

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet u Sarajevu

Odsjek za psihologiju

***Etiologija poremećaja u ponašanju : implikacije za prevenciju i  
tretman***

***Završni magistarski rad***

Kandidat :

Irma Čorbo

Mentor:

prof.dr. Enedina Hasanbegović -Anić

Sarajevo, septembar, 2018.godine

## ZAHVALE

Ovom prilikom se zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. Enedini Hasanbegović – Anić na korisnim savjetima i ljubaznosti prilikom izrade rada.

Veliku zahvalnost zaslužuju moji roditelji, koji su bili moj oslonac i podrška tijekom svih godina školovanja.

Posebna zahvalnost ide mojoj majci Semiri, koja se trenutačno bori sa teškom bolesti.

Ovaj rad je posvećujem, mojoj dragoj majci !

## **Sažetak**

Cilj ovog teorijskog rada je napraviti osvrt na glavne karakteristike, dijagnostičke kriterije i etiologiju nastanka poremećaja u ponašanju, kroz četiri teorijske grupacije, a to su biološka, psihoanalitička, kognitivno-bihevioralna i sistemska teorija. Rad će se osvrnuti, na rizične faktore (predisponirajući, percipirajući i održavajući), sa jedne strane i zaštitne faktore sa druge strane, koji sa jedne strane dovode, a sa druge strane sprečavanju nastanak poremećaja u ponašanju. Što je više rizičnih faktora, to je veća vjerovatnoća da će se poremećaj u ponašanju razviti. Da bi tretman i preventivni programi koji se koriste u radu sa djecom koja pate od poremećaja u ponašanju bili efektni, trebali bi da budu kreirani u skladu sa empirijskim nalazima koji su rezultat provjerenih teorijskih pretpostavki. Sa tretmanom i preventivnim programima treba da se prvenstveno krene što ranije, djetetova obitelj treba da je involvirana u sam proces rada sa njim, nekada i porodica treba da prođe kroz terapijski proces, jer je prognoza za izlječenje veća ako je uključen veći broj zaštitnih faktora.

Ključne riječi : poremećaj u ponašanju, maloljetnička delinkvencija, etiologija poremećaja u ponašanju, tretman, prevencija

## Sadržaj

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>2. KLINIČKA OBILJEŽJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU</b> .....	3
2.1. Dijagnostički kriterij .....	3
2.2. Razvoj i tijek poremećaja u ponašanju .....	6
2.3. Komorbiditet .....	7
<b>3. ODNOS RIZIČNIH I ZAŠTITNIH FAKTORA</b> .....	8
<b>4. ETIOLOŠKE TEORIJE POREMEĆAJA PONAŠANJA</b> .....	14
4.1. Biološke teorije .....	14
4.2. Psihodinamske teorije .....	17
4.3. Kognitivno - bihevioralne teorije.....	18
4.4. Sistemske teorije .....	20
<b>5. TRETMAN</b> .....	22
5.1. Standardni principi terapije sa djecom koja imaju poremećaj u ponašanju.....	22
5.2. Psihoterapija.....	23
5.2.1. Multisistemska terapija.....	23
5.2.2. Kognitivno – bihevioralna terapija.....	25
5.3. Farmakoterapija.....	29
<b>6. PREVENCIJA</b> .....	30
6.1. Obilježja efektivnih programa prevencije poremećaja u ponašanju .....	31
6.2. Primjeri dobre prakse .....	31
<b>7. ZAKLJUČCI</b> .....	40
<b>8. LITERATURA</b> .....	42

