

Razvojna psihopatologija

Nastavni materijal

Sveučilište u Rijeci, Učiteljski fakultet u Rijeci
Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

doc. dr. sc. Sanja Tatalović Vorkapić
soba: 373, e-mail: sanjatv@ufri.hr

9/1/2014

Recenzent: prof. dr. sc. Anita Vulić Prtorić

RAZVOJNA PSIHOPATOLOGIJA

doc. dr. sc. Sanja Tatalović Vorkapić

Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

OPĆI CILJ KOLEGIJA

Osnovni cilj ovog nastavnog predmeta je upoznati studente s temeljnim spoznajama o psihopatološkim promjenama u razvoju djece od rođenja do školske dobi, koji su neophodni za pravovremeno prepoznavanje i reagiranje na iste procese s ciljem održanja kvalitetnog psihofizičkog razvoja djece u okviru odgojno-obrazovnog rada s predškolskom djecom.

CILJEVI KOLEGIJA U TERMINIMA OČEKIVANIH REZULTATA

Nakon učenja sadržaja iz kolegija Razvojna psihopatologija, student će moći:

1. Identificirati i opisati osnovnu terminologiju iz područja razvojne psihopatologije;
2. Pravilno opisati i prepoznati, te dati primjer temeljnih spoznaja iz domene razvojne psihopatologije;
3. Ilustrirati primjere specifičnosti u različitim razvojnim psihopatološkim poremećajima, načinima njihovog prepoznavanja i pravovremenog reagiranja na njih u okviru rada s djecom predškolske dobi;
4. Analizirati značajke razvoja pojedinih psihopatoloških poremećaja;
5. Analizirati pojedine psihopatološke poremećaje, kategorizirati ih u odnosu na njihove karakteristike s ciljem uopćavanja i dizajniranja metoda prepoznavanja i efikasne reakcije u kontekstu vrtića;
6. Kreirati adekvatan način pomaganja u direktnoj interakciji s djetetom u suradnji s roditeljima na osnovu specifičnosti pojedinih psihopatoloških tendenci izvući opće zaključke, dati prijedloge za njihovu implementaciju u radu s djecom, te ponuditi svoje kritičko mišljenje za pojedine problemne situacije ili krize u životu djeteta ali i njihovih roditelja (npr. depresivno ili anksiozno ponašanje djeteta).

SADRŽAJ PREDMETA

<ol style="list-style-type: none"> 1. Uvod u razvojnu psihopatologiju; 2. Porijeklo i proces nastajanja različitih oblika poremećaja; 3. Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja; 4. Suvremene teorijske paradigme u razvojnoj psihopatologiji; 5. Most prema psihopatologiji: od normalnog razvoja do psihopatologije, 6. Fenomenologija, klasifikacija i prevalencija psihičkih poremećaja u djetinjstvu; 	A. UVODNE TEORIJSKE POSTAVKE RAZVOJNE PSIHOPATOLOGIJE, RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI I FENOMENOLOGIJA
<ol style="list-style-type: none"> 7. Smetnje inicijative i rane socijalizacije; 8. Rane smetnje znatiželje i usmjerenosti na zadatak 9. Depresija, suicid i posljedice gubitka; 10. Anksiozni poremećaji i pretjerana samokontrola; 11. Poremećaji ophođenja i nedostatna samokontrola; 12. Ostali poremećaji u ranom djetinjstvu: autizam; razvojne posljedice mentalne retardacije; shizofrenija; rizici kod tjelesnih bolesti; oštećenja mozga; rizici u interpersonalnom kontekstu; razvojne teškoće kod djece pripadnika etničkih manjina; 	B. SPECIFIČNE RAZVOJNE TEŠKOĆE I POREMEĆAJI
<ol style="list-style-type: none"> 13. Liječenje i prevencija; 14. Odgajatelj i zaštita mentalnog zdravlja predškolske djece 	C. LIJEČENJE I PREVENCIJA

LITERATURA

Obavezna:

- Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A. (2003). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Dodatna:

- Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40(17), 161-186.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5, 1-2.
- Vulić-Prtorić, A. i Macuka, I. (2004). Anksioznost i depresivnost: Fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7(1), 45-64.
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2001). Dječja klinička psihologija. U knjizi: *Uvod u kliničku psihologiju*, (str. 365-413). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Školska knjiga: Zagreb.

A. UVODNE TEORIJSKE POSTAVKE RAZVOJNE PSIHOPATOLOGIJE, RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI I FENOMENOLOGIJA

1. Uvod u Razvojnu psihopatologiju

- Razvojna psihopatologija ili **NORMALAN RAZVOJ KOJI JE JE KRENUO KRIVIM PUTEM**
- Takvo shvaćanje podrazumijeva međuovisnost normalnog i nenormalnog razvoja, pri čemu svaki utječe na onaj drugi i od kojih nijedan ne opisuje razvoj u potpunosti bez onog drugog
- O dinamičkoj međuigri zaštitnih/rizičnih faktora u razvoju djeteta ovisi hoće li prevladati normalan ili patološki razvoj djeteta
- U posljednja tri desetljeća teorijske paradigme u psihologiji doživljavaju brojne promjene koje su posebno dinamične na području psihopatologije i razvojne psihologije
- Javila se potreba za stvaranjem što sveobuhvatnijih modela: zbog sve većih empirijskih i konceptualnih zahtjeva za odgovorima i tumačenjima normalnog i poremećenog ponašanja

U oba ova područja uočavaju se slijedeći trendovi u teorijskom pristupu ka:

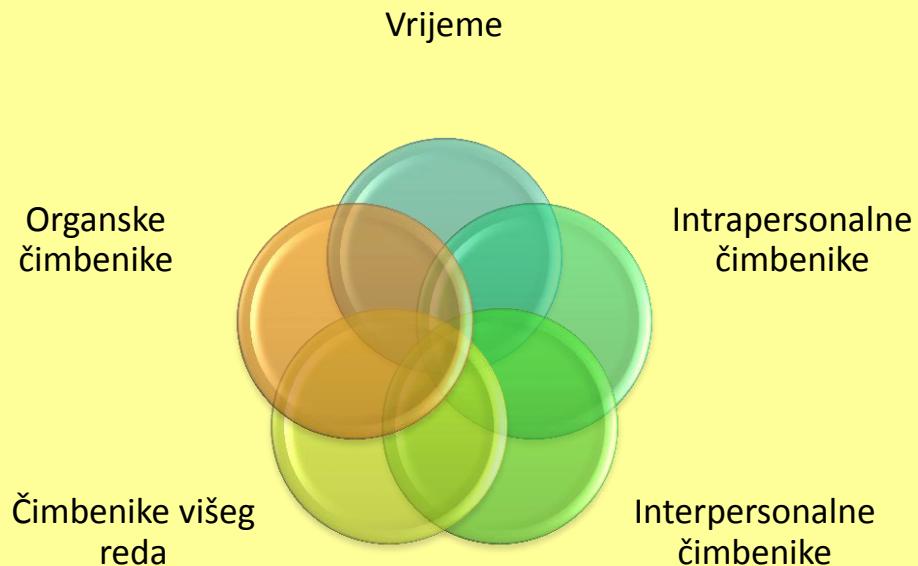
1. Promatranju razvoja tijekom cijelog životnog vijeka
2. Integriranju do nedavno potpuno odvojenih područja poput dječje i gerontološke psihologije
3. Iстicanju interakcionističkog pristupa i transakcije organizma i okoline u razvoju ličnosti

Interes razvojne psihopatologije usmjeren je na vrijeme, tj. na promjene tijekom vremena...

Psihopatološki fenomeni predstavljaju ponašanje koje se u jednom trenutku moglo smatrati odgovarajućim djetetovu stupnju razvoja, ali se to više ne može. Za ovu opću postavku da smetnje u odrasloj dobi imaju svoje korijene u djetinjstvu i dalje je etiološka hipoteza koju prihvataju svi razvojni psiholozi, a za nju je zaslužan S. Freud.

Opći razvojni model – Transakcijski pristup (Sameroff i Chandler, 1975)

Obuhvaća 5 dimenzija:



1. Vrijeme

- Problem: Kako definirati promjenu?
- Definiranje promjene u kronološkom slijedu vremena (Gesell: 6. godina buntovna, 7. godina mirna, 8. godina opet burna, a 9. opet mirna...)
- Definiranje promjene pomoću stadija razvoja (npr. Piagetova kognitivna teorija, bitno pitanje nije koliko je dijete staro, već u kojem je stadiju?)
- Vrlo je bitno kada se neki negativan događaj zbio (odvajanje od majke mnogo teže u kasnijoj predškolskoj dobi nego dojenačkoj jer se privrženost tek stvara)

2. Intrapersonalni kontekst

- Najveću ulogu u razumijevanju psihopatologije jer sadrži najviše razvojnih podataka
- Problem: Kako najbolje opisati pojedino dijete?
- Bihevioristi (kroz ponašanje), Piaget (kroz stadij kognitivnog razvoja), Freud (kroz odnos dijelova ličnosti), itd...
- Koju teoriju u opisu koristiti?
- Onu koja u najvećoj mjeri osvjetljavaju psihopatologiju o kojoj se radi – *EKLEKTIČKI STAV*

3. Interpersonalni kontekst

- ... se odnosi na interakciju među pojedincima
- Od svih interakcija najvažnija je ona između roditelja i djeteta – najvažnija u određivanju normalnog/poremećenog razvoja i zato što je najdetaljnije istražena
- Drugi najvažniji odnosi su vršnjački odnosi - nešto manje istraživani
- Najmanje istraženi: odnosi između braće, sestara i odnos odgajatelj-dijete ili učitelj-dijete

4. Kontekst višeg reda

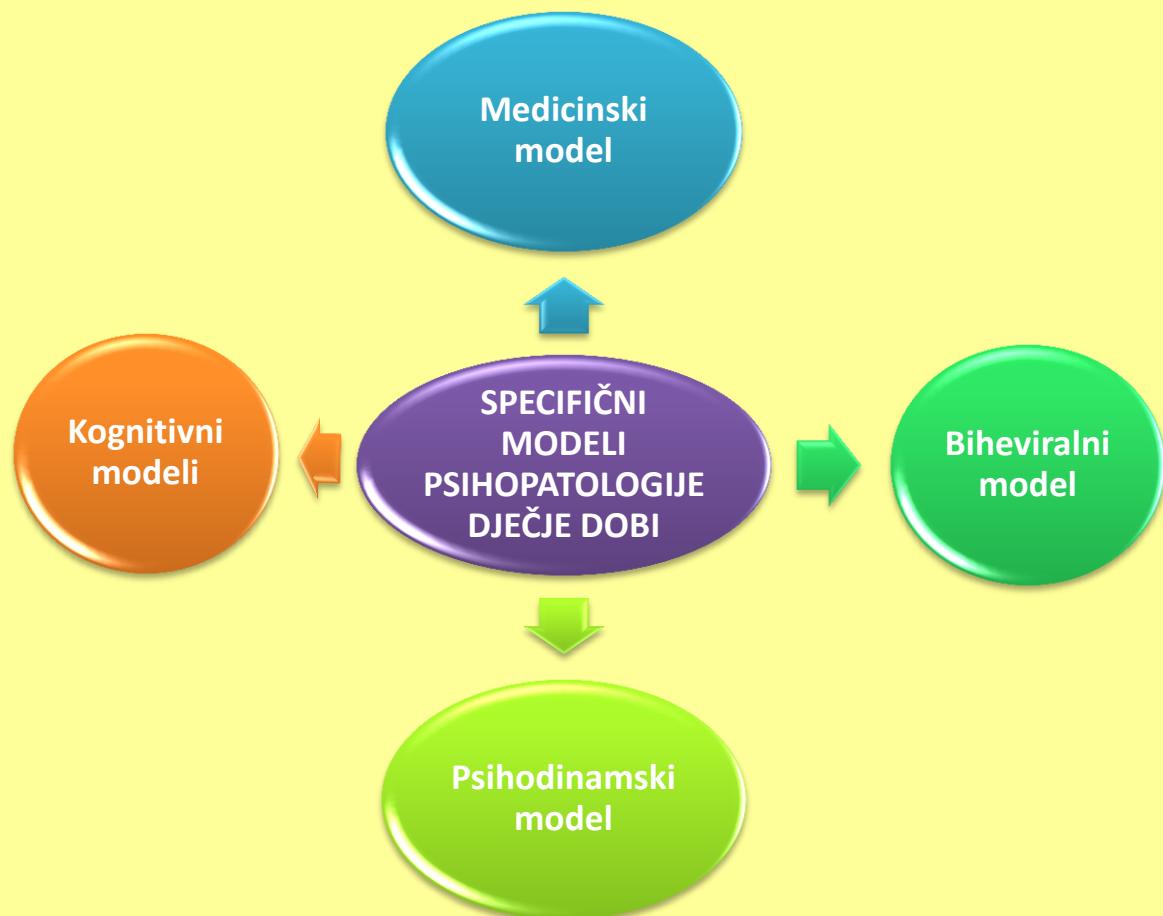
- ... se odnosi na skupine pojedinaca kad se promatraju kao cjelina, kao što su npr. obitelj, skupina, socijalna klasa, kultura; na razini obitelji proučavao se utjecaj obiteljske dinamike na normalan/poremećen razvoj djeteta
- Na razini skupina – utjecaj bandi na razvoj delinkventnog ponašanja
- Na razini socijalnih klasa – utjecaj siromaštva
- Na razini kulture – stresovi etničkih manjina

5.Organski kontekst

- ... uključuje različite karakteristike ljudskog tijela koje su od važnosti za razumijevanje poremećenog razvoja: genetski materijal, čimbenici koji su važni za strukturu i funkciju tijela, a osobito mozga, te čimbenici koji određuju one urođene individualne razlike koje se odnose na temperament; nije isto što i psihološki doživljaj tijela
- Istraživanja: o učincima psiholoških smetnji na organsku osnovu tijela, psihološkim posljedicama oštećenja mozga i tjelesnih bolesti, te o utjecaju genetaskih faktora

6. Interakcije

- Dijelovi općeg razvojnog modela nisu statični, već u stalnim međusobnim interakcijama
- Npr. nije jednako biti roditelj jednogodišnjaku s 25, 35 ili 45 godina; nije jednako biti niže socijalne klase u 1970-tim, 1990-tim ili danas; nije jednako biti homoseksualno orientiran u SAD-a ili u našoj zemlji; dinamika obitelji je danas mnog ubrzanija nego što je to bila prije 50 godina, što utječe na odgoj djece, i slično...
- Mijenjao se i pogled na dijete – primjer Mary Ellen (1874), a tako i na psihopatologiju dječje dobi (npr. izbacivanje homoseksualnosti iz popisa psihijatrijskih smetnji, 1974)
- Ove kontinuirane i progresivne interakcije među čimbenicima nazivaju se transakcijski pristup



Medicinski model

- Pripada organskom kontekstu
- Sastoji se od 2 komponente: opća etiološka hipoteza (da su svi određeni psihopatološki fenomeni posljedica organskih smetnji) i klasificiranje i objašnjavanje psihopatološkog ponašanja jednako kao i tjelesne bolesti kroz dijagnostiku
- Organska etiologija (3 specifična modela):
 - Uzrok psihopatologiji su genetski faktori (genetski model) – 3 smjera istraživanja
 - Uzrok psihopatologiji su biokemijska sredstva (biokemijski model) – bakterije, virusi, promjene u metabolizmu određenih tvari u mozgu
 - Uzrok psihopatologiji su promjene u mozgu (neurofiziološki model) – naslijeđene, kongenitalne i stечene
- Medicinski model dijagnoze: na osnovu manifestacije jednog ili više simptoma postavlja se dijagnoza o psihopatološkom poremećaju, na osnovu čega se određuje medikamentna terapija s ciljem izlječenja (premda koristan ovaj model ima slsijedeće nedostatke: relativnost različitih klasifikacija a onda i dijagnoza, te prepojednostavljenje složenosti psihopatologije, posebice razvojne)

Bihevioralni model

- Usmjeren na okolinske faktore koji oblikuju ponašanje, a ima tri obilježja:
 - Temeljne podatke za znanstvenu psihologiju daje ono ponašanje koje se može vidjeti
 - Podupire samo ona istraživanja koja se provode pod strogo kontroliranim uvjetima
 - Pretpostavlja da ograničen broj principa učenja može objasniti različita ponašanja kod čovjeka i životinja
- Principi učenja: Klasično uvjetovanje; Operantno uvjetovanje; Generalizacija, gašenje, kažnjavanje; oblikovanje, primarno i sekundarno potkrepljivanje; Učenje po modelu, oponašanje
- Razvojna dimenzija se uvodi kroz socijalne zahtjeve za promjenama ponašanja koja odgovaraju dobi
- Neka djeca rastu uz takva iskustva za učenje koja povećavaju njihove mogućnosti uspješne prilagodbe zahtjevima okoline, dok druga doživljavaju iskstva koja umanjuju vjerojatnost takvog ishoda – u drugom slučaju dolazi do neprilagođenog ponašanja (bihevioristi), pri čemu se ističu:
- Kulturološki relativizam (ono što se smatra prilagođenim u jednom, ne mora biti u drugom društvu)
- Kvantifikacija (psihopatologija=devijacija učestalosti ili intenziteta ponašanja-deficit ili suvušak ponašanja, npr. deficit kontrole ponašanja kod autizma), definicija devijacije kao (ne)prikladnost odnosa podražaja i odgovora
- Bihevioralne terapije (promjena ponašanja)

Psihodinamski model

- Zanimanje za otkrivanje dinamike – temeljnih motiva, osnovnih pokretača – ljudskog ponašanja, tj. za intrapersonalne snage
- Za razvojnu psihopatologiju značajna dva aspekta modela:
- Strukturalna teorija: ličnost se sastoji od ida, ega i superega, dinamika ličnosti determinirana je pobudama ida koje ego nastoji ukrotiti ukazivanjem na realnost i kriterije superega (id od rođenja, ego sa 6 mjeseci, a superego od 5-6. godine); psihoseksualne teorija (libido, oralni, analni, falusni stadij, fiksacije, Edipov i Elektrin kompleks)
- Genetska teorija
- Psihopatologija je pitanje jače neravnoteže između ida, ega i superega
- Pretjerane fiksacije na određeni stadij (uslijed premale ili prevelike brige prema djetetu); što je ranija fiksacija, to je teža psihopatologija: Edipov kompleks je povezan

s histeričnim i fobičnim smetnjama, analni stadij s opsesivno-kompulzivnim poremećajem, a oralni stadij s psihozama

- Psihologija selfa (Kohut); self ima dvije osnovne potrebe:
 - Potreba za zrcaljenjem (potreba djeteta da se njegova očitovanja i proizvodi prepoznaju, prihvate i da im se divi – ključna osoba je majka)
 - Potreba za idealizacijom (potreba djeteta za divljenjem i identifikacijom sa snažnom osobom – ključna osoba je otac)
- Jezgra selfa pojavljuje se tijekom 2. godine; majka koja je uspješno zrcalila dijete i otac koji se postavio kao osoba za idealizaciju stvorit će autonomnu osobu sa samopoštovanjem i samouvjereniču, koja razvija svoje talente i vještine koji su u službi ambicija i ciljeva; u suprotnom dolazi do razvoja niza poremećaja ličnosti

Kognitivni modeli

- Ne postoji cjeloviti kognitivni model psihopatologije dječje dobi (neki uzimaju u obzir temeljne Piagetove pojmove, a drugi ne)
- Općenito, kognitivni razvoj nije jednostavno nakupljanje sve većeg broja točnih informacija do sveobuhvatnog razumijevanja selfa i okoline, već je početno razumijevanje pogrešno i mora se ispraviti prema iskustvu, a ovakvi ispravci moraju se višekratno prepravljati sve dok se ne postigne *ispravno shvaćanje realnosti*
- Budući da netočna razumijevanja sadrže klice psihopatološkog, važno je da dijete ostane otvoreno za razvoj i da na taj način, neprestanim testiranjem, ispravlja i mijenja pogrešna uvjerenja
- Piagetova teorija: ističe stadije i kvalitativne promjene kao pokazatelj napretka djeteta (kritike: npr. potcijenio djecu-stalnost objekta se javlja i ranije)
- Ostale kognitivne teorije također se primjenjuju pri objašnjavanju specifičnih psihopatoloških fenomena, kao što su: teorija obrade podataka (ljudski um je složeni sustav koji barata simbolima i koji radi na način sličan digitalnim računalima) i tzv. neo-piagetovci (koriste modificiranu Piagetovu teoriju)

Što je razvojna psihopatologija?

U području psihopatologije već je duže vrijeme evidentna:

- neprihvarenost modela psihopatologije odraslih i tradicionalnih koncepata na djecu i adolescente i
- potreba da se psihički poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji proučavaju u kontekstu maturacijskih i razvojnih procesa.

Te su potrebe zadovoljili razvojni psihopatolozi i time od kraja 70-tih godina stvorili novu orijentaciju u tumačenju psihopatologije: Alan Sroufe, Arnold Sameroff, Dante Cicchetti, Thomas Achenbach, Peter Jense i dr.

Sameroff (2000): razvojna psihopatologija se javila kao reakcija na 3 dominantna principa u tumačenju psihopatologije koja se s vremenom pokazala prilično problematična...

Rutter i Sroufe (2000) tom problemu dodaju i ograničenja u postojećim sistemima dijagnostičke klasifikacije – neke su dijagnostičke kategorije prihvaćene kao takve unatoč njihovoј slaboj pouzdanosti (dob, vremenski prijelaz između pojedinih razdoblja, specijaliziranost razvojnih psihologa samo za uska područja, zanemarivanje spolnih razlika)

Suvremena razvojna psihopatologija

- S ciljem rješavanja prethodnih problema, suvremena razvojna psihopatologija oblikovala je pristup koji u proučavanju i tumačenju porijekla i procesa nastajanja različitih oblika poremećaja uzima u obzir transformacije u fenomenologiji poremećaja s obzirom na međusobnu interakciju različitih faktora (dob, spol, rizični i zaštitni faktori, multideterminiranost i interakcija u tumačenju etiologije)
- Razvojna psihopatologija nije novi razvojni model – obuhvaća dosadašnje teorijske tradicije (razvojna psihologija, klinička psihologija...), ali ne favorizira posebno niti jednu od njih i nema ih namjeru integrirati u fiksan teorijski model
- Razvojna psihopatologija je prvenstveno način mišljenja, pristup razumijevanju razvoja i psihopatologije, a teorije se pri tome koriste prvenstveno za generiranje hipoteza za provjeru i niti jedna od njih ne može u potpunosti objasniti neki poremećaj
- Korisnjim od samih teorijskih modela (biheviorističkog, psihodinamskog i sl.) su tzv. **mini-teorije**=modeli ili tumačenja koja se odnose na jednu ili više komponenti specifičnog oblika disfunkcionalnosti (npr. za analizu agresivnog ponašanja djece koristi Bowlbyeva teorija privrženosti)

Psihopatologija i razvoj

- Područje interesa RPP-e prvenstveno je RAZVOJ, a zatim psihopatologija
- Temelji se stoga na teorijskim modelima, tumačenjima i metodama istraživanja iz razvojne psihologije
- RPP se bavi porijekлом i vremenskim slijedom razvoja, te relacijama s poremećenim oblicima ponašanja

- **Temeljna postavka u RPP**=osoba se cijeli svoj život kreće između patoloških i nepatoloških oblika funkcioniranja i da njeno funkcioniranje nikada nije potpuno patološko i potpuno nepatološko u svim domenama
- Dakle, većina poremećaja ne nastaje odjednom – javljaju se postepeno, od subkliničke simptomatologije, pojedinačnih simptoma, preko sindroma do poremećaja
- Razvoj se ne odvija kao serija linearog dodavanja, već je karakteriziran stalnom reorganizacijom podjednako i starih i novih elemenata – isto iskustvo može imati različito značenje u različitim kontekstima
- **NORMALNOST**= uspješna integracija bioloških, socijalnih, emocionalnih i kognitivnih postignuća koja pridonose podjednako sadašnjoj i budućoj adaptaciji
- **ABNORMALNOST**=manjak integracije među različitim domenama + razvoj takvih psiholoških mehanizama koji su rigidni i vode u buduću neadaptaciju
- Bitno je prvo poznavati normalan razvoj pojedinca, da bi se razumjela njegova patološka odstupanja – npr. dobne i spolne specifičnosti...

