović i Žižak (1993) u suvremenom vrtiću, odnosno unutar programa predškolske ustanove, mjere primarne prevencije usmjeravaju se prema svojoj djeci jednako, dakle i prema onoj koja bi, iako trenutno ne pokazuju poteškoće, s obzirom na životnu dob ili iskustvo mogla biti rizična u budućnosti. Kada je riječ o predškolskom djetetu, uputno je govoriti o zaštiti i daljnjem unapređivanju njegova zdravlja, a na to obvezuje i *Programsko usmjerenje* (1991) i sve aktualnija humanistička i razvojna kretanja. Rezultati suvremenih istraživanja pokazuju da, zahvaljujući brojnim i složenim programima primarne prevencije, djeca mogu razviti različite vještine koje ih osposobljavaju da se uspješnije suoče sa životnim problemima, što umanjuje broj i težinu mogućih poremećaja. Humanizaciju

okružja i ugođaja u kojem dijete boravi moguće je postići integrativnim povezivanjem odgojno-obrazovnih sadržaja i aktivnosti, posebice, aktivnostima za razvoj pozitivne slike o sebi (Jurčević-Lozančić, 2005, str.71)

6. Zaštitni čimbenici

Maccoby (1980) navodi kako su tijekom procesa socijalizacije u kojem društvo oblikuje djetetova uvjerenja, očekivanja i ponašanja, dječji emocionalni razvoj i s njim povezana dječja psihosocijalna prilagodba pod utjecajem različitih čimbenika kao što su priroda dječje privrženosti majci, odnosno primarnom skrbniku unutar obitelji, razgovaranje o emocijama, toplina, potpora i nadzor roditelja, interakcije s vršnjacima i djetetovi odnosi s odraslima izvan obitelji. Prema Sanković (2005) govoreći o stilovima privrženosti, potrebno je istaknuti važnost kvalitete privržene veze. Kvaliteta privrženosti čini temelj na kojem dijete gradi odnos prema sebi, ali i prema drugima koji ga okružuju. Na taj način sigurna privrženost omogućuje kvalitetniji odnos s vršnjacima, bolju prihvaćenost u društvu, razvitak socijalnih vještina i slično, a u odrasloj dobi dugotrajnije i sigurnije veze te povjerljive prijatelje. S druge strane, izbjegavajuća privrženost u najranijoj dobi može rezultirati problemima u školskoj dobi poput sklonosti depresiji ili agresivnosti, a u odrasloj dobi izbjegavanjem emocionalnih odnosa. Maccoby i Martin (1983) povezuju autoritativno roditeljstvo s pozitivnim aspektima psihosocijalnog razvoja adolescenata. Djeca autoritativnih roditelja nezavisna su, sposobna regulirati vlastito ponašanje, emocionalno prilagođena, zadovoljna i društveno odgovorna. Prema Baumrind (1991) djeca autoritativnih roditelja razvijaju dobra prijateljstva, odgovornost, socijalnu kompetenciju i povjerenje. Cohen (1996) navodi dječje sposobnosti kreiranja odnosa sa svojom okolinom kao snažan prediktor mentalnog zdravlja u odrasloj dobi. Benard (1997; prema Hočevar, 2008) kao zaštitne čimbenike u školi navodi odnose između učitelja i učenika koji uključuju sućut, razumijevanje, poštovanje te uspostavljaju sigurnost i temeljno povjerenje. Visoka očekivanja koja učenika usmjeravaju, nude mu strukturu ponašanja i izazove te mogućnosti za sudjelovanje u životu škole zajedno s odgovornostima i praćenjem odluka te odnosom prema učenicima kao odgovornim pojedincima.

Prema Bezinović (2009; prema Ćoso, 2012) važan je pozitivan i podržavajući odnos učitelja i učenika koji čini snažan preventivni resurs i može snažno utjecati na zdrav razvoj učenika. Prema Johnson i Johnson (1989; Slavin, 1990; prema Davis, 1999) praktične spoznaje govore o tome kako uključivanje učenika u kreiranje plana i programa nastave, postavljanje pitanja

koja razvijaju kritičko mišljenje i dijalog, uključivanje učenika u organiziranju razreda i korištenju suradničkog pristupa dovodi do poboljšanja u područjima kao što su: akademsko postignuće, empatija, socijalne vještine, prihvaćanje etničke, rasne i fizičke različitosti, rješavanje sukoba, samopoštovanje i samokontrola, pozitivni stavovi prema školi, kritičko razmišljanje itd.,...