2. Porijeklo i proces nastajanja različitih oblika poremećaja – Koncept razvojnih linija psihopatologije

Uvod

- Razvojna psihopatologija ima dva zahtjeva:
 - Empirijski (moraju se opisati preteče karakteristične manifestacije i posljedični tijek psihopatoloških procesa sa ili bez intervencija)
 - Konceptualni (mora se objasniti odnos između normalnog i psihopatološkog razvoja)
- Multideterminiranost i interakcije – dvije osnovne ideje o etiologiji (kako je do poremećaja došlo?)
 - Prvo: psihopatološki fenomeni imaju brojne uzroke
 - Drugo: brojni uzroci djeluju jedni na druge ali se i mijenjaju tijekom vremena
- Nemaju svi čimbenici jednak negativan utjecaj na sve psihopatološke fenomene, tako da ne mogu za sve poremećaje jednako biti kategorizirani u rizične odnosno zaštitne faktore – npr. društvena poruka „Mršavo je lijepo“ ima značajnog utjecaja na razvoj anoreksije nervoze ali ne i autizma
- Pored svega, sve te uzroke i njihove interakcije treba sagledati unutar šireg konteksta interpersonalnih (npr. odnos majka-dijete) i intrapersonalnih čimbenika (npr. temperament)

Razvojni putovi

- Današnji način definiranja razvojne psihopatologije jest putem razvojnih putova (razvojni tijekovi, razvojne linije)
- Pitanja koja se postavljaju:
 - U kojem trenutku i zbog čega razvoj kreće tijekom koji nije normalan?
 - Kako dva čimbenika: oni koji djecu čine osjetljivijom na rizike i oni koji ih štite od tih rizika, djeluju tijekom vremena i kako dovode do potpuno razvijene psihopatologije?
 - Zašto kod neke djeca dolazi do povlačenja, a kod neke do perzistiranja psihopatoloških fenomena?
 - Utječju li na taj razvojni put čimbenici kao što su spol, dob, inteligencija, SES?
 - Jesu li stepenice koje čine taj put odvojene i zamjenjive ili im je redoslijed nepromjenjiv i akumulativan?
 - Zašto neki putovi dovode do komorbiditeta (istodobne pojave dva psihopatološka fenomena)?
- Ono što je jasno: što više znamo o ranim čimbenicima rizika, bolje ćemo moći oblikovati učinkovite preventivne programe, a što se ranije intervenira, liječenje je učinkovitije

Koncept razvojnih linija psihopatologije (Alan Sroufe, 1997)

- Sroufe (1997) objašnjava kontinuitet psihopatologije koristeći staru metaforičku shemu J. Bowlbija u kojoj je koncept razvojnih putova prikazan pomoću drveta u kojem pojedine grane pokazuju put do djetetove pozitivne adaptacije i kompetentnosti ili do loše adaptacije i poremećaja
- Tri karakteristike:
 - Naglašena je razvojna dimenzija
 - Ideja dinamičnosti
 - Što je dijete duže na maladaptivnom putu, to se smanjuju mogućnosti za pozitivnu adaptaciju

Istraživanja su pokazala...

- U RP poremećaji se promatraju kao heterogeni entiteti čija se simptomatologija mijenja u funkciji razvoja
- Kazdin (1989): razvojna supstitucija simptoma: uslijed brzih razvojnih promjena specifični klinički problemi mogu nestati i biti zamijenjeni nekim drugim u kasnijoj dobi
- Neka preoblematična ponašanja koja karakteriziraju slabu prilagodbu (npr. strahovi) su relativno česti i uobičajeni u djetinjstvu ali ih većina djeca uspijeva prevladati odrastanjem – nazivaju se PROLAZNIM REAKCIJAMA – oprez kod roditelja i odgajatelja treba biti u onim situacijama i kod one djece kod kojih određene reakcije nisu prolazne (perzisitaju čitav predškolski period gotovo svaki dan)
- Longitudinalnim praćenjem N=130 djece od rođenja do 22. godine utvrđene su tri kategorije temperamenta: iz grupe teškog, 70% djece je razvilo neki poremećaj do 9. godine, a ostalih 30% nikakav (većina te djece i njihovih roditelja su dobili neku stručnu pomoć ili su sami prevladali teškoće uslijed brze prilagodbe roditelja djetetovim potrebama i ritmu) (Chess i Thomas, 1991)
- Najveći stupanj kontinuiteta je utvrđen kod psihotičnih poremećaja, antisocijalnog /agresivnog ponašanja i mentalne retardacije)

Psihopatološke reakcije i adaptacija

- U RP se polazi od prepostavke da niti jedna osoba nije potpuno zaštićena od patoloških ili neadaptivnih posljedica, niti je na njih potpuno osuđena
- Priroda razvojnih procesa je karakterizirana progresivnom transformacijom i adaptacijom: nova iskustva na biološkom, psihološkom i socijalnom planu otvaraju toj osobi mogućnosti za modifikaciju mehanizma adaptacije
- Kad su okolinski uvjeti poremećeni ili patološki, djetetova je adaptacija tim uvjetima također patološka – IDEJA O PSIHOPATOLOŠKIM REAKCIJAMA KAO ADAPTACIJSKIM PONAŠANJIMA

- U tom smislu simptomatologija se promatra dvojako:
- Kao neadaptivni mehanizmi kojima osoba prevladava nastale unutrašnje ili vanjske poteškoće i koji ne donose olakšanje ili rješenje
- Kao jedini mogući mehanizmi koje je ta osoba imala na raspolaganju i koji predstavljaju najbolji mogući oblik adaptacije

Etiološka multideterminiranost psihopatološkog razvoja

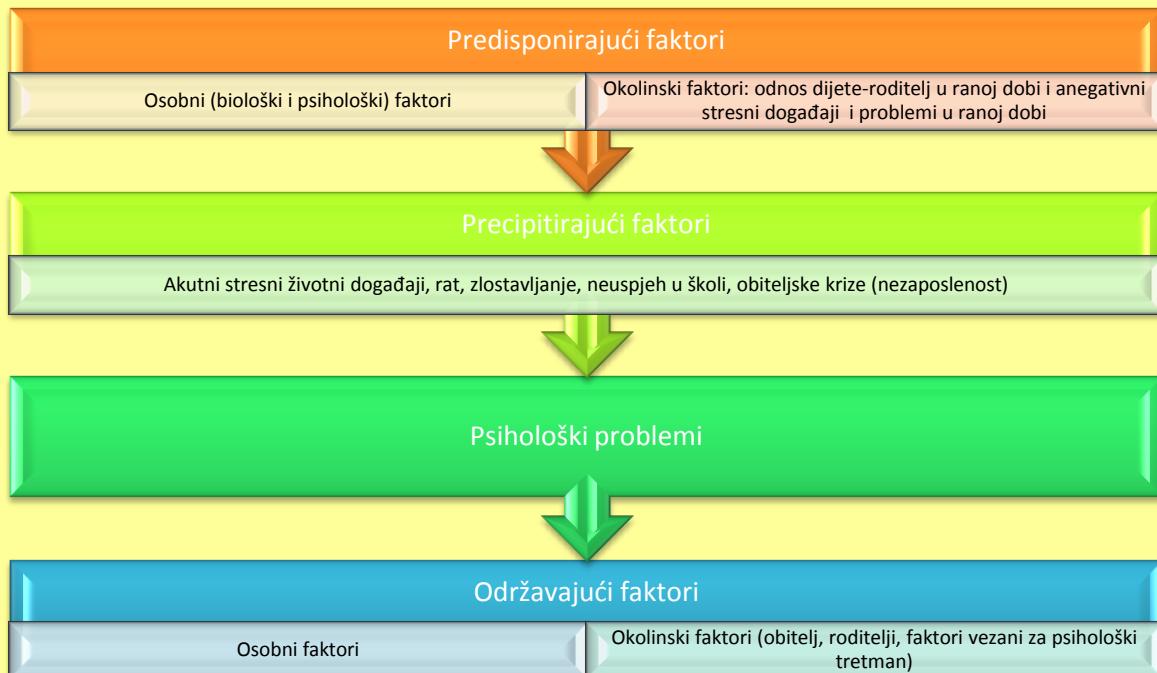
- Etiologija različitih poremećaja se promatra kroz dobro frazličito strukturirane biološke, psihološke i socijalne sisteme
- Uglavnom se radi o nelinearnoj dinamici razvoja koja se manifestira dvojako, kroz: multifinalnost i ekvifinalnost
 - Multifinalnost – različita simptomatološka slika može rezultirati iz istog etiološkog izvora (npr. poremećena obiteljska komunikacija može proizlaziti iz depresije članova obitelji, separacijske anksioznosti, poremećaja hiperaktivnosti ili nečeg četvrtog...)
 - Ekvifinalnost – ista simptomatološka slika može biti rezultat različitih etioloških faktora (npr. uslijed disregulacije neurotransmitera, uslijed gubitka drage osobe u djetinjstvu, uslijed niskog samopoštovanje i nečeg četvrtog... može doći do pojave depresivnosti)
- Kontekstualni pristup (Sameroff, 2000): komorbidnost je oblik multipatologije koja nastaje kada postoji veliki broj rizičnih i mali broj zaštitnih čimbenika u razvoju neke osobe
- Holistički i integrativni pristup: korištenje multidimenzionalne procjene, a razvoj pojedinca i patologija se promatraju nutar šireg društvenog konteksta

3. Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja

Značenje konteksta u razvoju psihopatoloških pojava

- Kontekstualni, ekološki pristup razvoju normalnog i patološkog ponašanja i doživljavanja uzima u obzir karakteristike okruženja u kojem dijete živi:
 - Odnose između djeteta (njegovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina) i njegove okoline (roditelja, braće i sestara, obiteljskih odnosa, vršnjaka i susjeda, škole i zajednice u kojoj žive i šireg sociokulturalnog konteksta)
 - Specifične načine na koji ti faktori djeluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja
- Za razvoj nekog poremećaja važniji je broj rizičnih faktora od njihove kvalitete, vrste ili tipa
- Rizik predstavlja svako stanje ili okolnosti koje povećavaju vjerojatnost da se razvije određeni psihopatološki fenomen
- Philadelphijska studija: što je više rizičnih faktora više je i patologije, a to je više zaštitnih faktora, više je i pozitivnih rezultata (Sameroff, 2000)
- Ne radi se o faktorima koji su odvojenog tipa, već su dimenzionalni – isti faktori na jednom kraju potiču psihičko zdravlje a na drugom poremećaj, ali također isti faktori mogu biti rizični za neke oblike psihopatologije ali zaštitni za druge
- Npr. bihevioralna inhibicija u kombinaciji s visokom autonomnom reaktivnošću se pokazala rizičnim faktorom za anksiozne poremećaje, ali je istovremeno zaštitni faktor za delinkvenciju
- Npr. loše susjedstvo je rizični faktor samo za djecu u 1. razredu OŠ ali ne i za onu koja polaze 7. razred OŠ
- Postoje 2 suvremena kontekstualna modela: Bronfenbrennerov i Sameroffov

Rizični faktori



Zaštitni faktori

Zaštitni faktori

Osobni faktori (aktivnost i psihološki faktori)

Okolinski faktori (obitelj, roditelji, faktori vezani za psihološki tretman)

Rizici, osjetljivosti i zaštitni čimbenici

Organski

Intrapersonalni

Interpersonalni

Višeg reda



Rizici

genetski
pre- i perinatalni utjecaji...

niska inteligencija, nisko
samopoštovanje, nesigurna
privrženost...

bračni, obiteljski problemi,
zlostavljanje

siromaštvo



Osjetljivosti

"teški" temperament

spol, slaba sposobnost
planiranja

slabi odnosi s oba roditelja,
nedostatak skrbi, nedostatak
pozitivnog iskustva u školi



Zaštitni čimbenici

"laki" temperament

prosječna ili natprosječna inteligencija,
socijalna uključenost

pozitivna, stalna skrb, dobri odrasli
modeli



Zaštitni mehanizmi

smanjivanje učinaka rizika, umanjivanje negativne lančane rekacije, poticanje samopoštovanja, otvorenost za povoljne prilike

4. Suvremene teorijske paradigme u razvojnoj psihopatologiji

Bronfenbrennerov model ekološke integracije

- Dijete se promatra u okviru slojevitog socijalnog konteksta
- Na okolinu se gleda kao na niz međusobno povezanih slojeva od kojih oni koji su najbliže osobi imaju najneposredniji utjecaj, a oni udaljeniji utječu posredno
- Utjecaj je dvosmjeren i transakcijski
- Slojevi: dijete, mikrosustav, egzosustav i makrosustav

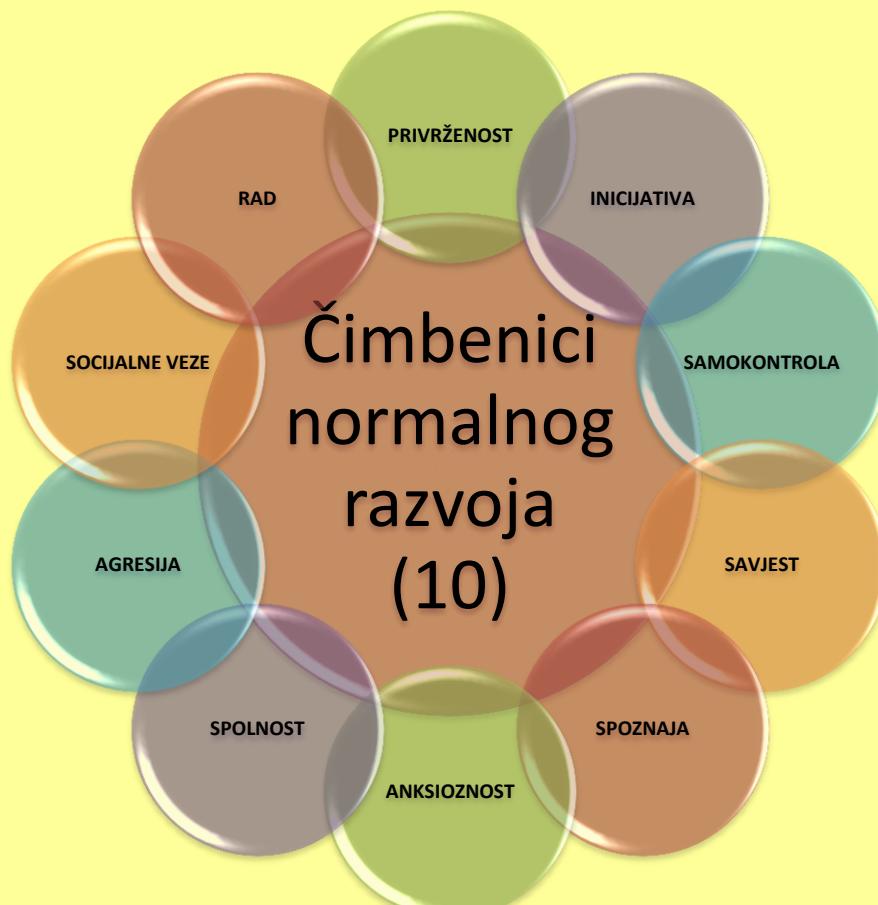
Model transakcijskog razvoja (Sameroff, 2000)

- Podrazumijeva uzajamnost djelovanja genetskih i okolinskih regulatora ponašanja
- Koliko genotip djeluje kao biološki regulator, toliko sociotip djeluje kao socijalni regulator
- Djelatovo ponašanje u bilo kojoj točki tijekom njegovog razvoja rezultat je transakcije između fenotipa (djeteta), vanjskog sustava (sociotipa) i biološke organizacije (genotipa)

5. Most prema psihopatologiji: Od normalnog razvoja do psihopatologije

Uvod

- Na osnovu samog definiranja razvojne psihopatologije kao normalnog razvoja koji je krenuo krivim putem, bitno je znati temeljne odrednice normalnog razvoja djetete
- Drugim riječima, da bi se mogao razumjeti bilo koji psihopatološki poremećaj potrebno je imati osnovna znanja iz razvojne psihologije
- 10 čimbenika je izrazito značajno za normalan razvoj djeteta
- Ti su čimbenici krucijalni za dobrobit djeteta i ukoliko samo jedan pođe krivim putem, postoji vrlo velika vjerojatnost da će dijete razviti neki od psihopatoloških poremećaja
- Ti čimbenici uglavnom potiču razvoj djeteta, ali ga isto tako mogu i kočiti
- Što je veći broj čimbenika ugrožen, postoji veća vjerojatnost da će se neki od psihopatoloških fenomena razviti



Privrženost, inicijativa i samokontrola

1) PRIVRŽENOST

- čvrsta emocionalna veza između djeteta i odrasle osobe
- započinje odmah po rođenju
- vrsta privrženosti je determinirana specifičnim okolnostima skribi i brige u kojima se odvija
- dijeli se generalno na pouzdanu (sigurnu) nepouzdanu (anksiozno-izbjegavajuću, anksiozno-opiruću, dodatno obrasci)
- pretjerana privrženost negativno utječe na razvoj samopouzdanja kod djeteta

2) INICIJATIVA

- =samouvjerenost djeteta koja ga gura da istražuje i manipulira svojom okolinom
- 2. godina
- znatiželja je vrlo usko vezana uz inicijativu, a zahtijeva sposobnost usmjeravanja pažnje na zadatku ili interesantan podražaj
- potrebno je pronaći adekvatne odgojne metode koje će dovoljno poticati inicijativu ali i postavljanju granica
- ukoliko granica nema, postoji opasnost od razvijanja neposluha kad se dijete suprostavlja svim autoritetima

3) SAMOKONTROLA

- =sposobnost odupiranja porivu za upuštanjem u ponašanja koja nisu socijalno prihvatljiva
- početno, samokontrola je uvjetovana iz okoline pomoću potkrepljenja
- društveno uvjetovani čimbenici samokontrole su: nagrada i kazna od strane okoline, modeliranje ili oponašanje
- u drugoj fazi djeca internaliziraju upute okoline i koriste različite strategije za postizanje samokontrole: govorenje samom sebi, odgađanje zadovoljenja
- značajno je naučiti dijete adekvatnom postavljanju granica samokontrole – niti prejaka niti preslabu

Savjest, spoznaja i anksioznost

4) SAVJEST

- razvojni temelji se nalaze u roditeljskim ocjenama djetetova ponašanja (dobar/zločest dečko) i blisko su povezani s vrijednostima
- s daljnjim razvojem dolazi do internalizacije dobivenih roditeljskih ocjena i to samoocjenjivanjem ("dobar/loš") pri čemu djeca doživljavaju istu ugodu i ustrašenost kao da se radi o ocjenama roditelja
- kad si kaže da je dobar dijete doživljava ugodu što se pretvara u zadovoljstvo samim sobom, a kad si kaže da je loš osjeća ustrašenost što prerasta u krvnju – stoga pretjerana savjest može postati kažnjavajući tiranin

5) SPOZNAJA

- razvoj kognitivnih sposobnosti
- rumijevanje fizičke i socijalne okoline, kao i samog sebe
- ograničenja predoperacijske misli: realnost je iskrivljena magičnim idejama (omnipotencija) zbog nezrelosti kognicije
- znakom poremećenog razvoja smatra se pojava takvih ponašanja i razmišljanja koja ukazuju na to da kasnije nije došlo do zamjene realnim razumijevanjem (*10-godišnje dijete koje smatra da može čuti kroz dugme na trbuhu*)

6) ANKSIOZNOST

- neugodno čuvenstvo straha i strepnje
- doživljavanje strahova i anksioznosti su normalni dio djetetova razvoja
- djeca koriste obrambene mehanizme kojima se štite od anksioznosti:
(represija)=potiskivanje u nesvesno; **reaktivna formacija**=pretvaranje jednog osjećaja u njemu suprotan; **projekcija**=potiskivanje i pripisivanje drugima zabranjenih osjećaja; **pomicanje**=preusmjeravanje podražaja na neki drugi objekt; **regresija**=povratak na obrasce ponašanja mlađe dobi; **racionalizacija**=smišljanje razloga za neopravdan postupak ili stav
- anksioznost se proglašava poremećajem kada te obrane postanu rigidne, uporne i izrazite

Spolnost, agresija, socijalne veze i rad

7) SPOLNOST

- predškolski period: razvoj spolnog identiteta i spolne uloge
- društveni stereotipi utječu na različit pristup odgoju dječaka i djevojčica
- pubertet i adolescencija: spolnost uključuje i snažnu erotsku ugodu koja se kontrolira putem socijalizacije: postoji vrijeme i mjesto za seksualna ponašanja
- do poremećaja spolnog identiteta može doći ukoliko se djete počne snažno i trajno identificirati sa suprotnim spolom

8) AGRESIJA

- =ponašanje koje za cilj ima nanošenje štete ljudima ili stvarima a emocije koje ga prate su srdžba ili mržnja
- predškolski period: dječaci su agresivniji, prevladava tjelesna agresija koja prerasta u verbalnu • obrambeni mehanizmi koje djeца koriste kod izražavanje agresije: **premještanje**= promjena objekta srdžbe; **sublimacija**=izmjena destruktivnih namjera u socijalno prihvatljive; **prekrivanje** u pasivnom obliku
- agresivnom djelitu treba pomoći da pronađe konstruktivne načine svladavanja srdžbe

9) SOCIJALNE VEZE

- odvija se kroz socijalni razvoj – razvoj vršnjačkih odnosa -> razvoj prijateljskih odnosa (uspostavljanje, održavanje, svladavanje konflikata)
- iskustvo i dob utječu na vrstu interakcija među djecom
- značajne individualne razlike među djecom u kvaliteti vršnjačkih odnosa (omiljena i neomiljena dječa)
- javlaju se i grupe koje utječu na međusobno druženje (organizacije pojedinaca koje imaju pravila ili vrijednosti koje reguliraju ponašanje pojedinaca).

10) RAD

- razvija se iz inicijative
- ono što djeca rade jest da se igraju – preteča radnika
- polaskom u školu pred djecu se postavljaju različiti naporci koji se cijene kao nikad prije – djeca ih doživljavaju vrlo različito

Most prema psihopatologiji

KONCEPTUALNI

DIJAGNOSTIČKI

TRADICIONALNI

**MULTIVARIJATNI
STATISTIČKI**
**(do dijagnostičkih kategorija
se dolazi na osnovu
statističkih postupaka)**

Konceptualni most

- Polazi od toga da isti čimbenici koji potiču razvoj mogu ga i kočiti
- Jedno od glavnih neriješenih pitanja u istraživanju psihopatologije tiče se kontinuiteta ili diskontinuiteta između normalnog i poremećenog ponašanja koje se ponekad označava kao kvantiteta nasuprot kvaliteti
- Nalazi li se svako patološko ponašanje u kontinuumu s normalnim ponašanjem?
- Npr. je li fobija samo pretjerana ustrašenost ili možda ima vrlo malo analogije s normalnim ponašanjem?

Dijagnostički most

- Polazi od prepostavke da se svi psihopatološki fenomeni mogu klasificirati s obzirom na njihovu simptomatologiju
- Premda su klasifikacije važne, djeca se rijetko uklapaju u jednu dijagnostičku kategoriju
- Postoje različite klasifikacije

Mnoge od njih:

1. Sadrže kategorije koje nose sa sobom i značenje težine smetnje
 2. Kao i to što razlikuje smetnje koje su psihološke (funkcijske) i organske
 3. Te se veći broj pojedinih patoloških fenomena može poredati na dimenziji internalizacije-eksternalizacije djetetovih problema:
- djeca-internalizatori: pate sama djeca, npr. djeca s anksioznošću
 - djeca-eksternalizatori: pati okolina, npr. djeca s delinkvencijom

Tradicionalni most: DSM

- Tradicionalna klasifikacija duševnih bolesti koja se temelji na znanstvenom promatranju
- Pristup psihijatara i kliničara
- Cilj DSM-klasifikacije je da bude koristan vodič u kliničkoj praksi za kriterije u definiranju dijagnostičkih kategorija
- 5 parametara za prosudbu dijagnostičkih klasifikacija su:
 1. Princip izdvajanja ponašanja kao nenormalnog
 2. Objektivnost
 3. Pouzdanost
 4. Valjanost
 5. Sveobuhvatnost
- Nedostaje razvojna dimenzija

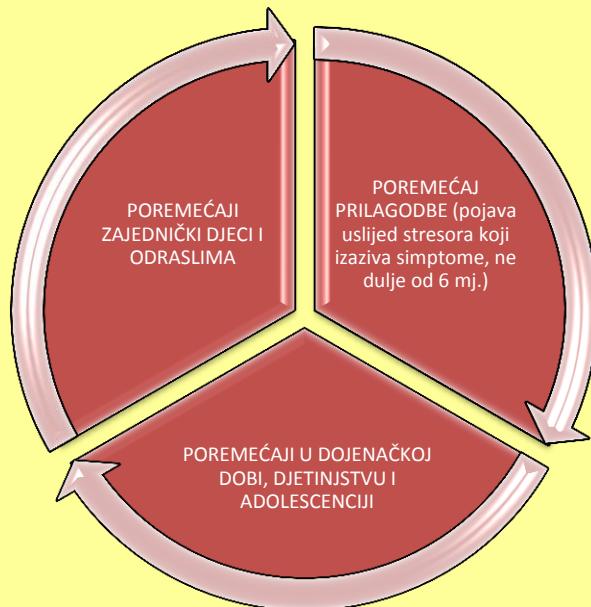
Normalni problemi i normalno problematično ponašanje

- Campbell (1989): tipični ne-psihopatološki razvojni problemi tijekom dojenačke dobi i predškolskog razdoblja



6. Fenomenologija i klasifikacija psihopatoloških poremećaja

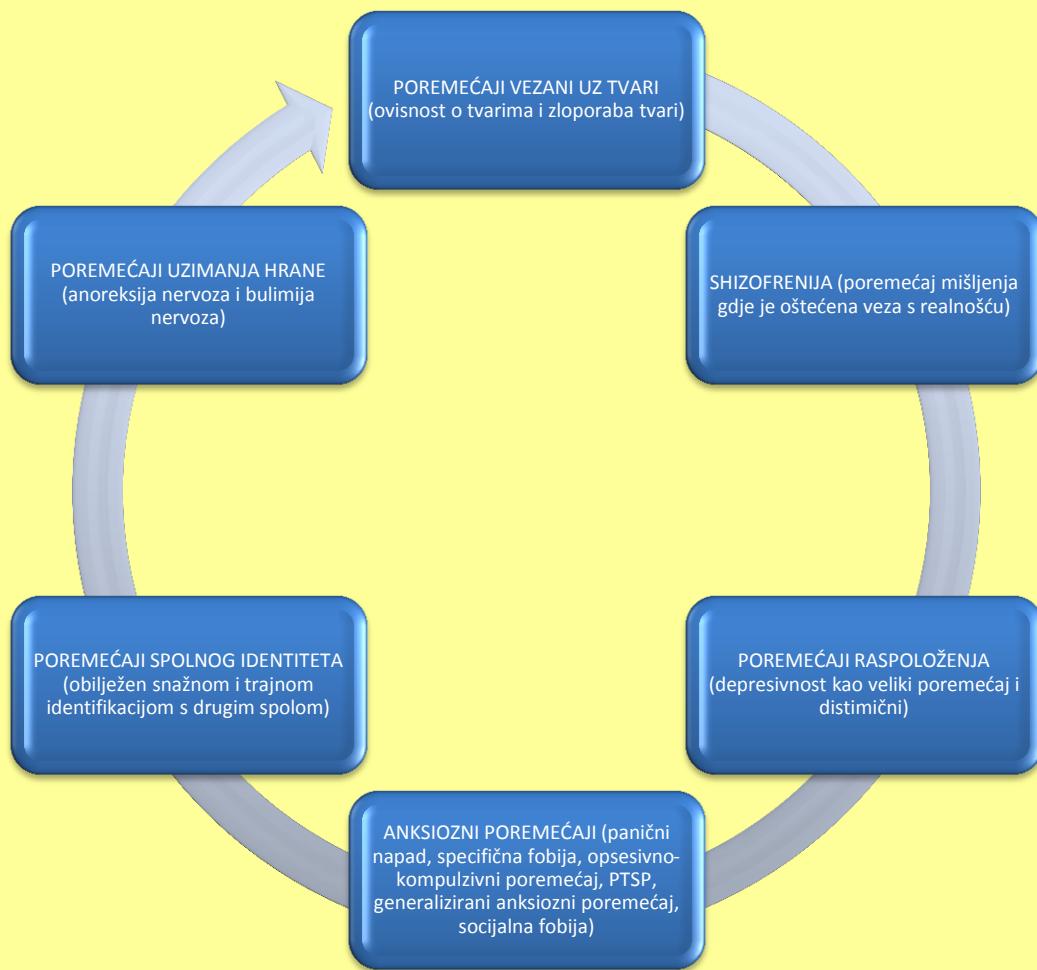
- Tablica psihopatoloških fenomena usporedo s normalnim razvojem (Wenar, 2003)
- Klasifikacija psihopatoloških poremećaja prema DSM-IV

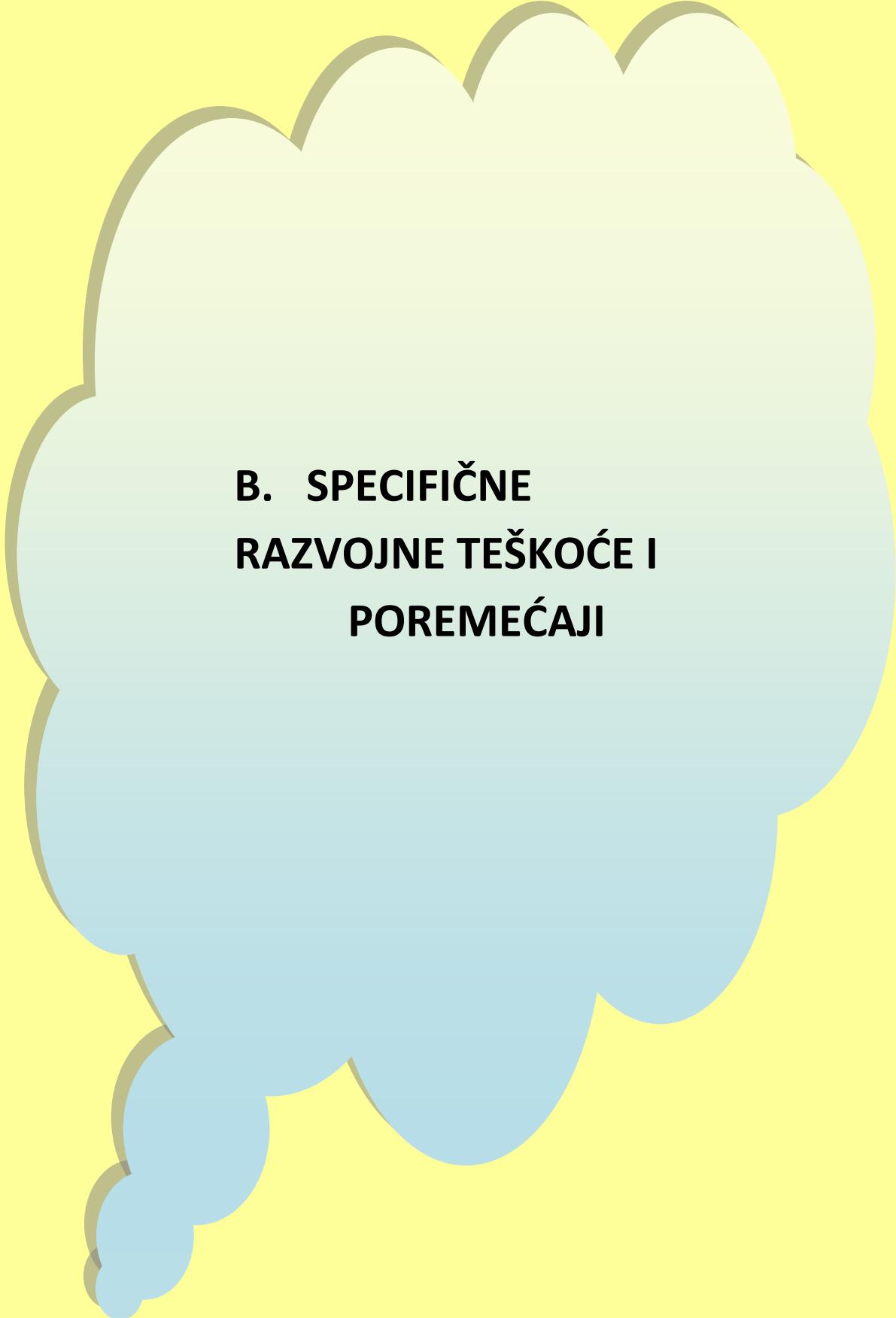


- Poremećaji u dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji

MENTALNA RETARDACIJA (značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje, IQ je jednak ili niži od 70)	POREMEĆAJI UČENJA (čitanja, matematičkih sposobnosti i pismenog izražavanja)	PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI (autistični, Rettov, dezintegrativni i Aspergerov)
DEFICIT PAŽNJE I POREMEĆAJI S NASILNIČKIM PONAŠANJEM (deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj; poremećaj ophođenja; poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem)	POREMEĆAJI HRANJENJA I UZIMANJA HRANE (pika, poremećaj s ruminacijom, poremećaj uzimanja hrane)	POREMEĆAJI ELIMINIRANJA (enureza i enkopreza)
ANKSIOZNI POREMEĆAJI ZBOG SEPARACIJE (pretjerana anksioznost vezana uz separaciju od bližnjih)	POREMEĆAJ MOTORIČKIH VJEŠTINA (izrazito oštećenje razvoja motoričke koordinacije)	TIK (Touretteov poremećaj; prolazni tik; kronični motorički ili vokalni tik)
POREMEĆAJ KOMUNICIRANJA (poremećaj jezičnog izražavanja, micanje, fonološki poremećaj i miješani poremećaj jezičnog razumijevanja i izražavanja)	POREMEĆAJ REAKTIVNOG VEZANJA (smetnje izražene u socijalnim vezama)	

- Poremećaji zajednički djeci i odraslima





B. SPECIFIČNE RAZVOJNE TEŠKOĆE I POREMEĆAJI

7. Smetnje inicijative i rane socijalizacije

Uvod

- Dob trčkarala i predškolska dob vrijeme su sve veće djetetove ekspanzije i sve većih ograničenja od strane odraslih osoba koje socijaliziraju dijete
- Ako sve ide normalnim tijekom, trčkarala će izrasti u socijaliziranu predškolsku djecu koja se mogu kontrolirati, a istodobno će biti sigurna u svoju autonomiju
- Zdrava potreba za samopotvrđivanjem koja se očituje kroz negativizam može se pojaviti u ekstremnom obliku – suprotstavljačkom, prkosnom ponašanju
- Osim toga, zahtjevi roditelja koji socijaliziraju mogu biti pokretač nekih od najsnažnijih konflikata u ranom djetinjstvu a te se smetnje označavaju kao poremećaji navika: poremećaj hranjenja, gojaznost i enureza

Poremećaj sa suprotstavljanjem i prkošenjem

- Suprotstavljačko ponašanje, odnosno negativizam ili neposluh, je namjeran neposluh na roditeljske zahtjeve, upute ili zabrane
- Bitan aspekt namjernosti: jer dijete može izraziti neposluh i zbog drugih razloga, poput prevelike zaigranosti
- Ovakvo se ponašanje može javiti i trajati sve do adolescencije
- Karakteristike (prema DSM-IV) u zadnjih 6 mjeseci, najmanje njih 4:
 1. česti izljevi bijesa
 2. česta ljutnja i srdžba
 3. česta zloba i osvetoljubivost
 4. česte svađe s odraslima
 5. česta osjetljivost i laka uznenirenost na ponašanja okoline
 6. često aktivno suprotstavljanje ili odbijanje pokoravanju zahtjeva i pravilima odraslih
 7. često namjerno činjenje stvari koje smetaju okolinu
 8. obično krivi druge za vlastite pogreške ili loše ponašanje
- Suprotstavljačko-prkosni poremećaj mogu pratiti i drugi psihopatološki fenomeni kao što su agresivni antisocijalni poremećaj ophođenja, mentalna retardacija i teškoće učenja

Razvojni put Poremećaja sa suprotstavljanjem i prkošenjem:

rana i predškolska dob

- Preteče negativizma u normalnom razvoju mogu se vidjeti u prvih nekoliko tjedana života – dojenčeve opiranje hranjenju čvrstim stiskanjem čeljusti i usnica; kasnije borba oko šalice, borba oko žličice
- Negativizam se rascvjeta u razdoblju trčkarala – užasna druga godina
- Metode koje trčkarala koriste (kao socijalne strategije):

1. **Otvorena svojeglavost i direktno prkošenje:** "Ja se mogu pokakati, ali neću" (najmanje umješna vještina)
 2. **Jednostavno odbijanje:** izravno ali nije protivničko
 3. **Nagovaranje:** uvjeravanje roditelja da promijende svoje zahtjeve (indirektno i nije protivničko – najumješnije)
 4. **Pasivni postupci:** odbijanje hrane prelazi u izbirljivost ili izrazito sporo jedenje
 5. **Potpuno pasivni načini:** mutizam ili pravljene da se nije čulo ili razumjelo roditeljske naredbe
- 2 i 3 rastu s dobi, a samo su ostali načini prediktivni za ponašanja s eksternalizacijom problema u dobi od 5 godina

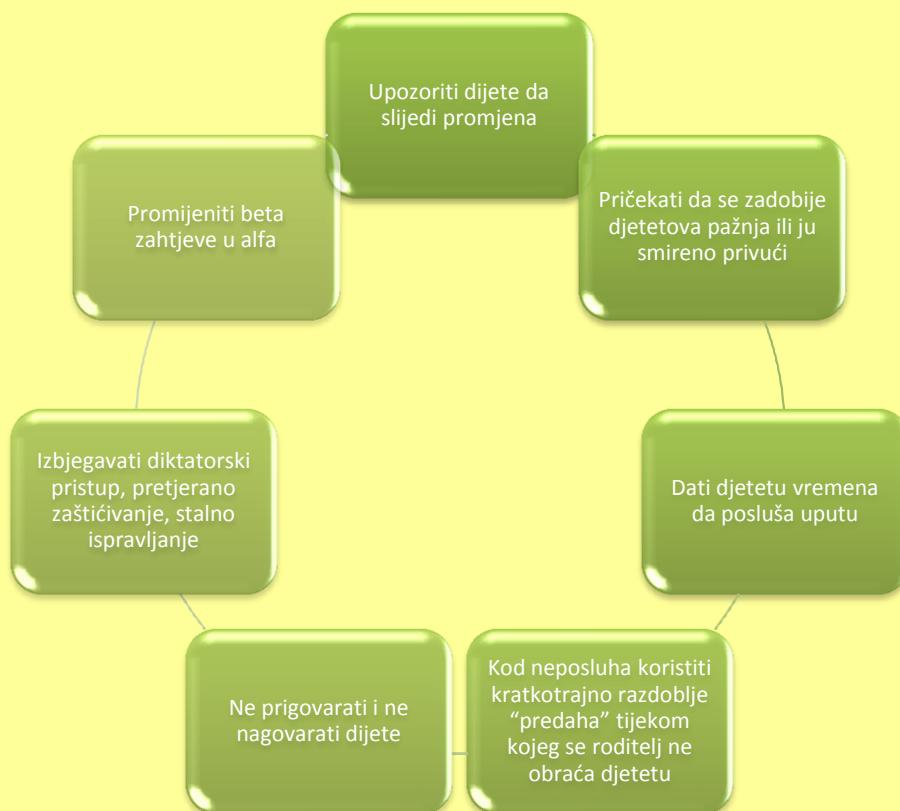
Interpersonalni kontekst i teorije socijalnog učenja

- Majke suprotstavljačke djece opisane kao:
 - Pretjerano kontrolirajuće i agresivne a očevi pasivni, nezainteresirani ili udaljeni
 - Negativnije i mnogo kritičnije prema svojoj djeci
 - Pokazuju više zastrašivanja, srdžbe i prigovaranja
- Oba roditelja daju svojoj djeci značajno više naredaba i uputa, no ne daju im dovoljno vremena da ih i poslušaju
- Neposlušno ponašaju održavaju roditeljska pažnja (potkrepljivač) i to često u obliku srdžbe i kažnjavanja
- Vrste roditeljskih zahtjeva koji najčešće izazivaju neposluhu:
 - **ALFA-ZAHTJEVI:** specifični i jasni, naredbe s jasnim ciljem, pitanja koja zahtijevaju motorički odgovor, upute da se prekine s nekim ponašanjem, te upute da se ne započne s ponašanjem koje se upravo namjralo započeti
 - **BETA-ZAHTJEVI:** nejasni i prekidajući, teško ih je ili nemoguće poslušati jer su ili dvosmisleni ili prebrzi – karakteristični za roditelje neposlušne djece

Negativizam i poremećaj sa suprotstavljanjem i prkošenjem

- Negativizam je dio normalnog razvoja "sebe kao sredstva" jer štiti dijete od submisivnosti i štiti autonomiju djeteta
 - Aktivan oblik: u vidu agresije od izljeva srdžbe do direktnog napada
 - Pasivan oblik: besposličarenje, pretvaranje da se nije čuo poziv, mutizam i nepažnja
- Razlika između negativizma i suprotstavljuće-prkosnog ponašanja – što se više pretjeruje u reakcijama prema okolini, smatra se da je veća psihopatologija u pitanju
- Razlika između prkosa i samopotvrđivanja:
 - Kod prkosa je uključena odrasla osoba ("Ne, neću!"), a kod samopotvrđivanja samo dijete ("Ne, napravit ću to na svoj način!")
 - Samopotvrđivanje je povezano sa sposobnošću a prkos nije
- Normativno, dječji najčešći odgovori su poslušni (inače socijalizacija ne bi bila moguća)
- Rigidni i kompulzivni oblik poslušnosti – kod zlostavljane djece i djece s kasnijim internalizirajućim problemima

Tehnike za sprječavanje prelaska negativizma u suprotstavljačko ponašanje



Poremećaj hranjenja

Uvod

- Odrasli ne smatraju jedenje emocionalno važnim događajem – time podcjenjuju značenje gladi i procesa hranjenja u životu djece
- Psihoanalitička teorija ličnosti i ljudskog razvoja - naglašava važnost jedenja i interakciju tjelesnih i psihičkih odnosa odnosa koje ono stvara
- Psihoanalitičari: prvi ego je tjelesni (prvi nejasan osjećaj sebe kao dobrog ili lošeg ovisi o ugodi ili neugodi koja proizlazi iz tijela)

Razvojni put Poremećaja sa suprotstavljanjem i prkošenjem:

rana i predškolska dob

- Hranjenje=prvi konflikt između skrbnika i djeteta (A. Freud): istraživanje pokazalo da je dojenčad kad je mogla birala vrlo različitu hranu i kvalitativno i kvantitativno, pa je stoga vrlo bitna osjetljivost, prilagodljivost i fleksibilnost majke, a i samog djeteta
- Problemi u kasnijoj predškolskoj dobi: nedovoljno uzimanje, hrane, presporo jedenje, probirljivost ili uzimanje neodgovarajuće hrane
- Smetnje hranjenja mogu predstavljati pretjerivanje razvojno normalnog nesuglasja između skrbnika i djeteta
- Uvođenje stroge vanjske kontrole može spriječiti razvoj odgovarajuće unutarnje kontrole

Razvojni model poremećaja hranjenja

- U dojenačkoj dobi poremećaj hranjenja usko je vezan uz privrženost
- U doba trčkarala uz negativizam
- I dojenče i trčkaralo razvijaju probleme s hranjenjem putem izravnih interakcija sa skrbnikom
- Posljedice problema s hranjenjem mogu biti razmjerne blage, kao što je to slučaj kod užeg izbora hrane, pa do teških kao u slučaju neprilagođenosti obroka ili prekomjernih dijeta/prejedanja
- Ovaj je razvojni model ili fiksacijski ili regresijski, jer problemi iz ranijeg razdoblja perzistiraju ili se reaktiviraju u kasnijem razdoblju

Gojaznost

Uvod

- Definira se kao prevelika tjelesna težina, odnosno tjelesna težina za 20% veća od normalne za tu visinu
- Gojaznost može imati različit stupanj i kroničnost
- Prevalencija: 5-10% predškolske djece je gojazno
- Ima sklonost trajanju: ne prerasta se
- Što je dijete starije to je čvršća veza s težinom u odrasloj dobi
- Svega 35% gojaznih 5-godišnjaka imat će normalnu težinu u dobi od 15 godina
- SES i gojaznost: 40% djece iz nižeg socioekonomskog sloja je gojazna, dok je tek 25% djece iz viših slojeva gojazno
- Rizici:
 - Tjelesne teškoće (ortopedski problemi, hipertenzija i kardiovaskularne bolesti) – dokazane
 - Psihološke teškoće (nisko samopoštovanje, loša slika o sebi i depresivnost) – nisu dokazane kod sve gojazne djece
 - Problem socijalnog stigmatiziranja – nije dokazan kod sve gojazne djece

Etiologija

Može biti posljedica velikog broja čimbenika:

1. Nasljeđe je odgovorno za 10% promjena u težini
2. Kao posljedica hipotiroidizma i Klinefelterovog sindroma
3. Teorija podešenosti: gojazna djeca imaju razinu podešenosti na višim vrijednostima od negojazne djece jer kad izgube na težini vrlo brzo se vraćaju na staru
4. Uzrok na interpersonalnoj razini=majke koje pretjerano hrane djecu
5. Uzrok prema teoriji socijalnog učenja=gojazni roditelji kao modeli
6. Foreyt i Goodrick (1988): sveobuhvatni model gojaznosti-poremećena ravnoteža kod koje unos energije putem jela premašuje gubitak energije vježbanjem
7. Bruch (1973) – gojaznost ima dva psihogena uzroka:

Reaktivna gojaznost (dijete pretjerano jede nakon što je doživjelo neku traumu)

Razvojna gojaznost (blisko povezana s djetetovom ličnošću-češća)

Liječenje

- Danas, zbog velikog značenja izgleda i tjelesne kondicije za pretilje osobe postoji vrlo puno dijeta i programa vježbanja.
- Bihevioralni programi – temelje se na podučavanju roditelja i djece; ili na podučavanju samo djece
- Podučavanje roditelja bazira se na davanju podataka o unosu hrane i aktivnostima, čimbenicima po kojima se prepoznaju vanjski i unutrašnji podražaji povezani s neaktivnošću i prejedanjem te uloga nagrada prihvatljivog ponašanja
- Kad je riječ o liječenju pretilosti u dječjoj dobi bihevioralni programi koji uključuju i roditelje i djecu postižu najbolje uspjehe
- No, ti programi nisu efikasni kod sve djece i ne dovode do općeg smanjenja težine, budući da se uglavnom izgubljeni kilogrami vraćaju

Enureza

Uvod

- Enureza je nevoljno uriniranje tijekom dana ili noći kod djece od ili iznad pet godina starosti
- Različiti načini klasificiranja enureze: s obzirom na doba dana/noći:
 - Diurnalna enureza (mokrenje tijekom dnevног spavanja)
 - Noćna enureza (mokrenje tijekom noćnog spavanja)
- Spolne razlike: dječaci 2x češće od djevojčica
- Noćna enureza smanjuje se po učestalosti od oko 20% u dobi od 5 godina na 5% u dobi od 12-14 godina
- Dnevna enureza: 3% za 3-godišnjake i 1% za 7- do 17-godišnjake
- Vrste enureze s obzirom na razvojni tijek:
 - Primarna enureza: djeca nisu nikad naučila biti suha tijekom noći (fiksacija: razvoj je zaustavljen)
 - Sekundarna enureza: djeca mokre u krevet nakon što su bila suha godinu dana ili duže (regresija: dijete se vraća na prethodni stadij)

Etiologija



Enureza – razvojna pitanja

Problemi u ponašanju

- Enuretična djeca su pokazivala značajno više problema u ponašanju od neenuretične
- 30% djece je bilo hiperaktivno, agresivno i negativistično, nizak prag frustracije, nije se prilagođavalo novim situacijama, ovisno i neasertivno
- Osobine djeteta su najviše povezane s enurezom

Interpersonalno područje

- Postoji značajna pozitivna korelacija između enureze i roditeljske nezainteresiranosti
- Rizičnim faktorima za pojavu enureze pokazali su se: privremena odvojenost, popustljivost roditelja, permisivnost, niski zahtjevi i nesigurnost u odnosu roditelj-dijete

Vrijeme učenja kontrole sfinktera: KADA?