7. Zaključak

Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata nedovoljno su istraživani, teže uočljivi, u slučaju da su kasno identificirani mogu imati negativne posljedice na mentalno zdravlje u odrasloj dobi što može rezultirati hospitalizacijom. Eksternalizirani poremećaji se lakše uočavaju jer su ponašanja djece ometajuća i usmjerena prema okolini, a djeca koja imaju internalizirane poremećaje nenametljiva su, povučena; njihova destruktivna ponašanja usmjerena su prema samima sebi stoga je drugima u njihovoj okolini puno teže uočiti poremećaj. Shodno tome, potrebno je dodatno educirati roditelje i odgojno obrazovno osoblje o ovoj nedovoljno istraživanoj problematici jer pravovremenim i primjerenim reagiranjem može se spriječiti nastanak poremećaja kod djece s rizikom ili daljnji razvoj ukoliko je poremećaj već identificiran. Za prikladan djetetov emocionalni razvoj nužno je osigurati zdravo i poticajno okruženje djetetu. Roditelji kao primarni skrbnici te odgojno-obrazovno osoblje trebaju ostvariti partnerske odnose, bilježiti ponašanja djece, te na povremenim konzultacijama donositi zaključke o potrebama pojedinog djeteta, kako bi se uklonili rizični čimbenici ili spriječio daljnji razvoj poremećaja.

8. Literatura

1. Andrilović V. i Čudina-Obradović, V. (1994). *Osnove opće i razvojne psihologije*. Školska knjiga: Zagreb.
2. Angold, A. i Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4(1), 5-28.
3. Appleby, M., King, R. i Johnson, B. (1992). *Suicide awareness training manual*. Narellan: Rose education.
4. Aros, C. (2005). *Živjeti bez depresije*. Rijeka: Dušević & Kršovnik d.o.o.
5. Ashford, J., Smit, F., van Lier, A. C. P., Cuijpers, P. i Koot, M. H. (2008). „Early risk indicator of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study“. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 7, 774 – 780.
6. Bašić, J.; Koller-Trbović, N. i Žizak, A. (1993). *Integralna metoda u radu s predškolskom djecom i njihovim roditeljima*. Zagreb: Alinea
7. Bašić, J. (2008). Kompetentnost odgajatelja i prevencija rizičnih ponašanja djece u predškolskim ustanovama. *Kriminologija i socijalna integracija*, 16(2), 1-124.
8. Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 110-119.
10. Birmaher, B., Ryan, N. D. i Williamson D. E. (1996). Et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35,1427-1439.
11. Boričević-Maršanić, V. (2013). Anksiozni poremećaji dječje i adolescentne dobi. K. Dodig-Ćurković (ur.), Franić, T., Grgić, M., Radić, J., Ćurković, M., Radić, M., Pivac, N., Mimica-Matanović, S., Delalle, M., Boričević Maršanić, V., Petek Erić, A., Benić, D., Kovač,

V., Zebić, P. i Kralik, K. *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada, 96-107.

12. Bouillet, D. i Uzelac, S. (2008). *Priručnik za nositelje produženog stručnog tretmana u osnovnim i srednjim školama*. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, Agencija za odgoj i obrazovanje, Nakladni zavod Globus.

13. Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

14. Brković, I. (2009). Fokus regulacije u ranoj odrasloj dobi i retrospektivni izvještaji o roditeljskom ponašanju. *Suvremena psihologija*, 12, 297-307.

15. Brumariu, E. L. i Kerns A. K. (2010). „Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions“. *Development and Psychopathology*, 22, 177 – 203.

16. Cohen, J. A. i Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 34(10), 1402-1410.

17. Čudina-Obradović, M., i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga.

18. Čoso, B. (2012). Strah od škole i zadovoljstvo učiteljima. *Napredak*, 153(3-4), 443-461.

19. Davis, N. J. (1999). *Resilience: Status of the Research and Research-based Programs. Working Paper Draft*. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Rockville: Department of Health and Human Services.

20. Dearing, E. (2008). Psychological costs of growing up poor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 324-332.

21. Dwyer, S., Nicholson J. & Battistutta, D. (2006). Parent and Teacher Identification of Children at Risk of Developing Internalizing or Externalizing Mental Health Problems: A Comparison of Screening Methods. *Prevention Science*, 7(4), 343-357.

22. Espalage, D. L., Bosworth, K. i Simon, T. R. (2001). Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: an examination of potential demographic, psychosocial, and environmental influences. *Violence & Victims, 16*, 411-426.
23. Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 4*, 49-66.
24. Gregurek, R., Varda, R., Đanić, S. (2001). Psihodinamska teorija stresa. *Medix, 7(35)*, 40-45.
25. Grych, F. D., Harold, G. T., Miles, C. J. (2003): A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between inter-parental conflict and child adjustment. *Child development, 74*.
26. Gruden, Z. i Gruden, V. (2006). *Dijete – škola – roditelj*. Zagreb: Medicinska naklada.
27. Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
28. Hočevar, A. (2008). Što može škola učiniti na području prevencije upotrebe i zloupotrebe droga kod djece i mladih? *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 44(1)*, 65-76.
29. Jurčević-Lozančić, A. (2005). *Izazovi odrastanja – predškolsko dijete u okruženju suvremene obitelji i vrtića*. Petrinja: Visoka učiteljska škola u Petrinji.
30. Kaplan HI., Sadock BJ. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
31. Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 31*, 121-160.
32. Klain, E., Buzov, I., Canki-Klain, N. i Brumen-Budanko, Z. (1999). *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing.
33. Klarin M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu*. Zagreb: Naklada Slap.
34. Kocijan-Hercigonja D. i Hercigonja-Novković V. (2004). Depresija u djece. *Medicus, 13*, 89-93.
35. Kuzman, M., Pavić Šimetin, I. i Pejnović Franelić, I. (2008). *Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006: Djeca i mladi u društvenom okruženju*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