- Nije važno kod djece s niksim rizikom
- Kod djece s visokim rizikom odgađanje učenja povećava vjerojatnost enureze
- Djetetova uspješnost se povećava ukoliko je roditelj podržavajući i očekuje uspjeh kod djeteta

Enureza – liječenje

1. **Antidiuretski hormon dezmopresin** je učinkovit za liječenje enureze te ima neznatne nuspojave – ali, veliku vjerojatnost relapsa
2. Učinkovit način za sprječavanje enureze je **uređaj za buđenje kod mokrenja** (u djetetov krevet se stavlja podloga osjetljiva na urin; kada se dijete pomokri, podloga aktivira zvono (kontinuirano potkrepljenje), budi dijete koje odlazi na toalet da se pomokri do kraja; nakon nekog vremena dijete se počinje buditi i prije no što se pomokri) – efikasnost: u 70-95%, iako 41% slučajeva doživi relaps kroz 6 mjeseci
3. Zbog brzog relapsa uvodi se **intermitentno potkrepljivanje**: zvonce se koristi 70% vremena (potkrepljivanje nije kontinuirano nego povremeno); duže traje ali se ne javlja relaps
4. **Prenaučenost** – nakon postignute suhoće, dijete povećava unos tekućine prije polaska na spavanje, ali nastavlja s korištenjem budilice; povećana količina tekućine dovodi do generalizacije kontrole
5. **Uvježbavanje suhoće**: uključuje potkrepljenje za inhibiciju mokrenja, uvježbavanje pravilnog mokrenja i kontrole retencije, prenaučenost, blage kazne, noćno buđenje i buđenje u slučaju mokrenja te obiteljsko ohrabrvanje

8. Rane smetnje znatiželje i usmjerenosti na zadatak

Uvod

- Inicijativa može krenuti krivim putem u doba trčkarala tako da postane prekomjerna i dovede do poremećaja sa suprotstavljanjem i prkošenjem
 - Ali, pored toga što inicijativa uključuje autonomiju i samopouzdanje, uključuje i **ZNATIŽELJU I ISTRAŽIVANJE**
 - Dojenče: aktivno manipulira okolinom
 - Trčkaralo: svoju pažnju u potpunosti posvećuje zadatku istraživanja
 - Školsko dijete: dodaje se element zahtjevnosti na već postojeću intrinzičnu znatiželju koja se transformira u postupak učenja pojedinih školskih predmeta
-
- **ALI...**
 - Ova sposobnost koncentriranja na zadatak u dobi trčkarala može biti u većoj mjeri oštećena deficitom pažnje – sprječava dijete da održava pažnju na određenom zadatku te vodi k hiperaktivnosti
 - Polaskom u školu mogu se javiti teškoće u učenju
 - Poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću

Definiranje

- Prve definicije hiperaktivnog poremećaja: kao posljedica blagih oblika poremećenog funkcioniranja mozga – minimalna moždana disfunkcija (MMD)
- Kasnije definicije: naglasak je prebačen s motoričkog ponašanja na spoznaju, te se smatralo da je oštećenje pažnje dovodilo do hiperaktivnosti
- Prvo se navodi deficit pažnje sa i bez hiperaktivnosti
- No, kasnije se govori o dvojnom dijagnosticiranju – jedinstveni poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću
- Moguće je dijagnosticirati tri tipa:
 - tip s dominirajućom nepažnjom
 - tip s dominirajućom hiperaktivnošću – impulzivnošću
 - tip s kombinacijom nepažnje i hiperaktivnosti – impulzivnosti
- Iako je MMD zaboravljen radi nedovoljno empirijskih dokaza, još uvijek se PDPH smatra posljedicom poremećaja funkcije mozga koji se tek treba utvrditi
- Slaba koncentracija i impulzivnost, te pretjerana aktivnost smatraju se znakovima hiperaktivnosti, izostanak usmjerenosti na zadatak uslijed kojeg dolazi do sniženog samopouzdanja, te svladavanja socijalnih i akademskih vještina
- Jedan od češćih poremećaja - 5 % u nižim razredima osnovne škole

- Spolne razlike: dječaci su za 3-6 puta pogodeniji od djevojčica

Prosudba i dijagnostika

- Problem kod određivanja hiperaktivnosti jest subjektivnost u promatranju djeteta
- Mjerenje hiperaktivnosti može se vršiti mehaničkim spravama koje bilježe ukupnu količinu pokreta (ali ne znamo da li je aktivnost prikladna ili neprikladna), neposrednim opažanjem ili ocjenama nakon intervjeta, te primjenom upitnika: rezultati različitih tehniki ne moraju se slagati...
- Barkley (1991.) ističe da laboratorijske metode ne pokazuju visok stupanj podudarnosti s istim ponašanjem u prirodnom okruženju – niska ekološka valjanost, pa predlaže ocjenske ljestvice za roditelje, odgajatelje i učitelje, te analogne aktivnosti poput opažanja igre u laboratoriju
- Hiperaktivno ponašanje se u poznatim, strukturiranim situacijama usmjereno na zadatok, kao što je učionica pojačava, dok se u onim situacijama kada se očekuje povećana potrošnja energije (igralište) smanjuje
- Loeber (1991): razlikuje dvije kategorije djece - pervazivno hiperaktivna djeca i djece hiperaktivna samo u određenim situacijama
- Kriteriji iz DSM-IV za poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću (Wenar, 2003)

Problemi dijagnosticiranja

- S obzirom na česta preklapanja hiperaktivnosti s poremećajem ophođenja, neki autori smatraju da hiperaktivnost ne bi trebala imati nezavisnu dijagnozu
- Ipak, postoje i dokazi za dijagnostičku neovisnost – istraživanja su pokazala da se hiperaktivnost pojavljuje odvojeno od poremećaja ponašanja
- Prognoza za agresivnu djecu sa smetnjama ophođenja je lošija, dok je za djecu s PDPH-om razmjerno dobra
- Etiologija: važnu ulogu ima organski kontekst u slučaju PDPH-a, dok su nepovoljne obiteljske okolnosti više vidljive u slučaju poremećaja ophođenja
- Obzirom da nepažnja ometa učenje ne iznenađuje preklapanje PDPH-a i teškoća u učenju
- Nesuglasice se javljaju oko toga treba li razlikovati deficit pažnje sa i bez hiperaktivnosti
 - Goodyear i Hynd (1992): djeca s deficitom pažnje imaju veću vjerojatnost ponašajnih problema nepopularnosti, samodestruktivnosti i impulzivnosti u zadacima koji zahtijevaju pažnju, a djeca s poremećajem pažnje bez hiperaktivnosti socijalno su povučena, imaju usporen socijalni razvoj i manje su samouvjerena

Glavna obilježja

NEPAŽNJA

- Nemogućnost odžavanje pažnje tijekom aktivnosti u jednostavnijim, ali i složenijim zadacima
- Istraživanja otežana jer su poremećaji u održavanju pažnje ovisni o okolnostima i o zadatku (pažnja bolja kod zanimljivog zadatka, pri kažnjavanju grešaka, uz prisustvo eksperimentatora i slično)
- Djeci s PDPH-om je otežano učenje pravila, a to nastaje zbog neosjetljivosti na posljedice ponašanja, te kaznu i nagradu

IMPULZIVNOST

- Očituje se u tome da dijete ima slabu sposobnost kontroliranja svojeg djelovanja te je zbog toga brzopleti i nije u stanju stati, pogledati, poslušati i razmisliti
- Djeca s PDPH-om imaju nedjelotvorne strategije rješavanja problema, odnosno zadataka, a većina njih ni ne razmišlja o usvajanju neke druge strategije koja bi bila djelotvorna

HIPERAKTIVNOST

- Djeca s PDPH-om su aktivnija tijekom dana i noći od zdrave djece što se očituje kroz nemir iskazan u pokretima koji nisu vezani za zadatak („meškoljenje“ na stolici, ustajanje sa stolice...)
- Dokazano je da su ovakva ponašanja vidljiva više kod mlađe djece te da se ona s godinama postupno i smanjuju
- Obilježja hiperaktivnosti i nepažnje kod djece s PDPH-om nisu odvojena jer se ponašanja koja ih opisuju javljaju istodobno

Posljedice

IQ i akademski uspjeh

- Kod djece koja imaju PDPH testovi inteligencije pokazuju od 7 do 15 bodova slabije rezultate u odnosu na vršnjake
- Također, postižu slabije rezultate u školi, češće ponavljaju razrede, imaju niže ocjene te je akademski uspjeh s vremenom sve gori (dva razloga: kognitivna ograničenost i demotiviranost)

Pamćenje

- Kod djece s PDPH-om pamćenje je u vezi s količinom podražaja – ako je količina podražaja mala i ako su oni smisleno povezani, djeca nemaju poteškoća u pamćenju, no ako se količina podražaja poveća dolazi do pogoršavanja pamćenja

Procesi višeg reda

- Djeca s PDPH-om su u istraživanjima davala točne odgovore kod jednostavnih zadataka, a slabije odgovore kod složenijih
- Ta djeca kod složenijih zadataka postižu slabije rezultate zbog svojeg stava prema njima i zbog nedjelotvornih strategija rješavanja. Ona ne planiraju i ne traže pažljivo rješenje već su nepromišljena, nemarna, ulažu minimalne napore, a u strategije koje koriste pri rješavanju zadataka koriste nasumične i nepredvidive odgovore. Kod većeg broja podražaja ona neke od njih preskaču te se usmjeravaju na nove ili neuobičajene podražaje. Različita istraživanja došla su do dva zaključka vezana uz djecu s PDPH-om i njihov problem rješavanja složenih zadataka

Odgovor na potkrepljivanje

- Djeca s PDPH-om imaju svoj osebujan način reagiranja na potkrepljivanje; imaju iznimno snažnu potrebu za neposrednom gratifikacijom; pa ulažu mnogo veći napor da budu nagrađeni za razliku od napora prema zadatku, te kod naglog ukidanja nagrade reagiraju s vrlo snažnom uznemirenošću

Razvojni put

DOJENAŠTVO

- period tijekom kojeg se teško može previdjeti razvoj PDPH kod djeteta
- nekoj dojenčadi je teško skrbiti zbog njihovog temperamenta jer su ona aktivna, razdražljiva i nepredvidljiva te se tu javlja mogućnost o razvoju problema tijekom kasnije dobi
- kod nametljivih skrbnika i njihovog odgoja postoje povećane šanse da će doći do PDPH nego kod brižnih skrbnika

DOB TRČKARALA

- period u kojem je dijete aktivno i često može dovesti do neposluha zbog svoje želje za samostalnošću – zbog toga je teško uočiti da li je dijete samo živahno ili ima PDPH
- veća vjerojatnost za postojanjem PDPH javlja se kod djeteta čiji mahniti karakter ometa rješavanje i svladavanje problema, kod kojeg je vidljivo prebacivanje s jednog predmeta na drugi bez uključivanja u ijedan te kod kojeg se čestojavljaju izljevi srdžbe u suprotstavljanju

PREDŠKOLSKA DOB

- mogu se javiti odstupanja od normalnog razvoja koja nisu povezana s PDPH-om
- Karakteristike djece koja imaju PDPH: nemirna su, njihova impulzivnost i nepromišljenost mogu za posljedicu imati povećani rizik od ozljeđivanja i otrovanja; traže pažnju, čudljiva su,

prkose i neposlušna su, ponekad i agresivna, ometaju drugu djecu te traže nekoga tko će tolerirati njihovo neprimjereno ponašanje

Razvojni model

- I djeca s PDPH-om i djeca normalnog razvoja pokazuju ponašanja poput nemirnosti, nepažljivosti i rastresenosti, no razlika je u učestalosti tih ponašanja – ona se kod djece PDPH-om pojavljuju češće
- Kod djece između 3. i 7. godine dolazi do povećavanja sposobnosti održavanja pažnje i inhibiranja nevažnih odgovora
- Kod djece između 6. i 10. godine dolazi do smanjenja neuspjeha
- Razvoj na kognitivnom području kod djece s PDPH-om je fiksiran, tj. u zakašnjenju (npr. starija djeca sustavno i polagano pretražuju razlike na sličnim crtežima, što je otežano kod djece s PDPH-om)
- Na nekognitivnom području (socio-emocionalni razvoj i razvoj ličnosti) razvoj kod djece između 3. i 7. godine je stabilan – kod djece s PDPH-om je pretjeran (vrlo su aktivna, energična, nemirna, sigurna u sebe, agresivna, natjecateljska i manipulativna)

Organski kontekst

- Premda je odbačena teza da PDPH uzrokuje oštećenje mozga, ovaj poremećaj se smatra organskim.
- Razina pobuđenosti je kod djece s PDPH-om smanjena (premda nema razlike radu srca i provodljivosti kože u odnosu na vršnjake) – djeca s PDPH-om slabije reagiraju na specifične podražaje i zahtjeve zadatka
- Lako djeca povoljno reagiraju na lijekove (poboljšanje pažnje i orientiranosti na zadatka) ne može se jasno utvrditi da li ti lijekovi imaju samo simptomatsko poboljšanje ili pak ispravljaju biološke disfunkcije – pokazalo se da kod većine djece nakon prestanka uzimanja lijekova dolazi do opadanja „opravljjenih“ ponašanja
- Premda ne postoje dokazi da je PDPH povezan s neurološkim oštećenjima, utvrđeno je da se kod određenog broja djece javlja poremećaj funkcije SŽS-a što se odnosi na govor i motoričku koordinaciju (ali i kod ostale djece)
- Uz PDPH je vezan poremećaj funkcije frontalnog i fronto-limbičkog područja
- Smatra se da za PDPH postoji genetska komponenta no nije jasno koja
- Etiološki čimbenici poput pušenja i konzumiranja alkohola tijekom trudnoće su u vezi s nemogućnošću održavanja pažnje i PDPH-om u dobi kod četverogodišnjaka
- Još jedna teza koja nije potvrđena je utjecaj toksičnih čimbenika na PDPH poput aditiva u hrani ili trovanja olovom
- Postavka o tome da je uzimanje šećera uzrok hiperaktivnosti je dokazana kao pogrešna

Odnosi roditelj-dijete

- Između 2-godišnjaka i 3-godišnjaka s PDPH-om i njihovih majki utvrđen je negativan odnos
- Djeca su agresivnija, a majke na to reagiraju prigovaranjem i preusmjeravanjem njihovih aktivnosti, što se nastavlja i u školskoj dobi
- Odnos roditelj-dijete postaje manje negativan u situacijama igre, jer one umanjuju djetetovo promjenjivo ponašanje
- Ne može se reći da li je PDPH uzrok negativnih odnosa u obitelji te da li će u „pozitivnoj“ obitelji djeca prevazići svoj problem
- Obiteljski čimbenici ne uzrokuju PDPH, ali ga pogoršavaju

Odnosi s vršnjacima

- Djeca s PDPH-om su općenito druželjubiva ali imaju problema pri stjecanju vještina poput dijeljenja, pregovaranja, prilagođavanja agresije, prilagođavanja svojih potreba drugima te čekanju i naizmjeničnoj aktivnosti
- U predškolskoj dobi djeca s PDPH-om često prekidaju igru vršnjaka zbog čega ih vršnjaci odbacuju, a u školskoj dobi ona su brbljiva, agresivna, ometajuća i neposlušna
- Takva djeca se doživljavaju kao nepopularna te su često odbačena od strane vršnjaka
- Unatoč tome istraživanja su pokazala da djeca s PDPH-om nemaju poteškoća u socijalnoj obradi informacija te su sposobna promatrati situacije sa stajališta svojih vršnjaka

Liječenje

Medicinski pristup – farmakoterapija

lijek za djecu s PDPH-om – stimulirajuća sredstva podjeljena su u tri skupine : amfetamini, metilfenidat i pemolin
liječenje je učinkovito kod oba spola, a nuspojave se kontroliraju promjenom doze
stimulirajuća sredstva nisu učinkovita u predškolskom periodu koliko u školskoj dobi pa do adolescencije
pregled korištenja stimulirajućih sredstava pokazao se pozitivnim te je došlo do poboljšanja kod otprilike 75% djece

Psihološki pristup – bihavioralni pristup

tradicionalne tehnike se temelje na potkrepljivanju željenog ponašanja, ne obraćanju pažnje ili kažnjavanju nepoželjnog ponašanja
novije tehnike, kognitivne, se temelje na davanju uputa samom sebi s ciljem povećanja samokontrole
kratkoročan uspjeh: djeca s PDPH-om zahtjevaju česte i intenzivne poticaje, opipljive materijalne nagrade, korisne podsjetnike kao što su gubitak privilegija ili prekid aktivnosti kada se javlja neodgovarajuće ponašanje

Teškoće u učenju

- Teškoće u učenju: poremećaj jednog ili više temeljnih psiholoških procesa koji su uključeni u razumijevanje ili korištenje usmenog ili pismenog jezika
- Očituju se u akademskim područjima: usmeno izražavanje, razumijevanje govora, čitanje, pisanje ili aritmetičke vještine
- U ovakvoj definiciji se isključuju djeca koja imaju probleme u učenju koji su uvjetovani vidnim, slušnim, motoričkim hendikepima, mentalnom retardacijom, itd.
- Druga definicija: TU=nesuglasje između prosječnih intelektualnih sposobnosti ili očekivane razine školovanja i postignutog uspjeha
- TU=specifične za školski period

9. Depresija i posljedice gubitka

Uvod

- ▶ Depresija je stara koliko i čovječanstvo
- ▶ Predstavlja jednu od najranije opisanih bolesti u povijesti medicine, a isto tako i najčešći psihički poremećaj današnjeg društva
- ▶ Riječ depresija – od lat. riječi **deprimere** – potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti
- ▶ U ukupnoj populaciji, depresija predstavlja trenutno zdravstveni problem na 4. mjestu
- ▶ Epidemiološke studije: utvrđeno je da od 1905. godine postoji kontinuirani porast broja depresivnih osoba u svijetu
- ▶ Danas: 20-25% odraslih pokazuje izražene simptome depresije, čak 10-15% djece

Definiranje

- ▶ Depresija = poremećaj raspoloženja čije su značajke različiti stupnjevi tuge, razočarenja, osamljenosti, beznađa, sumnje u samoga sebe i krivnje (ovi osjećaji mogu biti vrlo intenzivni i mogu trajati vrlo dugo)
- ▶ Svakodnevne aktivnosti mogu postati otežane, ali pojedinac još uvijek može biti u mogućnosti nositi se s njima, ali osjećaji bespomoćnosti mogu postati tako intenzivni da se samoubojstvo može činiti kao jedino rješenje
- ▶ Depresija = **BOLEST OSJEĆAJA**
- ▶ Depresivnost se manifestira kroz veliki broj simptoma: promjena raspoloženja, gubitak interesa, umor, slabljenje životne energije, osjećaj bezvrijednosti i krivnje, teškoće u koncentraciji i donošenju odluka, te poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije
- ▶ Razvojni tijek: vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja u predškolskoj dobi postoji ali je vrlo mala, te polagano raste kroz školsku dob, ali se izrazito povećava u adolescenciji

Depresivni simptomi

- ▶ DS se javljaju u životu gotovo svakog čovjeka i predstavljaju najčešće normalnu reakciju na neke neugodne stresne situacije (posebice kod gubitka drage osobe)
- ▶ Zato se depresivnost najčešće definira u terminima kontinuma od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano vraća
- ▶ Depresija nije sinonim za čuvstva tuge, žalosti i slično koja su sastavni dio normalnog života, već patološko stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u srazmjeru s pretrpjelim gubitkom
- ▶ Simptomi depresivnosti mogu se javiti u bilo kojoj dobi
- ▶ Depresivnost se može javiti u rasponu od blagih raspoloženja tuge do teškog depresivnog poremećaja
- ▶ Simptomi depresivnosti mogu se smanjiti, ali se također mogu i ponovno javljati u težem i neugodnijem obliku

- ▶ Simptomi depresivnosti i depresivni poremećaji mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina
- ▶ Simptomi depresivnosti mogu se javiti samostalno ili istovremeno sa simptomima drugih poremećaja
- ▶ Simptomi depresivnosti mogu se javiti kao reakcija na neki stresni događaj, ali se mogu javiti i bez nekog vanjskog povoda
- ▶ Simptomi depresivnosti mogu biti rizični faktor za neke druge poremećaje
- ▶ Klinička obilježja depresivnosti u djece i adolescenata: emocionalni simptomi, tjelesni simptomi, kognitivni simptomi, te ponašanje i socijalna prilagodba

Simptomi depresivnosti s obzirom na dob

Od rođenja do 6,5 godine

1. Tjelesne teškoće (smetnje spavanja i gubitak apetita, enureza i enkopreza, astma, smetnje govora)
2. Tužno i bezizražajno lice
3. Žalost i gubitak interesa
4. Poremećen socijalni kontakt (dijete ne gleda u oči, u kontaktu je iritabilno, ne igra se, apatično)
5. Problemi separacije i emocionalnog vezivanja (prilikom separacije ponašanje postaje dramatično ili pak potpuno apatično i neprimjereno djetetovoj dobi)

Kasno djetinjstvo i pretpubertet (7-12. godina)

1. Tjelesne teškoće (bolovi u trbuhu ili raznim dijelovima tijela, glavobolje, smetnje spavanja i promjene u apetitu, enureza i enkopreza, astma)
2. Depresivni izgled i psihomotorički nemir
3. Veći broj strahova, osobito izražena separacijska anksioznost
4. Osjećaj srama i bespomoćnosti
5. Tužan izgled, apatija i gubitak interesa, beznadnost
6. Nisko samopoštovanje, negativna slika o sebi, samopotcjenvanje i osjećaji krivnje
7. Anksiozne reakcije u obliku fobija i separacijskih problema
8. Teškoće u usmjeravanju pažnje i koncentracije
9. Ljutnja

Obilježja

Sindrom depresije u dječjoj dobi sličan je onome u odrasloj

Sadrži promjene u 4 područja:

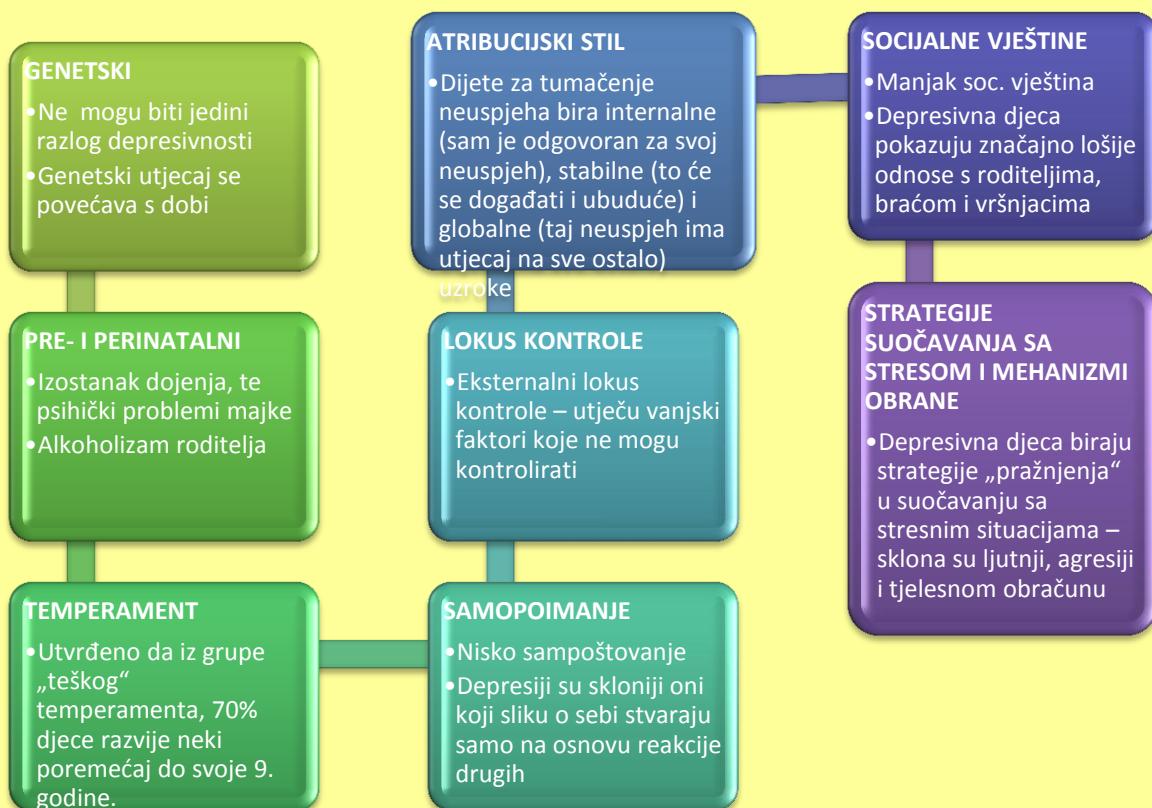
- raspoloženju (osjeća se tužno, plače i izgleda kao da će zaplakati)
- motivaciji (ne pokazuje zanimanje za igru)

- tjelesnom i motoričkom funkciranju (gubitak apetita/pojačan apetit i nejasne somatske tegobe)
- spoznaji (očekuje neuspjeh: "Nikakve koristi od mene")

Etiologija depresivnosti



RIZIČNI I ZAŠITNI FAKTORI U RAZVOJU DEPRESIVNOSTI: osobni



RIZIČNI I ZAŠITNI FAKTORI U RAZVOJU DEPRESIVNOSTI: okolinski



Depresija kao internalizirani poremećaj

- ▶ Simptomi depresivnosti su uglavnom prikriveni i teže uočljivi
- ▶ Premda neki simptomi depresivnosti mogu biti vrlo uočljivi (npr. iritabilnost, tužan izgled lica, socijalno povlačenje, gubitak apetita i problemi sa spavanjem, agresivni ispadni, i slično), oni rijetko budu i prepoznati kao znak depresivnosti
- ▶ Još i danas broj identificirane depresivne djece značajno je manji, nego broj onih koji će biti pogrešno dijagnosticirani ili pak uopće neće biti prepoznati kao djeca s problemima
- ▶ Načini prikrivanja tuge kod depresivnog djeteta: prkošenjem, šutnjom, neposluhom što izaziva ljutnju roditelja
- ▶ Ovakvi odnosi često pogoršavaju daljnju situaciju jer ne pridonose međusobnom povjerenju i uvjetima za zajedničko rješavanje problema
- ▶ Rezultati brojnih istraživanja pokazuju da je nisko samopoštovanje glavni i najčešći simptom depresije u djetinjstvu

Gubitak roditelja

- ▶ Danas se zna da djeca doživljavaju gubitak na način različit od onog na koji to doživljavaju odrasli
- ▶ Djeca su ovisnija o svojoj neposrednoj okolini, pogotovo o odraslima koji o njima brinu zbog čega je za njih gubitak vrlo često povezan s intenzivnim osjećajima nesigurnosti i bespomoćnosti

- ▶ Osim toga, mlađa djeca nemaju dovoljno razvijene kognitivne kapacitete koji bi im pomogli razumjeti to što se dogodilo – zbog toga su odrasle osobe izrazito važne djetetu koje tuguje, kako bi mu pružile osjećaj zaštićenosti i sigurnosti te kako bi na neki način objasnile ono što se događa u okolini oko tugujućeg djeteta na način koji je djetetu razumljiv
- ▶ Reakcije na gubitak voljenog roditelja (Wenar, 2003)

Kako pomoći tugujućem djetetu?

- ▶ Ukoliko dijete doživi gubitak najčešće su to slijedeći gubici: Smrt bake/djeda; Smrt roditelja; Rastava roditelja; Selidba; Smrt kućnog ljubimca; Smrt brata ili sestre; Gubitak zbog bolesti ili ozljede; Gubitak najboljeg prijatelja

Način reagiranja na gubitak kod djece različite dobi:

- ▶ **Djeca od 1 – 3 godine:**
 - nemaju pojam vremena, pa tako ni budućnosti
 - nemaju jezik i rječnik za imenovanje osjećaja
 - nemaju emocionalne i kognitivne sposobnosti da shvate gubitak
 - smrt i odsutnost za njih imaju isti učinak
- ▶ **Djeca od 3 – 7 godina:**
 - ne razumiju gubitak, ali su ga intuitivno svjesna
 - postavljaju pitanja (npr. tko je kriv)
 - personificiraju i mistificiraju smrt
 - nemaju rječnik kojim bi izrazili sve što misle i osjećaju
 - izražavaju emocije
 - mogu imati teškoća u koncentraciji i dosjećanju
 - doživljavaju smrt kao kaznu
 - mogu imati poteškoće sa spavanjem
 - često reagiraju tjelesnim simptomima
 - pokazuju jaku vezanost za (preostalog) roditelja ili drugu blisku odraslu osobu

PODRŠKA DJETETU U TUGOVANJU

- ▶ Tugovanje kod djeteta u velikoj mjeri ovisi o dobi u kojoj se dijete nalazi odnosno o kognitivnom razvoju i konceptu smrti
- ▶ Kako bismo mogli pružiti podršku djetetu, važno je poznavati njegove potrebe u procesu tugovanja
- ▶ Zadatke povezane sa zadovoljenjem potreba u procesu tugovanja može svladati dijete od 4. godine života (ako ih zadovolji, moći će spontano pričati o umrloj osobi, sjećati se prošlosti i verbalizirati ju, otvoreno i spontano pokazivati tugu, postavljati brojna pitanja)

Dijete treba:

- ▶ sigurnost/zbrinutost nakon gubitka bliske osobe
- ▶ jasne informacije o smrti
- ▶ doživljaj da je gubitak stvaran
- ▶ stvoriti unutrašnju prilagodbu na činjenicu “neće ga više biti”
- ▶ strpljenje odraslih za izražavanje osjećaja

- ▶ osjećati se uključenim i sjećati se umrle osobe
- ▶ nastavak uobičajenih aktivnosti primjerenim njegovoj dobi
- ▶ ljudi – bliske osobe – koji će odgovarati na pitanja
- ▶ saznanje da nije krivo za nečiju smrt, da je nije uzrokovalo
- ▶ saznanje da su odrasli sve učinili te da ni oni ni umrli nisu mogli spriječiti smrt
- ▶ vremena da prihvati da je život sada drukčiji

PODRŠKA DJETETU U VRTIĆU

- ▶ Vrtić je dio svakodnevne rutine i sigurnosti djeteta
- ▶ U njemu djeca uspostavljaju stalne odnose s vršnjacima i odraslima, nalaze izvore svoje podrške
- ▶ Kad dijete pogodi gubitak u obitelji, s njim suosjećaju i druga djeca i odgajatelji
- ▶ Oni suosjećaju ne samo s tugujućim djetetom, već sa čitavom njegovom obitelji
- ▶ To koliko i njih pogađa ovaj gubitak, pokazuje koliko su oni djetetu važni kao podrška

Da bi odgajatelj mogao biti podrškom tugujućem djetetu, važno je znati:

- ▶ kakve su uobičajene reakcije na gubitak kod djece određene dobi? Znajući kakve su uobičajene reakcije djece određene dobi, odgajatelj će znati što može očekivati od tugujućeg djeteta, ali i od druge djece, te se osjećati manje bespomoćnim
- ▶ tko je podrška tugujućem djetetu u obitelji, a tko iz grupe? Prepoznavajući najvažnije osobe koje su podrška tugujućem djetetu, usmjerit će svoju potporu prema njima, bit će savjetovateljem obitelji, podržat će prirodnu podršku djetetu u obitelji. Pri tome valja voditi računa o roditeljskom stilu, uvjerenjima i ritualima u obitelji, otvorenosti i zatvorenosti obitelji, kulturnim specifičnostima i dr.
- ▶ kakva su djetetova ranija iskustva, osobito s gubitkom? Znanja o ranijim životnim iskustvima djeteta (npr. raniji gubici, stresne situacije u obitelji, traumatski događaji, iskustvo zlostavljanja), pomoći će odgajatelju u traženju dodatne stručne pomoći za dijete, ako se za tim ukaže potreba
- ▶ Ovo treba znati i kad je riječ o drugoj djeci u vrtiću. Osobito valja biti osjetljiv ako u grupi postoje djeca koja su i sama ranije doživjela gubitke, pa ponovni susret s gubitkom njihovog prijatelja ili prijateljice može otvoriti stare rane. Pri tome valja biti osjetljiv i za njihove potrebe u ovom razdoblju te i njima pružiti podršku kao i tugujućem djetetu.
- ▶ Djeca u svakoj dobi imaju različita znanja o smrti – ta su znanja povezana s kognitivnim sazrijevanjem i s iskustvom. Stoga odgajateljima nije lako aktivirati podršku djece tugujućem prijatelju. Međutim, to je izuzetno važan zadatak, jer su prijatelji prirodni pomagači. Pri tome valja imati razumijevanja i za različite reakcije djece, njihove različite osjećaje. Jasna i otvorena komunikacija, stvaranje ozračja sigurnosti i zajedništva, stvorit će uvjete da djeca budu podrška prijatelju koji tuguje.

Pomaže, pokušajte u grupi:

- ▶ Razgovorajte o gubicima, smrti, ritualima, iskustvima
- ▶ Potaknite zajedništvo u želji da se pomogne tugujućem prijatelju
- ▶ Opišite roditeljima uobičajene reakcije djece u ovakvim situacijama
- ▶ Dozvolite različite načine reagiranja, ali koji ne pogađaju tugujuće dijete
- ▶ Organizirajte s djecom pružanje podrške i pomaganje tugujućem djetetu, osobito u vrijeme dok ne dolazi u vrtić

KOMORBIDITETI



PREVENCIJA I LIJEČENJE

- ▶ Preventivni program Optimistično dijete – usmjeren na razvoj i poticanje optimizma kod djece predškolske dobi: moć je temelj piramide optimizma, a pozitivnost njegova nadogradnja i odnosi se na odrastanje u vedroj i toploj emocionalnoj atmosferi – pohvala mora biti uvjetovana djetetovim uspjehom, a ne željom odrasloga da se dijete dobro osjeća
- ▶ Bilo koji program usmjeren na razvijanje zdravog samopoimanja i visokog samopoštovanja
- ▶ Farmakoterapija – antidepresivi
- ▶ Psihoterapija:
 - ▶ Najčešći i najučinkovitiji kognitivno-bihevioralni tretmani koji su usmjereni na primjenu niza pozitivnih potkrepljenja za pozitivna ponašanja uz istovremenu promjenu neprilagođenih kognitivnih shvaćanja, kao što je npr. "Meni nikad ništa ne uspijeva"
 - ▶ Psihodinamski pristup (s obzirom da je usmjerena na samoanalizu nije prikladna za djecu)
 - ▶ Interpersonalna psihoterapija (usmjerena na negativne osjećaje u odnosu na druge)

10. Anksiozni poremećaji i pretjerana samokontrola

UVOD

- Strahovi i različiti oblici anksioznosti sastavni su dio razvoja svakog djeteta
- Procjenjuje se da preko 90% djece u dobi od 2-14. godine ima najmanje jedan specifičan strah, a većina ima više strahova
- Anksioznost se obično definira pomoću svoje tri komponente: ponašajne, subjektivne i fiziološke
- Prosudba se najčešće tiče prvih dviju, jer su fiziološke reakcije kao što su brzina rada srca i znojenje dlanova presložene za mjerjenje i interpretaciju
- Subjektivna komponenta anksioznosti prosuđuje se različitim instrumentima za samoprocjenu, a mogu uključivati opću ocjenu u kojem se stupnju djeca osjećaju anksiozna (npr. "Bojam se mnogih stvari") ili se mogu ticati posebnih strahova kao što su npr. strahovi od životinja
- Razlika između straha i anksioznosti: strah se javlja kao reakcija na stvarnu i realnu percipiranu prijetnju koje uključuje njezino izbjegavanje, osjećaj nelagode i fiziološke promjene, dok je anksioznost "*slobodno plutajući strah*" unutarnjeg porijekla koji nije vezan za određenu situaciju ili objekt, a predstavlja osjećaj očekivanja prijeteće situacije

OPĆA OBILJEŽJA ANKSIOZNOSTI

- prisutnost anksioznosti; osobi su simptomi neprihvatljivi i strani; relativna očuvanost testiranja realiteta; smetnja je po svojoj prirodi dugotrajna; simptomi ne ugrožavaju socijalne norme

U dječjoj dobi postoje dvije vrste anksioznih poremećaja:

1. anksiozni poremećaj zbog separacije i
2. poremećaj s pretjeranom anksioznošću

Kategorije koje su zajedničke djeci i odraslima su:

- fobični poremećaji
- opsessivno – kompulzivni poremećaj
- panični poremećaj
- posttraumatski stresni poremećaj

PREVENCIJA I TIJEK

- Utvrđeno je da se anksiozni poremećaji javljaju kod 8 do 9% opće populacije
- Smatraju se najčešćim poremećajima u dječjoj i adolescentskoj dobi
- Otprilike polovica simptoma koji su prisutni u odrasloj dobi počne prije 15. godine života
- Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi kasnije povećavaju rizik od psihijatrijskih smetnji
- Istraživanja su pokazala da:
 - 21% neurotične djece u odrasloj dobi ima dijagnozu neuroze
 - 14% dijagnozu poremećaja ličnosti
 - a 5% psihoze

Prevencija, tijek, komorbiditet i konteksti

KOMORBIDITETI:

- Anksioznost i depresivnost
- Anksioznost i deficita pažnje / hiperaktivni poremećaj

ORGANSKI KONTEKST

- Istraživanja su pokazala da djeca koja odrastaju u obitelji u kojoj roditelji imaju anksiozni poremećaj, imaju 7 puta veću vjerojatnost da će oboljeti
- Longitudinalna istraživanja su pokazala da blage neurološke promjene/oštećenja kod djece u dobi od 7 godina značajno predizvikuju kasnije anksiozno – povlačećeg ponašanja u adolescenciji

INTRAPERSONALNI KONTEKST

- Kod anksioznosti patnja je unutrašnja – internalizirajući poremećaj
- Podupire pretpostavku da je anksioznost znak pretjerane samokontrole

INTERPERSONALNI KONTEKST

- Separacijska se anksioznost i školska fobija razviju kod nametljivih roditelja i djece koja su previše ovisna
- Bračni konflikti su rizičan faktor ovisno o tome koji je spol dominantan i ovisi kojeg je spola dijete

ETIOLOGIJA

PSIHOANALITIČKA TEORIJA NEUROZA

- Temelj ove teorije neuroza je konflikt između onoga što dojenče ili predškolsko dijete želi i onoga što socijalizirajući roditelj od njega zahtijeva da učini
- Sadržaj tog konflikta je određen stadijem psihoseksualnog razvoja
- Neurotični simptomi imaju simbolično značenje, koje se razlikuje od manifestnog sadržaja samog ponašanja
- Kad roditelj prijeti kažnjavanjem ili uskraćuje roditeljsku ljubav to kod djeteta izaziva dovoljno jak afektivni naboј koji može dovesti do inhibicije socijalno neprihvatljivog ponašanja
- Edipov kompleks i analni stadij predstavljaju dvije važne skupine simptoma – fobija i opsesivno – kompluzivnih simptoma

BIHEVIORALNA TEORIJA

- Anksioznost = adaptivni odgovor kad predstavlja reakciju na stvarnu prijetnju; kad je pak odgovor neadaptivan (onda kada ne postoji stvarna opasnost) – reakcija je patološka
- Klasični načini učenja mogu biti odgovorni za različite načine na koje bezazleni i neodgovarajući podražaji izazivaju štetne emocionalne odgovore (Mali Albert – uvjetovanje straha, generalizacija)
- "Inhibiciju reakcije" kod koje dijete izbjegava da radi i razmišlja o tome da čini zabranjenu aktivnost – proces sličan potiskivanju

STRAHOVI I FOBIJE: OPĆA OBILJEŽJA, INCIDENCIJA I TRAJANJE

- Većina strahova je prolazna (otprilike polovica ih nestane tijekom tri mjeseca dok neki mogu biti i dugotrajniji)
- Predškolska djeca koja imaju strahove pod povećanim su rizikom za kasniji razvoj anksioznih poremećaja
- Fobije su prisutne kod 2,4% djece i kod 3,6% adolescenata
- Fobije djece su upornije od strahova, ali se većina njih povuče tijekom 2-3 godine, s ili bez liječenja (uz psihoterapiju liječenje je brže), a u odrasloj dobi su mnogo tvrdokornije
- Etiologija fobija ostaje poprilično nejasna, a njihov broj je iznimno velik (kategorije fobija)

- Faktori koji utječu na to hoće li se određeni podražaj doživjeti sa strahom:
 - Da li je dijete sigurno ili ne
 - Da li je s majkom ili ne
 - Da li je socijalna i fizička okolina poznata ili nepoznata
 - Stupanj kognitivnog razvoja koji određuje hoće li se određeni događaj smatrati poznatim ili stranim
 - Djetedovo trenutačno stanje
 - Karakteristike temperamenta djeteta
- Strahovi se smatraju adaptivnim, a fobije neprilagođenim

PRVE DVIJE GODINE

- Separacijski strah (5-7. mj.)
- Strah od nepoznatih osoba (7-9. mj.)
- Strah od iznenadnih, jakih zvukova

STRAHOVI DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

- Strah od životinja
- Strah od liječnika
- Strah od pljačkaša, otmičara i lopova
- Strah od vremenskih nepogoda
- Strah od imaginarnih bića
- Noćni strahovi i more (2-8. g.)

RAZVOJNI PUT

Rana, dojenačka dob

- Reakcije straha smatraju se urođenima jer se javljaju rano
- Podražaji koji ih izazivaju: glasni zvukovi, bol, padanje i iznenadni neočekivani pokreti
- Strah se javlja i nastaje zajedno sa samim podražajem, pa ovi podražaji zahtijevaju malo kognitivne obrade
- Izvor straha u 2. polovici 1. godine: nepoznato ili strano bez obzira na što se odnosi – kad dijete percipira podražaj, bilo da se radi o poznatom ili stranom to zahtijeva obradu koja nije bila potrebna za urođene podražaje
- Takva obrada u najranijim mjesecima života nije moguća, jer novorođenče zna o tom svijetu veoma malo
- Svakom je djetetu nakon rođenja potrebno određeno vrijeme da upozna svoju okolinu i počne je percipirati kao prepoznatljive ili stranu

Doba trčkarala

- Strah kod djeteta izazivaju životinje, a ponekad, strah predstavlja odgovor na neočekivane reakcije i pokrete karakteristične za te životinje
- Na prijelazu u predškolsku dob dolazi do smanjivanja strahova od buke, padanja, iznenadnih pokreta i nepoznatog
- Pamćenje čini strahove manje ovisnim o okolnostima jer se povećava očekivanje, te djeca reagiraju na prijetnju ili opasnost od ozljede tijela, te posljedično tome na upozorenja koja su dio socijalizacije
- Dijete doživljava strah od prometnih nesreća i vatre, kao odgovor na roditeljsko kažnjavanje i druge tehnike koje izazivaju strah, te se zbog toga boje i izbjegavaju činiti stvari koje roditelji smatraju "lošima"
- Da bi djeca prevladala strah mogu se koristiti:
 - različite tehnike rješavanja problema (npr. da se djetetu dopusti da samo navečer ugasi svjetla)
 - davanje primjera (npr. ulazeњe u mračnu sobu i milovanje psa kojeg se dijete boji)
 - postupni pristup objektu koji kod djeteta izaziva strah
 - upozoravanje djeteta unaprijed s ciljem pripreme za potencijalno zastrašujuće doživljaje

NEUROTSKE REAKCIJE KOD DJECE

- Najčešća manifestacija neurotske reakcije kod djece je konverzivna reakcija
- Negativni efekti hospitalizacije – nakon 6. mjeseca života poznata je neurotska reakcija koja se naziva hospitalizam – reakcija koja je rezultat separacije djeteta od majke pri hospitalizaciji (djeca postaju tužna, plačljiva, apatična, šutljiva, sporih pokreta, nepokretne mimike lica, gube apetit, poremećen im je san). Ova reakcija kod djece javlja se tijekom hospitalizacije ali i nakon boravka u bolnici
- Hospitalizam (rad: Tatalović Vorkapić, S., Jančec, L. i Vičić, K. (2012). Evaluacija volonterskog programa "Pripovjedač/ice priča za laku noć u Dječjoj bolnici Kantrida": Što kažu djeca i roditelji? *Klinička psihologija*, 5(1-2), 95-116.