36. Lohre, A., Lydersen, S. i Vatten, L. J. (2010). *Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, preuzeto 30.8. 2018. s <http://www.capmh.com/content/4/1/33>.
37. Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J. i McEwen, B.S. (2000). Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 976-980.
38. Ljubetić, M. (2007). *Biti kompetentan roditelj*. Zagreb: Mali profesor.
39. Macuka, I. (2010). Osobine i kontekstualne odrednice roditeljskog ponašanja. *Suvremena psihologija*. 13(1), 63-81.
40. Maleš, D., Milanović, M., i Stričević, I. (2003). *Živjeti i učiti prava*. Zagreb: Filozofski fakultet sveučilišta u Zagrebu.
41. Manzoni, M. (2006). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
42. Mihaljević, Š., i Rijavec, M. (2008). Strategije suočavanja sa stresom i školski uspjeh kod učenika s višim i nižim strahom od škole i ispitivanja. *Napredak*, časopis za pedagogijsku teoriju i praksu.
43. Maccoby, E. E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
44. Maccoby, E. E., i Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. P. H. Mussen (ur.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*, 1-101. New York: Wiley.
45. *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine*. Zagreb: Vlada republike Hrvatske, Ured za suzbijanje zlouporabe droga; 2012.
46. Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
47. Nikić, M. (1994). Psihologija straha. *Obnovljeni život*, 49(1), 43-66.

48. Nikolić S., i Marangunić M. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
49. Nolen-Hoeksema, S. i Girgus, J. S. (1994). The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychol Bull*, 115(3), 424-43.
50. Novak M. i Bašić, J. (2008). *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
51. Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2003). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
52. Olweus, D. (1998). *Nasilje među djecom u školi*. Zagreb: Školska knjiga.
53. Onyskiw, J. E. i Hayduk, L. A. (2003). Processes underlying children's adjustment in families characterized by physical aggression. *Family Relations*, 50(4), 376-385.
54. Phillipsen, L. C. (1999). Associations between Age, Gender, and Group Acceptance and Three Components of Friendship Quality. *Journal of Early Adolescence*, 19(4), 438-464.
55. Pilić, D. (1998). *Samoubojstvo: Oproštajna pisma*. Zagreb: Marjan Express.
56. Salmela-Aro, K. i Tynkkynen, L. (2012). Gender pathways in school burnout among adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 929-939.
57. Sanković, K. (2005). *Ispitivanje razlika u percepciji roditeljskog prihvaćanja i odbijanja kod studenata različite privrženosti u ljubavnim vezama*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
58. Shapiro, L. E. (2002). *Malo prevencije: kako roditelji mogu spriječiti probleme u ponašanju i emocionalne probleme djece*. Zagreb: Mozaik knjiga.
59. Svjetska zdravstvena organizacija (1996). *Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada slap.
60. Stanić, I. (1999). *Samoubojstvo mladih velika zagonetka*. Zagreb: Medicinska Naklada.
61. Steptoe, A. (2007). Control and stress. U. G. Fink (ur.), *Encyclopedia of Stress*. Oxford: Academic Press, 568-573.
62. Tanaka, H.; Terashima, S.; Borres, M.P. i Thulesius, O. (2012). Psychosomatic problems and countermeasures in Japanese children and adolescents, preuzeto 30.8. 2018. s <http://www.bpsmedicine.com/content/6/1/6>.

63. Thompson M. i Gauntlett-Gilbert J. (2008). Mindfulness with Children and Adolescents: effective clinical application. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 13, 395-407.
64. Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5(2), 271-293.
65. Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1), 31-35.
66. Vulić-Prtorić, A. (2003). *Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
67. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
68. Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente. *Suvremena psihologija*, 8(2), 211-227.
69. Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
70. Vitiello, B. (2009). Treatment of adolescent Depression: what we have come to know. *Depress Anxiety*, 26, 393-395.
71. Walker, L. S., Garber, J., Van Slyke, D. i Greene, J. W. (1995). Long term health outcomes in patients with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 233-245.
72. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.