KONVERZIVNE REAKCIJE

- Disocijativni poremećaj karakteriziran djelomičnim ili potpunim gubitkom normalne integracije između sjećanja na prošle događaje, svijesti o identitetu i neposrednih osjeta te kontrole tjelesnih pokreta
- Podloga ovih poremećaja je psihogena, a vremenski su vezani uz traumatski događaj

- Emocionalna napetost, nezadovoljstvo i tjeskobnost djeteta se često konvertiraju (preobraćaju) u smetnje funkcija nekih organa ili organskih sustava
- Kod djece predškolske dobi česte su
 - neuroze probavnih organa (manjak teka, proždrljivost, psihogeno povraćanje, zatvorenost stolice, pretjerana žed)
 - neuroze mokračnih organa (dnevno mokrenje i noćno mokrenje)
 - neuroze dišnih organa (psihogeni osjećaj gušenja, psihogeno uvjetovan kašalj, mucanje i tepanje)
 - neurotske smetnje sna (nemiran san i noćni strah)
 - ostale konverzije (tikovi očnih kapaka, vrata, ramena i sl., uporno sisanje prsta, grizenje nokata sve do krvi, čupkanje i jedenje kose)

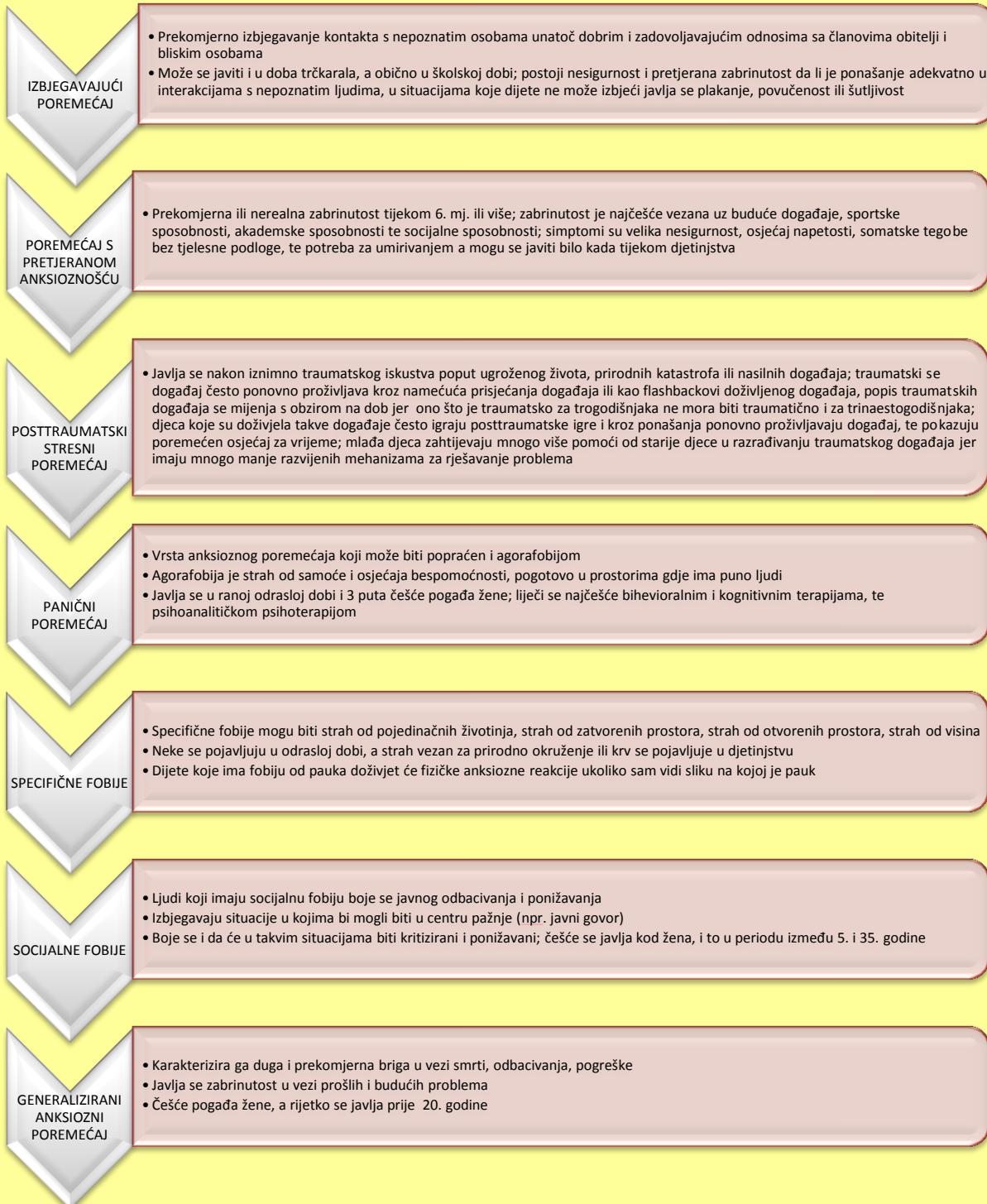
ANKSIOZNI POREMEĆAJ ZBOG SEPARACIJE

- Razvoj vezanosti prema roditelju/skrbniku i strah od njegovog gubitka je vrlo važan za normalan razvoj dojenčeta (Bowlby, 1973)
- Separacijska anksioznost i posebni oblik školske fobije – pokreće ih strah od odvajanja od skrbnika
- Karakteristika anksioznog poremećaja zbog separacije -> je prekomjerna anksioznost zbog separacije od ljudi s kojima je dijete blisko, a najčešće su to roditelji
- Mlađa se djeca često vješaju po roditeljima, ili ih neprestano prate, dok starija postaju uznenirena ako moraju provesti noć izvan kuće, uznenirena su kad su vani te imaju potrebu stalno telefonirati doma
- Moguć je stalni i nerealni strah od nesreća koje se mogu dogoditi voljenim osobama, odbijanje spavanja ako uz njih nije voljena osoba, te tužba na glavobolju i bol u trbuhi kako se ne bi trebalo otići u vrtić/školu i kako bi se moglo ostati s voljenom osobom
- Separacijsku anksioznost povećavaju nepouzdana privrženost, odvajanja koja su nepredvidljiva i nekontrolirana, te osjetljivost na anksioznost u dojenačkoj dobi koji je dio temperamenta djeteta
- Česti uzrok: stres kao što je gubitak ili bolest bliske osobe, no česta je i pojava ovog poremećaja kod djeteta koje je do tada dobro funkcioniralo
- Nisu utvrđene spolne razlike

OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

- Poremećaj obilježen opsesijama – namećućim idejama i kompulzijama (prisilnim radnjama) - porivima koje dolaze iz izvora nad kojim dijete nema kontrolu, kojima se ne može oduprijeti i koje obično prepoznaje kao neracionalne
- Najčešće se u dječjoj dobi ogleda kao pretjerano izraženo normalno ritualno ponašanje, međutim ono izaziva snažnu anksioznost, pa i krivnju ukoliko mu se dijete opire ili na njega troši veliku količinu vremena
- Najpoznatiji primjer je pranje ruku, ali isto tako česti je i neprestano provjeravanje jesu li vrata zaključana, zaokupljenost redom i dodirivanje predmeta određeni broj puta
- Najčešće opsesije su vezane za strah od zaraze i misli o ozljeđivanju sebe ili bliskih osoba
- Spolne razlike u korist dječaka
- Dob početka: između 9 i 16 godina
- Normalno ritualno ponašanje (potreba da se nešto učini na točno određeni način, brojenje, korištenje sretnih brojeva itd.) nestaje oko 8.godine života, a devijantno ne
- Opća obilježja: djeca natprosječne inteligencije, i strogih moralnih načela
- Etiologija je nepoznata
- Postoje dokazi za genetsku komponentu na temelju istraživanja obitelji
- Liječenje: bihevioralne metode
- Kriteriji iz DSM-IV za opsesivno-kompulzivni poremećaj (Wenar, 2003)

Drugi anksiozni poremećaji



11. Poremećaji ophođenja i nedostatna samokontrola

Uvod

- Poremećaj ophođenja = poremećaj obilježen stalnim obrascima ponašanja kod kojih su povrijeđena prava drugih ili su prekršene socijalne norme koje odgovaraju određenoj razvojnoj dobi
- Obrasci ponašanja u okviru poremećaja ophođenja:
 - Započinjanje tučnjava
 - Korištenje oružja koje može nanijeti teže tjelesne ozljede
 - Krađe
 - Podmetanje požara
 - Bježanje iz škole i slično
- Po DSM-IV (1996) klasifikaciji, simptomi koji opisuju poremećaje ophođenja dijele se na:
 1. agresivnost prema ljudima i životinjama
 2. uništavanje imovine
 3. prijevare ili krađe
 4. ozbiljno narušavanje pravila (npr. bez obzira na upozorenja roditelja dijete ostaje vani ili noćima nije kod kuće)
- Poremećaj ophođenja psihološki je izraz za antisocijalno ponašanje (nije isto što i delikvencija=pravni izraz koji uključuje prijestupe koji bi se smatrali kriminalom kada bi ih izvršila odrasla osoba)
- Obilježja PO: devijantan sustav vrijednosti, poremećena samokontrola, oštećena socijalizacija, manjak empatije, potreba ua uzbuđenjima

Normalna i nedostatna samokontrola

- Samokontrola je od iznimne važnosti za socijalizaciju
- Od djece se zahtjeva poštenje, iskrenost, držanje do prava i vrijednosti drugih, poslušnost prema autoritetima te poštivanje zakona
- Ovi su zahtjevi važni jer trčkalo i predškolsko dijete imaju snažnu želju za neposrednim zadovoljenjem svojih potreba (egocentrizam) koje mogu voditi ka nedostatnoj samokontroli
- Ponašanja koja su posljedica neodgovarajuće samokontrole uključuju agresiju, izljeve srdžbe, laganje, krađu, bježanje, vandalizam, podmetanje požara, neposluh i zastrašivanje
- Ova se ponašanja nazivaju i *acting-out* ponašanjima
- Sva ova navedena ponašanja predstavljaju kršenje socijalno prihvatljivog ponašanja
- Uvijek kada je riječ o poremećajima ophođenja, socijalni kontekst je na prvom mjestu po važnosti

Kriteriji za poremećaj ophođenja iz DSM-IV (APU, 1994)



Vrste poremećaja ophođenja

Dvije osnovne klasifikacije:

- Na temelju statističke analize utvrđeno je postojanje 2 vrste poremećaja ophođenja:
 1. Agresivno ponašanje s manjom socijalizacijom ili agresivno ponašanje uključuje: tučnjave, neposluh, destruktivnost, nemir, izljeve bijesa
 2. Socijalizirana agresija ili delinkvencija: uključuje loše društvo, bježanje od kuće ili škole, krađu, laganje

- Na temelju kliničko-opisnog pristupa utvrđeno je postojanje 2 vrste poremećaja ophođenja:
 1. Samotničko-agresivni tip (agresivno fizičko ponašanje koje najčešće započinje sama osoba)
 2. Skupni tip (poremećaj ophođenja kao grupna aktivnost koja može i ne mora uključivati agresivno fizičko ponašanje)
 3. Ostatna kategorija, nediferencirani tip
- U obje navedene klasifikacije poremećaja ophođenja **socijalizacija** igra veoma važnu ulogu

Agresivni poremećaj ophođenja uz slabiju socijalizaciju: obilježja

- Najteži oblik poremećaja ophođenja (1/3 djece od polovice sve djece upućene psihologu se svrstava u ovu kategoriju)
- Prevalencija u općoj populaciji: od 4-10% djece
- Spolne razlike: 3x češće kod dječaka
- Početak: kod dječaka u 10. godini, kod djevojčica u 14. Godini
- Češće u obitelji niskog SES-a, velikim obiteljima, gdje je slabi nadzor nad djecom
- Komorbiditeti: s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti, s poremećajem sa suprotstavljanjem i prkošenjem, te s depresijom
- Obilježen je aktivnim, antisocijalnim ponašanjem
- Agresija se može javiti u obliku izljeva srdžbe, tučnjava, napada
- Nepoštivanje socijalnih vrijednosti očituje se u ponašanjima kao što su krađa, laganje, otimanje, vandalizam, opijanje i slično
- Agresivno dijete sa slabijom socijalizacijom je impulzivno, ne može učiti iz iskustva te mu nedostaju osjećaji krivnje i anksioznosti
- S članovima svoje obitelji i okolinom ostvaruje površne odnose

Poremećaji ophođenja → Eksternalizirani poremećaji

- Eksternalizirane, tzv. aktivne probleme u ponašanju obilježava nedovoljno kontrolirano te prema drugima usmjeren ponašanje
- Ova skupina problema ubraja subskale delikventnog ponašanja te agresivnosti - impulzivnost, hiperaktivnost, nepažnju, neposlušnost, suprotstavljanje, nepokornost, negativističko ponašanje, agresivnost, destruktivnost te delikvenciju
- U eksternalizirane oblike poremećaja u ponašanju svrstavaju se i markiranje, krađa, ubojstvo, organizirani kriminal, razbojstvo, bježanje, oružane pljačke, seksualno maltretiranje, šverc, trgovina ljudima, svodništvo, tučnjave, svađe, bacanje stvari, izderavanje, okrivljavanje drugoga, laganje, izazivanje i nepoštivanje autoriteta, kršenje pravila te prosjačenje i druženje s osobama asocijalnog ponašanja

EPIDEMIOLOGIJA: Opći rizični čimbenici eksternaliziranih poremećaja u ponašanju		
Individualni čimbenici	Obiteljski čimbenici	Čimbenici u okruženju
<ul style="list-style-type: none"> • slaba kontrola ponašanja • impulzivnost • iskrivljena samoevaluacija • nedovoljna razvijenost interpersonalnih vještina i socijalno-kognitivnog procesiranja • nedostatak pažnje • negativno usmjerena osjećajnost • nedostatak empatije i osjećaja krivnje • pojačana aktivnost i sklonost traženju uzbuđenja 	<ul style="list-style-type: none"> • nasilje u obitelji i/ili konflikti roditelja • prisutnost depresije kod majke • asocijalna/ antisocijalna ponašanja roditelja • odbacivanje te gruba disciplina od strane roditelja • nedostatan nadzor i nedosljednost u odgoju • neodgovorno roditeljstvo • stresni obiteljski događaji • nizak socioekonomski status 	<ul style="list-style-type: none"> • negativne životne okolnosti • visoka razina nasilničkog ponašanja u susjedstvu • odbacivanje od strane vršnjaka • iskazivanje moći od strane drugih osoba u okruženju

Etiologija poremećaja ophođenja

- Mogući uzroci poremećaja ophođenja: utjecaji socijalnih i ekonomskih faktora, odnos roditelja i djece
- Niti jedan faktor ne može u potpunosti objasniti uzroke poremećaja ophođenja, ali istraživanja su potvrđila značajnost utjecaja obitelji, bioloških utjecaja, kognitivnih faktora te nedostatak emocionalne pobudljivosti
- Obitelj je primarni faktor socijalizacije svakog djeteta stoga mnoga istraživanja podupiru tezu kako je **obitelj** važan uzročnik poremećaja ophođenja
- Obiteljski uzroci PO: nasilje, roditeljsko odbacivanje, nedostatak kontrole nad djecom, bračni problemi i slično

Integrativni model

- Pattersonov model: uključuje čimbenike koji uzrokuju antisocijalno ponašanje:
 1. Karakteristike obitelji: čimbenici koji se stvaraju kod kuće, tj. članovi obitelji su važni za razvoj takvog ponašanja
 2. Nizak socioekonomski status
 3. "Teški" temperament u dojenačkoj dobi
 4. Antisocijalni roditelji
 5. Rastava
- Učinak svih ostalih čimbenika uvjetuju obiteljski čimbenici
- Posljedica nepovoljnih obiteljskih interakcija je antisocijalno, socijalno neprilagođeno dijete s niskim samopoštovanjem.
- Pattersonov model ima razvojnu dimenziju zato što se promjene zbivaju od najranijih dana pa do adolescencije
- Opći model psihopatologije predstavlja i teoriju suviška tj. ekstremne devijacije od normalnog što odgovara teoriji učenja

Predškolsko razdoblje

- Najčešća pretpostavka: **acting-out ponašanja** u predškolskom razdoblju predstavljaju **fiksacije ili razvojna kašnjenja**
- Što se tiče izljeva srdžbe, očekuje se da dojenčad na frustracije reagira srdžbom
- Tijekom "strašne" 2. godine života, svojeglava trčkarala također se znaju razljutiti ako nije po njihovu
- U dobi od 5 do 6 godina, učestalost izrazitih srdžbi trebala bi se smanjivati, a ukoliko to nije tako, dijete ne uspijeva učiniti odgovarajući napredak u ostvarivanju samokontrole, te će biti slabo opremljeno za uspješnu prilagodbu na zahtjeve škole
- Pretpostavka o fiksaciji ili razvojnom kašnjenju također se odnosi i na krađu i laganje
- Socijalizirajuća odrasla osoba je ta koja dijeli svijet u stvari koje su "u redu" i one koje su "to NE!"
- Istodobno trčkaralo mora naučiti da je **loše uzimati predmete** koji mu ne pripadaju
- I dok se uzimanje tuđih predmeta nalazi na vrhuncu u 3. godini života ovo se ne može smatrati krađom budući da shvaćanje vlasništva još nije ustanovljeno – tek nakon što se shvate zabrane i nakon što se uspostavi namjerno kršenje, "uzimanje" postaje "**krađa**"
- Laganje: tijekom ranog mišljenja "laganje" predstavlja nesposobnost razlikovanja fizičkog svijeta od psihološkog svijeta misli, osjećaja i želja (tek nakon što se počne razlikovati objektivna i subjektivna socijalna realnost može se govoriti o pravom laganju)
- Doslovnost u shvaćanju izraza: djeca predškolske dobi ne razlikuju namjernu od nenamjerne laži, te sve shvaćaju doslovno
- Tek u dobi od 6 godina dijete bi trebalo razumjeti osnovna značenja krađe i laganja, te se taj razvoj nastavlja i dalje

"PRERASTA" LI SE ACTING-OUT PONAŠANJE?

- Kohnovo (1977) 5-godišnje longitudinalno istraživanje (N=1232 predškolske djece) je pokazalo da početna laganja i krađe u ranoj predškolskoj dobi prelaze kasnije u acting-out ponašanje
- Cambell (1991) je obogatila Kohnovo istraživanje vlastitim rezultatima: agresija i neposluh kod vrtićke djece, kad su praćeni simptomima hiperaktivnosti i nepažnje, imaju veliku vjerojatnost trajanja do nižih razreda OŠ i ne mogu se smatrati normalnim promjenama koje će se prerasti
- Egeland i suradnici (1990) su u longitudinalnom istraživanju predškolske djece utvrdili da je acting-out ponašanje veoma stabilno barem u prva dva razreda OŠ. Osim toga, utvrdili su značajnu pozitivnu korelaciju između acting-out ponašanja i povećanja majčine depresije
- Za agresivnu djecu predškolske dobi koja su hiperaktivna i koja imaju konfliktne odnose sa svojim majkama vrlo je vjerojatno da će nastaviti biti agresivna
- Prerastanje acting-out ponašanja treba pratiti u odnosu na majčinu depresivnost i stupanj stresa u obitelji

Intrapersonalni kontekst



Interpersonalni kontekst

OBITELJ

- Rizični faktori: stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja (gubici, roditeljsko zanemarivanje, odbacivanje, zlostavljanje), te događaji koji pogađaju cijelu obitelj (siromaštvo, rat)
- Zaštitni faktori: roditeljska toplina, podrška i ljubav imaju pozitivne utjecaje na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost djeteta
- Teorija privrženosti (Bowlby, 1973) pokazala se najčešće citiranom kako bi se objasnila povezanost poremećaja u ranoj komunikaciji roditelj – dijete
- Različiti aspekti interakcije u obitelji mogu kod djeteta uzrokovati niz psihopatoloških simptoma
- Svi ispitivani aspekti, internalizirani (depresivnost, anksioznost, somatizacija), eksternalizirani (agresivnost) problema, najsnažnije su povezani s percepcijom odbacivanja od strane oca i majke

Drugi interpersonalni čimbenici

- Doprinos sa strane djeteta: neka djeca imaju nasljednu i konstitucijsku sklonost agresivnosti, teškoće skrbi i nereagiranje na nagrade i kazne (organski kontekst)
- Interakcije s vršnjacima: mogu pojačati agresiju (u predškolskoj dobi pasivna djeca mogu započeti s izazivanjem agresivnih interakcija kad se počinju braniti i tako otkrivaju da su takvi protunapadi učinkoviti)

Kontekst višeg reda

VRTIĆI, ŠKOLE

1. Vrtići i škole imaju važnu ulogu u etiologiji poremećaja ophođenja
2. Vrlo često su vještine odgajatelja i učitelja u vođenju grupe, odnosno razreda povezane s čestinom acting-out ponašanja
3. Postoji sklonost razvoja actingout ponašanja u onim grupama koje su slabo organizirane, gdje su očekivanja uspjeha vrlo mala, gdje postoje mnoga kažnjavanja, a malo pohvala, te gdje ima mnogo konflikata
4. Iako postoji povezanost između školskog uspjeha i poremećaja ophođenja još uvijek se ne zna uzročna veza.

MEDIJI

1. Istraživači su se bavili pitanjem učinaka televizijskog nasilja na razinu agresivnosti kod djece
2. Postoje mnogi dokazi da djeca koja vole gledati televizijski program s nasiljem pokazuju veću agresivnost od svojih vršnjaka
3. Longitudinalna istraživanja pokazuju da su djeca koja tijekom osnovne škole vole televizijske programe s nasiljem uključena i više nasilnih i kriminalnih aktivnosti u odrasloj dobi

Organski kontekst

- Genetski čimbenici imaju manje značenje po pitanju etiologije poremećaja ophođenja
- Smatralo se da YY kromosomi imaju značenje za antisocijalno ponašanje, ali je jača veza s niskim IQ-om nego s agresijom
- Kriminalitet se ne naslijeđuje
- Istraživanja na ljudima pokazuju da hormonske razlike u razini testosterona nisu dostatne za agresivno i antisocijalno ponašanje
- Veza između poremećaja ophođenja i temperamenta je slaba, ali seksualno sazrijevanje i rano započinjanje spolnih odnosa, snažni su prediktori antisocijalnog ponašanja
- Antisocijalno ponašanje kod djevojaka koje su rano sazrele određeno je njihovim zanimanjem za starije prijatelje kao i odnosom spolova u školi koju pohađaju
- Djevojke koje ranije sazriju i koje polaze mješovite škole pod većim su rizikom od delikventnog ponašanja od djevojaka koje su rano sazrele i pohađaju ženske škole ili od djevojaka koje se kasno sazrele, bez obzira na školu

Prevencija i liječenje

- Najveća pozornost pridaje se pristupu koji uključuje intervenciju vezane uz roditelje i obitelji djece u vidu prevencije jer su poremećiji ophodjenja neizlječivi, a mogu se tek umanjiti
- Roditelji usvajaju znanja o tehnikama socijalnog učenja te pozitivnog potkrepljenja
- Rad s djecom obuhvaća najčešće kognitivnu terapiju koja se temelji na povezanosti kognitivnih procesa i agresivnog ponašanja: jedan od kognitivno-bihevioralnih tretmana zove se STOP-THINK-DO kojem je cilj djecu naučiti stati i razmisliti prije neko što impulzivno reagiraju



12. Ostali poremećaji u ranom djetinjstvu

Autizam

- Autistični poremećaj = razvojni poremećaj koji započinje u djetinjstvu, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život
- Osnovne karakteristike autističnog poremećaja su:
 1. nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s ljudima i stvarima,
 2. zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način,
 3. normalan tjelesni izgled,
 4. nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje, te
 5. ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda
- Kod promatranja djece s autističnim poremećajem posebno su uočljiva 3 oblika ponašanja:
 - ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta (poremećene socijalne interakcije, nema pogleda oči u oči)
 - grčevita povezanost s poznatim predmetima (paničan strah od promjene)
 - posebno osebujan govorni jezik (usporen razvoj; eholalija (ponavljanje riječi i glasova), govor o sebi u 3. licu; izmišljanje novih riječi (neologizmi); ograničeni repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti)

Etiologija autizma: 2 skupine teorija

PSIHOLOŠKE (autizam je uzrokovani nenormalnim psihičkim interakcijama unutar obitelji, posebice hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu; uzroci su isključivo psihogeni)

ORGANSKE (uzrok je moždani poremećaj koji uzrokuje razvojni hendikep sa specifičnim simptomima i poremećajima ličnosti)

- Recentna istraživanja (uzroci autizma su: utjecaji naslijeda, poremećaji emocionalnog razvoja, poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja, biokemijske osobitosti, moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije, te interakcija navedenih činitelja)
- Najvažnije promjene o shvaćanjima uzroka autizma su:
 1. oslobođanje obitelji od osobne krivnje
 2. zajedničko djelovanje većeg broja čimbenika koji uzrokuju i djeluju na razvoj tog poremećaja
 3. primjena snažnije strukturiranih terapijskih postupaka s primjereno definiranim ciljevima rehabilitacijskog programa (za razliku od npr. laisser-faire, ili oni koji zagovaraju slobodan razvoj)

4. realističnija percepcija autističnih osoba i njihovih sposobnosti i tome primjerenih terapijskih postupaka

Autizam: specifična kašnjenja i odstupanja

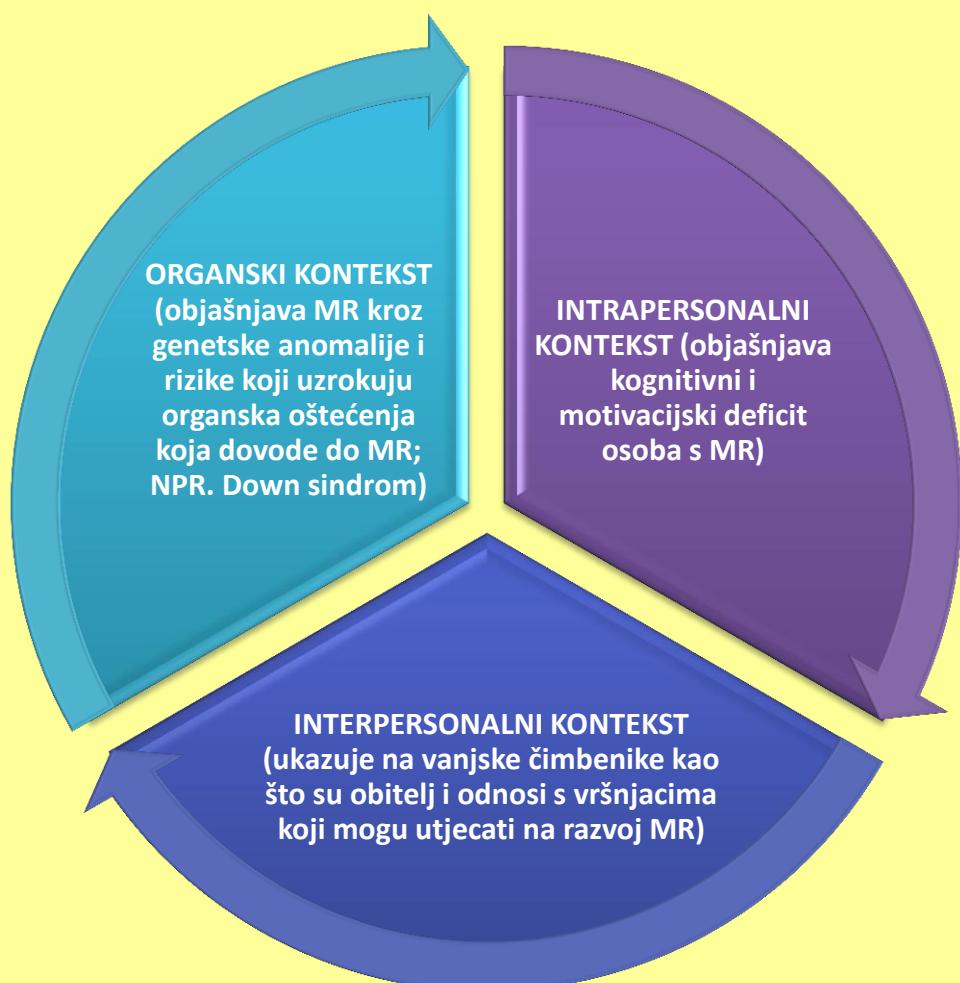
- **Percepcija, pažnja i pobuđenost:** preferencija visokih tonova, a ne toliko ljudskog govora; u dojenačkoj dobi ili su pretjerano razdražljiva ili premirna, a u dobi trčkarala su ili potpuno neaktivna ili su aktivnosti kvalitativno nagonske
- **Učenje i složenije mišljenje:** normalno reagiraju na nagradu i kaznu, uspjeh i neuspjeh; postaju povučena ili ne sudjeluju kada zadaci postanu preteški; nesposobna su da generaliziraju dalje od situacija neposrednog učenja; imaju poteškoće u oponašanju; mogu primiti informacije, ali ih ne mogu usporediti s ranijim iskustvom (ne mogu asimilirati); mišljenje je konkretno i povezano uz situaciju, npr. autistično dojenče neće oponašati gestu za „pa,pa“
- **Razvoj govora:** usporen je; greške u semantici (značenje riječi i rečenica), lakše koriste glagole konkretnih akcija; veliki problem je konverzacija
- **Komunikacija i razumijevanje jezika:** vrlo rijetko koristi geste prilikom komunikacije; opisuju se kao „*djeca koja govore drugim osobama, a ne razgovaraju s njima*“; djeca s autizmom prolaze iste razvojne faze u govoru, ali ili dulje ostaju u jednoj fazi ili prolaze faze drugačijim redoslijedom
- Vrste terapija: play terapija, metoda modifikacije ponašanja, glazbena terapija, likovna terapija, terapija igrom, kinezioterapija, holding terapija, dnevna životna terapija

Mentalna retardacija

Značajno oštećeni aspekti kod mentalne retardacije su:

- Funtcioniranje (općenito djelovanje i provođenje aktivnosti u okolini)
- Sposobnosti, koje se dijele na: unutarnje (apstraktna inteligencija) i socijalne (praktična i socijalna inteligencija)
- Okolina (okolnosti u kojima osoba svakodnevno djeluje i koje djeluju na osobu)
- MR=ograničenje u funkcioniranju tj. ispodprosječno intelektualno funkcioniranje
- Mjeri se standardiziranim testovima inteligencije
- Prema klasifikaciji na temelju IQ rezultata mentalna retardacija se dijeli na:
 - Blagu
 - Umjerenu
 - Tešku
 - Duboku retardaciju

Etiologija MR: dijeli se na 3 konteksta



Shizofrenija: uvod

- Shizofrenija = psihijatrijski poremećaj sa značajkama kroničnosti a primarno pogađa sposobnost razmišljanja, s otežanom percepcijom stvarnosti, što uzrokuje promjenu ponašanja i neugodne osjećaje
- Shizofrenija = psihopatološki fenomen s kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama
- Stupanj težine bolesti može biti različit – u najtežem obliku potpuno onesposobljava osobu u njenom funkcioniranju
- Teško se detektira u ranim razvojnim periodima života djeteta: prije 6. godine života djeteta vrlo je rijetka ali između 7. i 12. godine učestalost se povećava
- SIMPTOMI: kod djece su jednaki simptomima odraslih:
 1. halucinacije, tj. percepcije bez vanjskih podražaja
 2. sumanutost ili nerealna uvjerenja
 3. poremećaji mišljenja okarakterizirani fragmentiranim, disociranim i bizarnim govorom
 4. emocionalne (neodgovarajući afekt), socijalne i motoričke smetnje

Razvojni put i razvojni modeli

- Istraživanja: kod djece postoje određeni oblici zaostajanja u većini razvojnih područja (govor, socijalizacija, poremećaj pažnje, autističnost u interakcijama, oštećena motorika, percepcija i spoznaja)
- Organski kontekst: stupanj nasljednosti; zakašnjeli motorički razvoj i nepravilni dnevni ritmovi kao rezultat organske disfunkcije
- Postizanje niskih rezultata na IQ-testovima: zbog kašnjenja u razvoju shvaćanja perspektive
- Shizofrenija u odnosu na autizam:
 1. Autizam ne uzrokuje sumanutost i halucinacije te smetnje raspoloženja za razliku od shizofrenije
 2. Shizofrena djeca su upadljiva, prenaglašena i bizarna dok su autisti ritualizirani, neobični i usamljeni
 3. Tijekom razvojnih perioda shizofrenija je obilježena napretkom i nazadovanjem dok je autizam stabilan
 4. Roditelji autistične djece su uglavnom prosječne ili iznadprosječne inteligencije i ne dolaze iz posebne socioekonomске skupine, dok su roditelji shizofrene djece često ispodprosječne inteligencije i nižeg socioekonomskog statusa

Rizici kod tjelesnih bolesti

- Kronične tjelesne bolesti i predškolsko dijete
- Dojenačka dob: pamćenje bolnih iskustava javlja se tek nakon 6. mjeseca života
- Doba trčkarala: bolest se shvaća na egocentričan način, razumiju se kako ona utječe i kako ometa u izborima i aktivnostima
- Kasna predškolska dob: pojava magičnog mišljenja koja podrazumijeva preuzimanje odgovornosti za bolest (kad se meni događa nešto loše, mora da sam i sam učinio nešto loše) – prema 7. godini mišjenje postaje diferenciranije i ovaj način razmišljanja polako nestaje (kasnije se javlja u vidu regresivne reakcije)
- Sposobnija nositi se sa stresorima su ona djeca koja imaju više informacija o bolesti i pa onda bolje prihvataju terapijske postupke
- Hospitalizacija: dojenčad od 6. mj. koja je uspostavila sigurnu privrženost je pogodjena separacijskom anksioznošću, za razliku od one dojančadi koja nije uspostavila privrženost
- Hospitalizacija: u dobi trčkarala i starijih predškolaraca djeca se mogu brinuti oko toga jesu li i što su loše učinili, a u školskoj dobi brige se najčešće vezuju uz boli koje mogu pratiti bolest

DOB	SHVAĆANJE	HOSPITALIZACIJA	OPĆENITO
Dojenaštvo	Lokalizira i pamti bol	Jaka boli stresori odgađaju autonomnu i motoričku integraciju; separacijska anksioznost nakon uspostavljanja privrženosti	
Trčkaralo	EGOCENTRIČNOST: učinci na slike o sebi; magično mišlenje: uzrok je loše ponašanje	Jaka boli i stresori; separacijska anksioznost; uzrok je loše ponašanje	Frustrirana u slučaju tjelesnog ograničenja; ovisnost onemogućuje autonomiju
Predškolsko dijete	Realne i magične ideje o uzrocima	Uzrok je loše ponašanje	

Neke kronične bolesti i predškolsko dijete

- ASTMA (kronična bolest okarakterizirana poremećajem dišnog sustava, gdje dolazi do suženja dišnih putova zbog prevelike nadražljivosti dušika, dušnica i bronhiola uslijed čega dolazi do nedostatka zraka i teškog disanja; napadaji mogu biti opasni po život i zahtijevaju medicinsko liječenje; uzroci: virusne infekcije, sklonost drugim alergijama, općenito snižen imunitet, genetska ranjivost; psihološki faktori: anksioznost, te problemi u ponašanju)

- JUVENILNI REUMATOIDNI ARTRITIS (bolest vezanog tkiva koja pogađa zglobove karakterističnim simptomima naticanja, boli i crvenila; liječenje se provodi u obliku farmakoterapije, fizikalne i radne terapije i ortopedski kirurški zahvati)
- DIJABETES MELITUS (kronični poremećaj uslijed nemogućnosti gušterače u proizvodnji dovoljne količine inzulina, a obilježen je pojavom masnih kiselina i povećane količine šećera u krvi i urinu; simptomi: umor, gubitak na tjelesnoj težini, često mokrenje i prekomjerna žeđ; značajna disciplina djeteta)
- ONKOLOŠKE BOLESTI (Najveći broj (oko polovine svih) oboljenja odnosi se na hematološka maligna stanja koja zahvaćaju krvotvorne organe; druga polovina su tumori mozga i SŽS-a; potom tumori specifičnih tkiva i organskih sustava kao što su kosti i bubrezi; efekt hospitalizacije)
- Kod svih bolesti je vrlo značajno da i roditelja i djeca (bez obzira na dob) budu upoznati što bolje i sa što većim brojem relevantnih informacija o njihovoj bolesti, podrška obitelja je krucijalna, kao i nastojanje da razvojni tijek djeteta bude što je moguće normalniji i ne odstupajući od razvoja zdravih vršnjaka

Oštećenja mozga

- Neurološka definicija: govori o prirodi, veličini i mjestu oštećenja mozga
- Bihevioralna definicija: govori o funkcijama koje su zahvaćene pri oštećenju (npr.: intel. oštećenje)
- Definicija oštećenja pomoću etioloških čimbenika (npr: anoksija, epilepsija)
- Značajne su sve tri definicije
- Oštećenje mozga i devijantno ponašanje: postoje dokazi da oštećenje mozga povećava rizik od psiholoških smetnji
- Kod moždanog oštećenja najjače su pogodjene funkcije su spoznaja, senzoričke i motoričke funkcije, te prag za konvulzije, a ako su ove funkcije oštećene vjerovatnost je velika i za pojavu psihopatologije.
- Plastičnost mozga: mozak ima začuđujuću snagu za oporavak kao i pričuvne sposobnosti koje omogućuju oporavak funkcija. (npr.: kod ozljeda, infekcija)
- Ozljeda glave: vodeći uzrok smrti kod djece; smrtnost je veća kod dječaka i djece mlađe od 4 godine; o težini ozljede ovisi oporavak; mlađa djeca su osjetljivija na učinke ozljede glave za razliku od odraslih)
- Ozljede glave su povezane s različitim kognitivnim promjenama i promjenama ličnosti (niski rezultati na IQ-testovima)
- Kod djece sa ozljedom glave dolazi i do oštećenja pamćenja i pažnje te kod takve djece školski uspjeh je lošiji, a češći poremećaji ponašanja povezani su s težim ozljedama glave
- Prevencija ozljeđivanja male djece (Nastavni Zavod za javno zdravstvo-> kod ozljeđivanja u vodi, sigurnosti u prometu, ozljeđivanju od vatre, prevencija oparina, ozljeđivanja eksplozivnim napravama, oružjem i strujom, otrovanja lijekovima i različitim kemijskim elementima, prevencija ugušenja sitnim predmetima i hranom, prevencija ozljeđivanja kod padova: naučiti kako dobro padati)

Rizici u interpersonalnom kontekstu



Loše postupanje prema djitetu



CAP PROGRAM

- CAP (eng. *Child Assault Prevention*) = program primarne prevencije svih oblika zlostavljanja od strane vršnjaka ili napada nepoznate ili djetetu poznate odrasle osobe
- Polazi od stava da napad predstavlja kršenje i ugrožavanje osnovnih ljudskih prava i da svi ljudi imaju pravo biti sigurni i slobodni
- Poučava djecu efikasnim prevencijskim strategijama koje počivaju na dječjim sposobnostima, a ne na ograničavanju tih sposobnosti
- Ciljevi CAP programa:
 1. Smanjiti ranjivost djece i njihovu izloženost različitim oblicima zlostavljanja tako da ih se pouči učinkovitim prevencijskim strategijama
 2. Ukažati lokalnoj zajednici na važnost uočavanja i sprječavanja nasilja među ljudima, a posebno na zlostavljanje djece
 3. Potaknuti obrazovne institucije na sustavan pristup prevenciji zlostavljanja djece
- CAP program ima 3 različita pristupa edukaciji o prevenciji:
 1. obučavanje osoblja škola/ vrtića – upoznavanje s prevencijskim strategijama koje će podučavati djecu putem radionica
 2. obučavanje roditelja – upoznavanje s problemom zlostavljanja djece i kako im pomoći da sačuvaju svoju sigurnost
 3. obučavanje djece – djecu se podučava vještinama kao što su zalaganje za sebe, podrška vršnjaku i povjeravanje odrasloj osobi u slučaju nekog problema

Rizici kod rastava

Uvod

- Da li je rastava bolja za dijete nego život u obitelji razorenog konfliktima? Odgovor nije jednostavan (različite dugoročne i kratkoročne posljedice)
- Premda se 75% rastavljenih majki i 80% rastavljenih očeva ponovo oženi, vjerojatnost druge rastave čak je i veća od one za prvu rastavu
- Dijete se mora suočiti sa različitim promjenama – od razlaza primarne obitelji do života s jednim roditeljem, te prilagođavanja na novu obitelj s novim roditeljem, a nerijetko i s novim bratom i sestrama...

Razdoblje prije rastave

- ...vrlo je burno, prepuno konflikata i roditeljske ljutnje
- Roditelji tj. supružnici gledaju na rastavu kao na rješenje svojih problema
- Ali, razdoblje koje slijedi je razdoblje kontinuiranih i pojačanih konflikata
- Te konflikte izazivaju kontakti sa pravnim službama koje trebaju riješiti probleme vezane uz skrbništvo nad djetetom i posjete
- Klinički dječji psiholog pomaže paru da ostavi po strani osobne probleme i osvetništvo te da se usmjeri na usklađivanje okolnosti koje će biti najbolje za dijete

Neposredne reakcije, kronični problemi i razdoblje oporavka

- Većina djece na roditeljsku rastavu reagira negativno, a reakcija ovisi o dobi djeteta
- Emocije koje se javljaju kod djece: srdžba, anksioznost, depresija, čežnja za izgubljenim roditeljem i maštanje o ponovnom sjedinjenju obitelji
- Ponašanja koja se javljaju kod djece: agresivnost, neposluh, plačljivost, prigovaranje, pokazivanje manje naklonosti prema roditeljima, odgajateljima i vršnjacima
- Spolne razlike: reakcije su snažnije i dugotrajnije kod dječaka nego kod djevojčica
- Tijekom 1. godine nakon rastave dolazi do mnogih problema, konflikata i izvora stresa:
 1. Najveći problem predstavljaju financije (i ženama i muškarcima)
 2. Problemi kod oba roditelja u vezi vođenja kućanstva i sniženog samopoštovanja
 3. Rastavljeni roditelji češće posjećuju psihiatrijske službe i imaju povećani rizik od automobilskih nesreća, bolesti, alkoholizma i suicida
 4. Roditelji slabije komuniciraju sa svojom djecom, nedosljedniji su, manje nježni, i postavljaju im manje zrelih zahtjeva
 5. Majke postaju nedosljedne i neučinkovite osobito u odnosu prema sinovima, dok očevi postaju previše popustljivi i manje dostupni nakon rastave
- Tijekom 2. godine nakon rastave dolazi do postupnog oporavka
- Pozitivnu ulogu imaju baki i djedovi koji pružaju finansijsku i emocionalnu potporu majci i djetetu; dok škole, vrtići i vršnjaci, najčešće nemaju pozitivnu ulogu u pomaganju djeci u svladavanju problema, a s obzirom na spol više potpore od učitelja i vršnjaka dobivaju djevojčice
- Sporazumna i mirna rastava je bolja za dijete nego život u obitelji prepunoj konflikata, ali teška i burna rastava ima više štetnih posljedica za djecu...

RAZVOJNA RAZMATRANJA I OBITELJ NEPOSREDNO NAKON RASTAVE

Istraživanja:

- Predškolska djeca koja su se pratila u vrijeme razvoda su pokazivala separacijsku anksioznost; imala su snažnije reakcije jer nisu naučila samokontrolu emocija; kasnije u životu imala su manja sjećanja u odnosu na adolescente (zaštitni mehanizam potiskivanja)
- Adolescenti tijekom razvoda su doživljavali osjećaj izdaje, gubitka i srdžbe, brinuli su oko vlastitog budućeg braka i financijske sigurnosti; odvajali su se od obitelji izbjegavanjem boravka u kući i povećanjem socijalnih aktivnosti; i sjećanja su im bila vrlo burna i živa
- Važnije je pomoći naizgled dobro prilagođenim adolescentima nego jasno promijenjenoj djeci predškolske dobi što je suprotno intuitivnom gledištu
- Nakon majčinog stupanja u drugi brak, djevojčice pokazuju veću zahtjevnost, nezadovoljstvo i prisile, a manje topline od djevojčica iz razvedenih ili ne razvedenih obitelji (razlog tomu može biti što drugi brak ometa blizak odnos majka-kći koji su one razvile)
- Ponašanje dječaka pokazuje poboljšanje – smatra se zbog toga što očuh ublažava raniji konfliktni odnos s majkom
- Odnos braće/sestara u novim obiteljima: Hetheringtonova istraživanja pokazuju da je među njima bilo više neprijateljskog i otuđenog odnosa nego među braćom i sestrama u nerastavljenim obiteljima
- Uloga i utjecaj bake i djeda u drugom braku manja je nego u tijeku rastave
- U prilagodbi predškolske djece na promjene u obitelji važnu ulogu imaju vršnjaci i kontakti sa zainteresiranom, podupirućom odrasлом osobom

RIZICI KOD PRIPADNIKA ETNIČKIH MANJINA

- Etnička pripadnost kod ljudi oblikuje sustav vjerovanja oko toga što čini i uzrokuje duševne bolesti te određuje ponašanje vezano uz traženje pomoći
- Kultura utječe na izražavanje simptoma kod djece:
- U nekim se kulturama potiče eksternaliziranje (jasno iznošenje i otvorenost)
- A u drugima internaliziranje problema (šutljivost, uljudnost i inhibicija)
- Stresori se također doživljavaju drugačije, ovisno u kojoj kulturi živimo

Značajni pojmovi:

1. Etnička pripadnost = skupina članova koji imaju jedinstveno socijalno i kulturološko nasljeđe koje se prenosi s generacije na generaciju, a njezini članovi se smatraju različitim od drugih po nekim važnim aspektima
2. Etnička socijalizacija = razvojni proces putem kojeg djeca stječu ponašanja, očekivanja, vrijednosti i stavove određene etničke skupine, te počinju doživljavati sebe i druge kao članove te skupine
3. Etnički identitet = osjećaj pripadnosti određenoj etničkoj skupini i način mišljenja, doživljavanja, osjećanja i ponašanja koji su posljedica pripadnosti toj etničkoj skupini

Siromaštvo kao stresor može nositi veliki broj rizika i neželjenih posljedica po djecu:

1. slabo majčino zdravlje, razvoj, prehranu te neprimjereno planiranje obitelji
2. povisenu smrtnost i pobol dojenčadi te velike obitelji
3. pothranjenost, bolesti te odsutnost medicinske skrbi
4. povećan rizik od školskog neuspjeha te nezaposlenost i nerazvijenost

Odnos manjine i većine

- Većina manjinskih skupina ima etničke modele koji se razlikuju od angloameričkih stoga je česta pojava da dolazi do asimilacije = manjinska skupina gubi svoju različitost i postaje djelom većinske skupine
- Može doći i do pluralizma kod kojeg se običaji, vrijednosti i jezik različitih skupina održavaju unutar kulture što stvara heterogeno društvo sastavljeno od različitih skupina
- Akomodacija ili akulturacija znači da se elementi različitih skupina ugrađuju u kulturu
- Djeca se često suočavaju s problemima kada se moraju poistovjetiti s dominirajućom skupinom i zbog toga se otuđiti od obitelji ili s druge strane zadržati modele svoje manjinske skupine i zbog toga trpjeti diskriminaciju, ismijavanje ili odbacivanje
- Istraživači tvrde da ovakvi konflikti mogu poticati razvoj: djeca kojoj su poznate različite kulture i koja se mogu prilagoditi različitim kulturama, ali u isto vrijeme zadržati osobni identitet, imaju prednost pred djecom koja poznaju samo jedan kulturološki model

Načini nošenja s problemima etničke manjine

Phinney (1990) opisuje 4 načina nošenja s problemima zbog etničke pripadnosti i rase, siromaštva, predrasuda i socijalne izolacije:

1. Prihvatanje negativne slike koja vlada u društvu i postajanje otuđenim članom (ovaj način nosi sa sobom i rizik od češćih osobnih problema i smanjenje školskog postignuća)

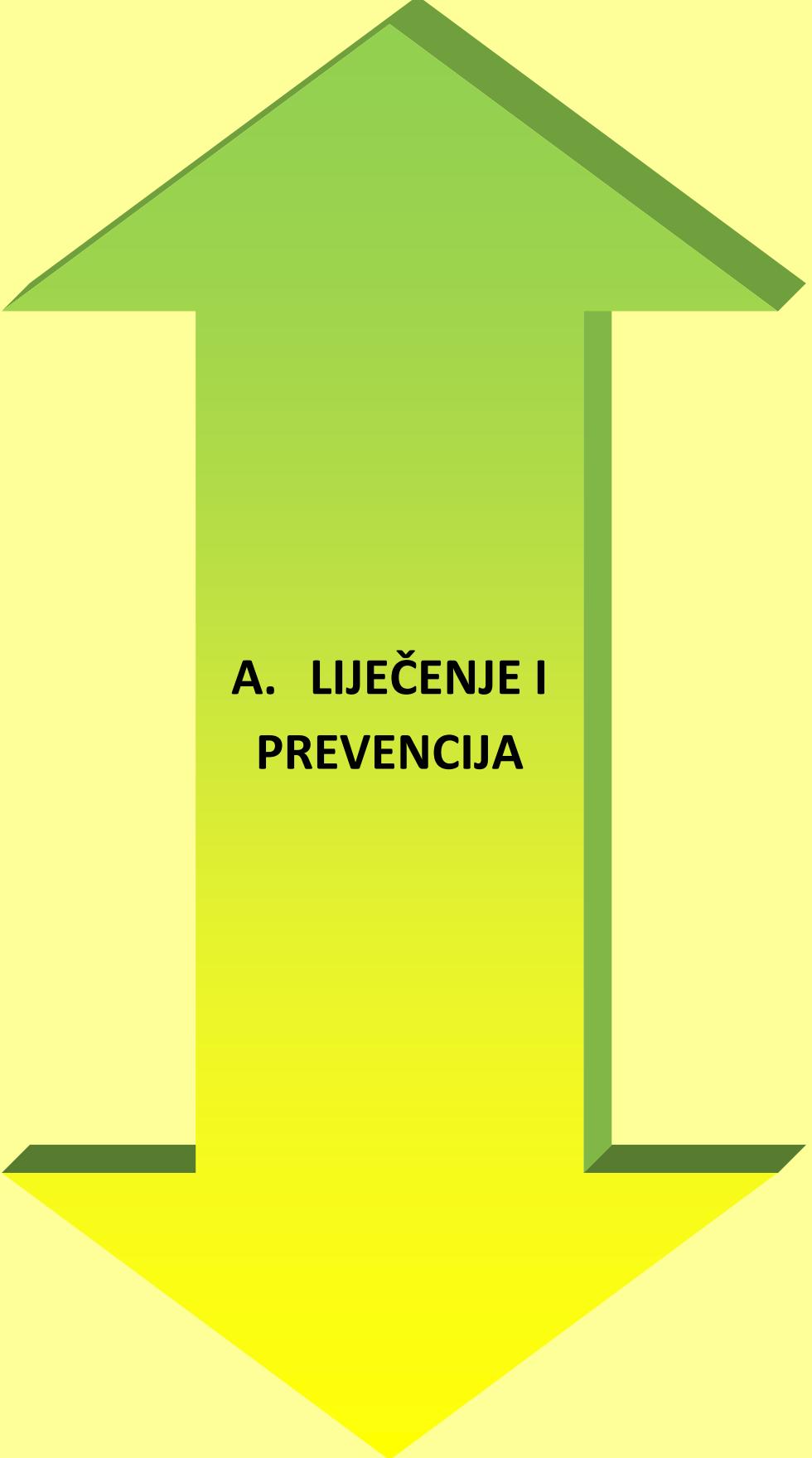
2. Poistovjećivanje s dominirajućom kulturom i prilagođavanje u nju (neki slučajevi potvrđuju iskušenja prilagodbe, kao što je pojava da osoba nije u potpunosti prihvaćena od strane npr. bijelaca, a odbačena je od strane crnaca)
3. Povlačenje koje uključuje vraćanje u vlastitu manjinsku kulturu i sretan život u getu
4. Bikulturizam = osoba ostaje u vlastitoj kulturi, ali se istodobno prilagođava i dominirajućoj, učenjem neophodnih vještina

Postoje slična shvaćanja procesa kojim se stvara identitet etničke manjine kroz ista istraživanja, a prolazi kroz 3 faze:

1. Početno se javlja difuzija identiteta, odnosno odsutnost zanimanja ili brige oko etničke pripadnosti, a onda gubitak prava na identitet, odnosno prihvatanje gledišta na etničku pripadnost koje imaju i drugi
2. Traganje za etničkim identitetom, a obilježen je uključivanjem u potragu i potrebu za razumijevanjem značaja etničke pripadnosti za tu osobu
3. Postizanje identiteta, tj. jasan, siguran osjećaj pripadnosti nekoj etničkoj skupini (osobe se međusobno razlikuju po načinu na koji se to postizanje izražava: neki zadržavaju jezik i običaje svoje skupine, dok npr. drugi to ne žele)

Kulturološke različitosti: usporedba SAD-a i Japana

- Manjinske se skupine razlikuju ne samo jedna od druge, već i unutar jedne te skupine dolazi do transgeneracijskih promjena
- Npr. adolescent pripadnik manjinske skupine koji nastoji pronaći svoje mjesto u društvu može se suočiti s neslaganjem svojih baka i djedova s jedne strane i roditelja s druge što se tiče prihvatljivih i neprihvatljivih mogućnosti
- Američka i japanska kultura se mogu usporediti na sljedeći način:
 1. Američka kultura: naglasak je na promjeni, osobnosti, težnji za vlastitim napretkom i jednakošću
 2. Japanska kultura:
- Naglašava tradiciju (važnost ovisi o starosti i spolu), vertikalne odnose, međusobnu ovisnost i samoprijegor (osoba se poistovjećuje sa socijalnom skupinom, kao što su obitelj, škola ili radno mjesto; skupna suradnja i sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima uzimaju se zdravo za gotovo, a to pojačava osjećaj zajedništva i dovodi do dugotrajnih odnosa; naglašena je empatija koja je visoko cijenjena vrlina, isto kao i nezainteresiranost da se bude "najbolji i prvi")
- Usmjerenost na budućnost kroz 2 aspekta: roditelji žive skromno kako bi svojoj djeci pružili sve najbolje, a od djece se očekuje da pokažu poštovanje prema roditeljima i da se skrbe o njima u starosti (nema potrebe za socijalnom skrbi)
- Dojenaštvo i predškolska dob su vrijeme s najmanje stresora, a u školskoj dobi postoji naglašavanje akademskog uspjeha
- Duševno zdravlje: suicid je odgovoran za veći udio smrti, tj. 19, 0 %
- Etničke manjine u našoj zemlji



A. LIJEČENJE I PREVENCIJA

13. Liječenje i prevencija

UVOD

- Zdravlje je univerzalna vrijednost i temeljno ljudsko pravo
- Mentalno zdravlje je stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života
- Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno ostvaruje sve svoje potencijale
- Iako su definicije zdravlja usuglašene i poznate, postoje kulturne razlike u njezinom definiranju, kao i provođenju prevencije i liječenja
- Danas se sve veća pozornost posvećuje specifičnim mjerama koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja pojedinca i zajednice, a oblikuju se u tzv. strategije prevencije
- Intervencijska istraživanja u posljednjih 15-tak godina pokazuju da se intervencijama u ranom djetinjstvu reduciraju negativni efekti rizika, siromaštva i drugih neprilagođenosti, odnosno rizičnih čimbenika

Rani razvoj mozga: rani odgoj i mentalno zdravlje

- Mnoga istraživanja razvoja ljudskoga mozga u svijetu (posebno u posljednjih 10-15 godina) upućuju na izuzetno važno razdoblje djeteta i razvoj njegovog mozga u prve 3 godine života, koje dramatično utječe na rad mozga u preostalom dijelu života
- Psihološki razvoj mozga završen je već s 85% do treće godine života, a misaona sposobnost i sposobnost učenja sa 60% do četvrte godine života
- Vjerovanje i samouvjerenost djeteta odgovori su na signale odgojitelja, njegov način komunikacije s drugima, njegov osjećaj razumijevanja prema drugima, a sve to dijete najviše nauči od svoje okoline i od osoba s kojima je u kontaktu u vrijeme oblikovanja njegovih misaonih, psiholoških, društvenih i emocionalnih sposobnosti – tj. do svoje 4. godine
- Otkriveno je da mozek poslije rođenja stvori više od 1015 sinaptičkih veza, odnosno otprilike dvostruko više nego što bi mozgu ikad moglo zatrebatи
- Toliki je višak veza zapravo garancija sposobnosti novorođenog ljudskog bića za prihvatanje informacija iz bilo kakvog okruženja u kojem se može naći
- Završetak je procesa tog eksplozivnog stvaranja veza u mozgu oko 6. godine života, nakon čega mozek počinje eliminaciju neiskorištenih veza, koja traje do 14. godine, kada mozek uglavnom postaje zaokružena cjelina
- Razlike između mozga 25-godišnjaka i 75-godišnjaka jako su male

Pristupi u liječenju razvojne psihopatologije

**ALI, KADA NORMALAN RAZVOJ KRENE
KRIVIM PUTEM...LIJEČENJE
(MEDIKAMENTNO I PSIHOTERAPIJSKO)**

Psihoanalitički pristup (Freud; usmjeren na određeni psihoeksualni stadij(e) za koje se pretpostavlja da su odgovorni za psihopatološki fenomen)

Humanistički pristup (usmjeren na klijenta; Rogers; terapeut čini dvije ključne stvari; ukazuje na i prihvata osjećaje djeteta, bitno je samoizražavanje i bezuvjetna pozitivna pažnja)

Bihevioristički pristup (KU-sustavna desenzitizacija uparivanjem anksioznih podražaja s opuštajućim, OU-primjena nagrade i kazne, učenje opažanjem-poželjnog modela)

Kognitivno-bihevioralni pristup (s ciljem povećanja samokontrole kod impulzivne ili hiperaktivne djece putem davanja uputa samom sebi)

Racionalno-emocionalna terapija (Ellis, kognitivno restrukturiranje)

Programi uvježbavanja za djecu i roditelje (kombinira se potkrepljivanje i učenje po modelu s kognitivnim elementima)

Modaliteti stručne pomoći roditeljima (savjetovališta, individualno liječenje roditelja, grupe roditelja, terapijske grupe)

Terapija igrom (igra je osnovni alat u izlječenju a služi za ispunjavanje i zadovoljenje djetetnih potreba)

Likovna terapija (likovnim izražavanjem se dijete opušta i oslobođa napetosti od negativnih emocija)

Reduktivni terapijski pristup (Svrha je redukcije u djece da omoguće zadovoljavajuću upotrebu insuficijentne funkcije)

Rane intervencije (Npr. program stimulacije dojenčadi: pružanje podataka o normalnom razvoju, podučavanje majki načinima na koje da stimuliraju kognitivni razvoj, poticanje majki da izražavaju toplinu i ponos svojim dojenčetom, te poticanje osjećaja sposobnosti; Ulica Sezam, Head Start)

Primjerice, u primjeni tehnika i metoda psihološkog rada s djecom koja pokazuju depresivne tendence, preporučuju se 4 pravila (Vulić-Prtorić, 2003):

- 1) Sve što se može odigrati, ne treba se pričati (kad god je moguće u radu s djecom koristiti IGRU, po mogućnosti simboličku)
- 2) Sve što se može nacrtati, ne mora se pisati (npr. korištenje *Termometra raspoloženja* zajedno s odraslim osobom, koji se popunjava s bojicama, flomasterima i slično)
- 3) Sve što se može učiniti jednostavnim, treba pojednostaviti (zbog razvojnih specifičnosti koncentracije, ali i negativnih utjecaja pojedinih teškoća na koncentraciju – primjena *Dnevnika samomotrenja*)
- 4) Doživljaj uspjeha je poželjan, treba omogućiti situaciju za doživljaj uspjeha (treba birati takve zadatke kod kojih postoji vrlo velika vjerojatnost da će dijete doživjeti uspjeh)

U svaki terapijski rad s djetetom, obavezno treba uključiti i članove obitelji. Pritom je potrebno:

- 1) Utvrditi kakav je odnos obitelji prema djetetovom problemu (ako se negira, nije povoljno za dijete)
- 2) Osnažiti koordinaciju i komunikaciju među članovima stručnog tima
- 3) Kreirati mrežu socijalne podrške unutar šireg socijalnog konteksta
- 4) Definirati moguća rješenja u situacijama kada ne dolazi do poboljšanja

U svojem radu odgajatelji trebaju:

- 1) Dobro upoznati dijete
- 2) Stvoriti okruženje povjerenja i topline na relacijama odgajatelj-dijete, dijete-dijete
- 3) Ostvariti otvorenu komunikaciju s djecom
- 4) Osvijestiti i uvježbati adekvatnu ulogu u igri djeteta
- 5) Poznavati edukativni i terapijski učinak pojedinih igara i ciljano i kompetentno ih koristiti u radu s djecom
- 6) Kreirati od vrtičke skupine grupu podrške za svako dijete s teškoćama
- 7) Njegovati vlastite i dječje vrijednosti za stvaranje inkluzivne skupine
- 8) Ostvariti blisku i toplu komunikaciju s roditeljima
- 9) Poznavati učinke simboličke igre i pričanja priča u radu s djecom
- 10) Biti dovoljno fleksibilan u suradnji s roditeljima i stručnim suradnicima, s ciljem ostvarenje dobrobiti djece

Što se može učiniti prije nego normalan razvoj kreće krivim putem...prevencija (Bašić, 2009)

Definiranje → sve akcije temeljene na poznavanju postanka smetnji, sa svrhom da se izbjegne daljnji razvoj postojećih smetnji, odnosno da se reduciraju njihovo širenje i intenzitet

Preventivni pristup u zaštiti mentalnog zdravlja djece (primjena preventivnih strategija na tri razine: primarna, sekundarna, tercijarna)

1. Primarna prevencija podrazumijeva akcije koje se poduzimaju kako bi se spriječila pojava poremećaja
2. Sekundarna prevencija uključuje detekciju i borbu protiv mentalnih bolesti prije same pojave manifestnih smetnji
3. Tercijarna prevencija koja je u vezi s akcijama kojima je svrha da ograniče neke bolesti, da izbjegnu kroničnost poremećaja i da ograniče pogubne učinke na obitelj

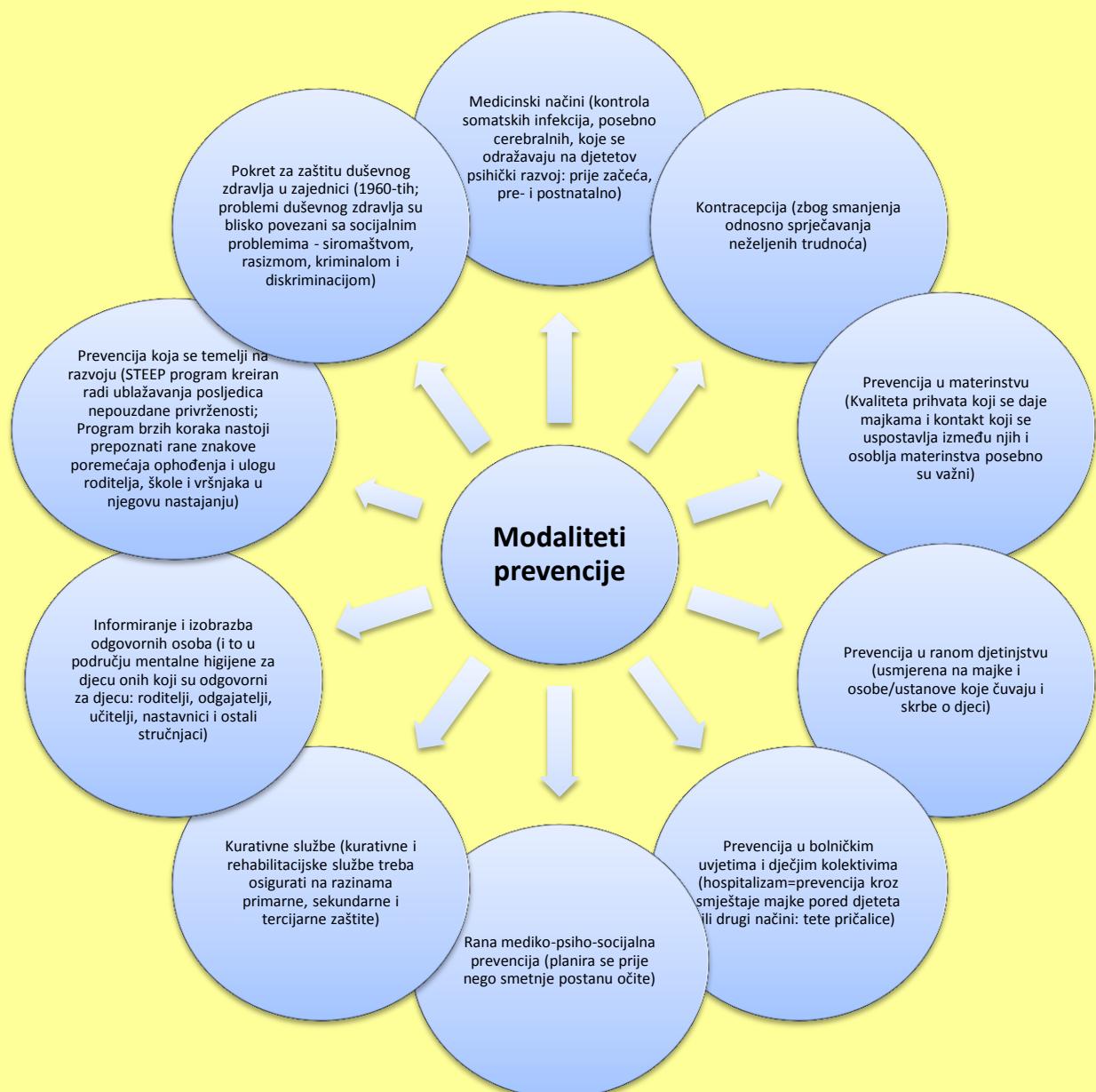
Model prevencije – prevencijska piramida (Bašić, 1995, 1997, 2009)

Ovaj se model temelji na postavkama primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, a smješten je na 3 razine predstavljene u obliku piramide:

- 1) Prva razina obuhvaća sve roditelje jedne skupine, jednog vrtića, a usmjerenja je na podržavanje i unaprjeđivanje postojećih oblika suradnje vrtića i obitelji
- 2) Druga razina obuhvaća roditelje, tj. obitelji koje pripadaju kategoriji tzv. rizičnih obitelji, bez obzira na nositelje i izvore čimbenika te rizičnosti
- 3) Treća razina obuhvaća roditelje koji se izdvajaju iz druge razine zbog određenih specifičnosti, gdje su roditeljima potrebne posebne preventivne intervencije.

Promotivni pristup u zaštiti mentalnog zdravlja djece (određivanje načela i izobrazbenih programa na nacionalnoj, županijskoj i općinskoj razini, koja će promicati duševno zdravu djecu, obitelj, vrtiće, škole i zajednice)

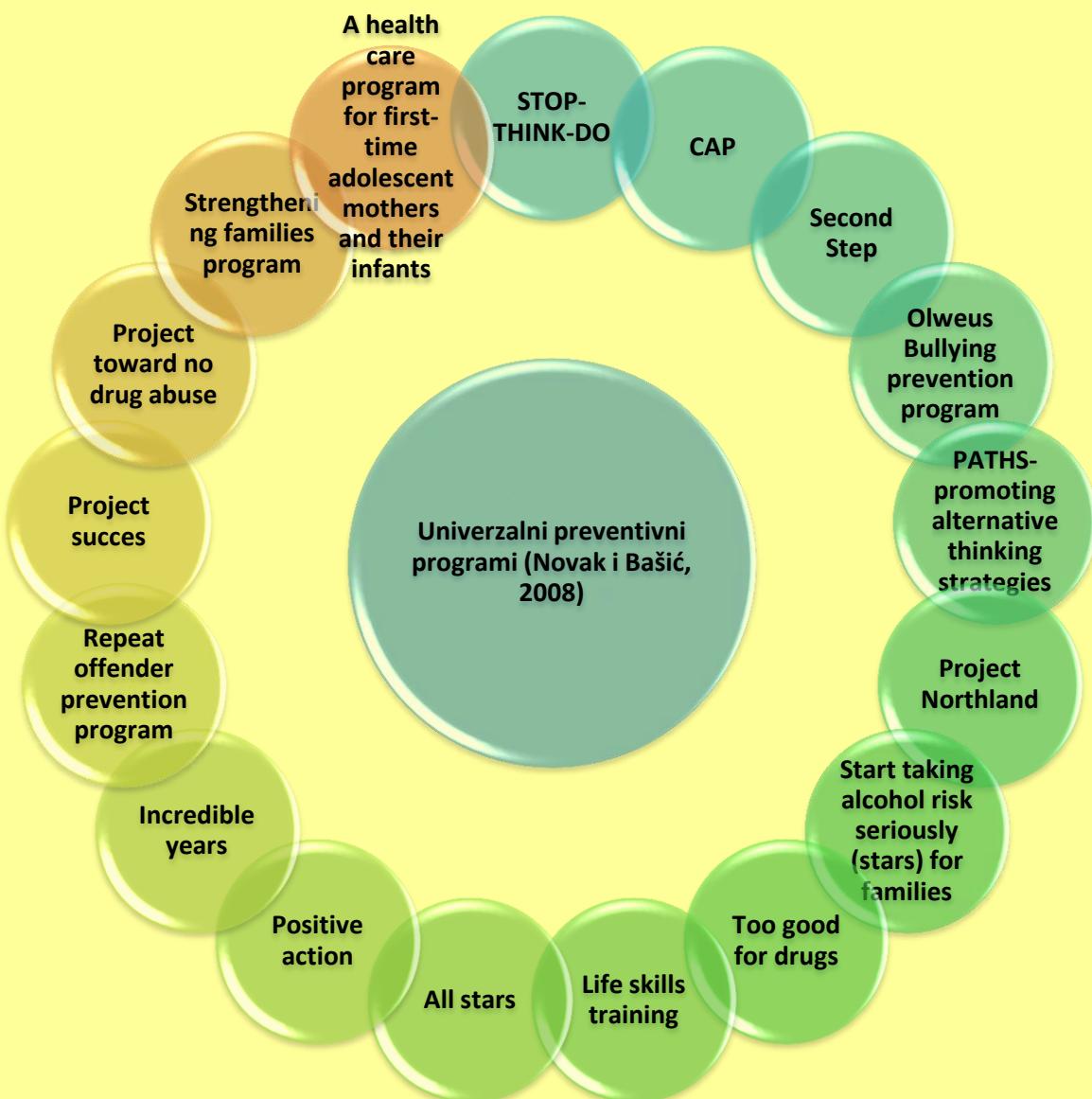
Modaliteti prevencije



14. Odgajatelj u zaštiti mentalnog zdravlja djece

Odgajatelj u zaštiti mentalnog zdravlja djece

- Pored redovitih sistematskih pregleda predškolske djece (praćenje visine, težine, vida, sluha, somatskog statusa, te procjenu psihomotornog razvoja djeteta) gdje je uloga pedijatara, obiteljskih liječnika, te patronažne službe ključna u zaštiti mentalnog zdravlja djece, značajnu ulogu imaju i odgajatelji
- Posebnu pažnju je potrebno usmjeriti na dijadu majka-dijete, te njene eventualne abnormalnosti koje bi mogao zamijetiti odgajatelj prilikom dolazaka roditelja u vrtić
- Majka depresivnog raspoloženja, nezainteresirana za djetetove pokušaje uspostave komunikacije, ili razdražljiva, impulzivna, niskog praga tolerancije frustracije, stručnoj osobi može poslati poruku da se radi o nekom aktualnom psihičkom poremećaju, no isto tako ne može se izuzeti činjenica da je u pitanju prolazno stanje majke koja je zbog nekih okolnosti pod stresom.
- U svakom slučaju važna je pomna i opetovana opservacija majke i djeteta
- Treba obratiti pažnju na abnormalnosti u domeni navika prehrane, spavanje, eliminacijskih funkcija, dobro odgovarajuće uspostave i održavanja socijalnih interakcija, neadekvatne anksioznosti ili straha u komunikaciji s nepoznatim osobama, te općenito emocionalnog reagiranja predškolskog djeteta kako na odgajatelje, tako i na djecu u grupi
- Podaci o kvaliteti bračne zajednice, psihičkim poremećajima ili težim somatskim bolestima u oba roditelja pomažu u stvaranju potpunijeg dojma o djetetu
- Predškolski programi za djecu s posebnim potrebama ili razvojnim poteškoćama, fokusirani na poticanje i korigiranje razvoja, rezultiraju poboljšanim mentalnim zdravljem za razliku od djece iste dobi, s identičnim poteškoćama, a koja nisu imala takvo iskustvo
- Empirijsko istraživanje u radu „Osnaživanje uloge budućih odgajatelja u očuvanju mentalnog zdravlja predškolske djece: promjene studijskog programa“ (Tatalović Vorkapić, Vujičić i Vlah, 2012) ističe važnost odgajateljevih kompetencija u očuvanju mentalnog zdravlja predškolske djece s implikacijama vezanim uz promjene studijskog programa.
- Prikaz univerzalnih preventivnih programa nasilničkog ponašanja, pijenja alkohola, zlouporabe psihoaktivnih tvari i drugih rizičnih ponašanja djece i mladih može se detaljno proučiti u izvoru: Novak, M. i Bašić, J. (2008). INTERNALIZIRANI PROBLEMI KOD DJECE I ADOLESCENATA: OBILJEŽJA I MOGUĆNOSTI PREVENCIJE. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.



Umjesto zaključka...

- Razvoj predškolskog djeteta značajan je iz više razloga za život budućeg zrelog pojedinca, pa je uloga odgajatelja, pored roditeljske, iznimno važna u zaštiti i očuvanju mentalnog zdravlja djece
- Stručna usavršavanja, edukacije, očuvanje vlastitog mentalnog zdravlja su od presudne važnosti za kvalitetan rad s predškolskom djecom

Nastavni materijal iz kolegija Razvojna psihopatologija

Rani i predškolski odgoj i obrazovanje, Učiteljski fakultet, Sveučilište u Rijeci

Autor: doc. dr. sc. Sanja Tatalović Vorkapić

Recenzent: prof. dr. sc. Anita Vulic-Prtoric