## 1. UVOD

Simptomi koji karakterišu eksternalizirajući sindrom uglavnom su aktivni i obično su povezani sa poremećajem ponašanja (ophođenja), te ponašanja iz ove grupe se različito označavaju pa u literaturi može se naići na različite pojmove : asocijalna ponašanja, disocijalna i vaspitna zapuštenost, prijestupnička ponašanja, nedruštvena ponašanja, delinkventna ponašanja (Meščić-Blažević, 2007). Prema tome i u ovome radu, autor će se služiti gore navedenim stručnim terminima. Ova grupa djece i adolescenta ima upadljivo nedruštveno i neposlušno ponašanje, bez osjećaja krivice i stida za svoje neprimjerene postupke (Latić, 2012). Poremećaj ponašanja (APA, 2014) definira se kao opetovan i trajan model ponašanja kojim se povrijeđuju temeljna prava drugih ili važnije dobi primjerene društvene norme ili pravila. Dijagnoza se postavlja ako se u periodu od 12.mjeseci pojave najmanje tri od 15.krijeterija iz bilo koje od dolje navedenih kategorija, uz uvijet da je barem jedan kriterij prisutan u posljednjih 6. mjeseci, koji će biti navedeni u narednom poglavlju. Maloljetni delinkventi se dijele (Patterson, 2002) na rane i kasne, odnosno na one koji su počeli prije i one koji su počeli za vrijeme adolescencije manifestirati delinkventno ponašanje.

Razumijevanje etiologije poremećaja u ponašanju, je ključno u dizajniranju programa prevencije i tretmana. Za razliku od drugih oblika psihopatologije, kod poremećaja ponašanja obično se ne radi o ispoljavanju neobičnih obrazaca ponašanja, već o bihevioralnim manifestacijama koje se mogu videti i kod tipično razvijene dece, s tim da su ovde učestalije, intenzivnije i trajnije (APA, 2014). Brojni simptomi poremećaja ponašanja odgovaraju opisima neprikladnih ponašanja tokom detinjstva koja su razvojno normativna i prolazna stanja (Carter i sur.,2004 ; Žunić-Pavlović, 2011). Najčešće je riječ o poremećajima koji imaju početak javljanja u obitelji, te se šire preko predškolskih i školskih ustanova na vršnjake što predstavlja problem po lokalnu i širu zajednicu (Latić, 2012). Jednogodšnja prevalencija unutar populacije varira od 2 do preko 10%, sa srednjom vrijednošću 4%. Javlja se podjedanako u svim etničkim i rasnim kategorijama. Stopa prevalencije raste od djetinjstva prema adolescenciji i veća je unutar muškog spola (APA, 2014.)

Dosadašnja istraživanja su pokazala da je najvažnija i ujedno najefikasnija rana prevencija , odnosno prevencija u predškolskom periodu. Potreba ranog uočavanja poremećaja u ponašanju djece i mladih, odnosno tretmana istih, od velike je važnosti za kasniji rast i razvoj djeteta (Koller-Trbović, 1998). U ovome radu govora će biti o ranoj prevenciji i intervencijama koje je rade unutar nje, te će se ovaj rad dotaći i različitih tipova tretmana koji se sprovode kod djece, kod kojih je dijagnosticiran poremećaj u ponašanju. Tretmani koji se sprovode kod djece sa već dijagnosticiranim antisocijalnim ponašanjem (Kazudin, 1997) usmjeravaju se na rad sa roditeljima, učenje socijalnih i kognitivnih vještina, te pristup obiteljskoj terapiji.

Na osnovu dosadašnjih empirijskih rezultata u ovome radu će se pokušati odgovoriti na slijedeća pitanja :

1. Koja su obilježja poremećaja u ponašanju ?
2. Kako različiti teorijski modeli, objašnjavaju poremećaj u ponašanju ?
3. Koja su obilježja savremenih, dokazano efektivnih programa prevencije poremećaja u ponašanju?
4. Koji su se obilježja tretmana, pokazala kao efektivna u radu sa djecom i mladima sa poremećajem ponašanja ?

## 2. KLINIČKA OBILJEŽJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Za razliku od drugih oblika psihopatologije, kod poremećaja ponašanja obično se ne radi o ispoljavanju neobičnih obrazaca ponašanja, već o bihevioralnim manifestacijama koje se mogu videti i kod tipično razvijene djece s tim da su ovde učestalije, intenzivnije i trajnije s obzirom na težinu, poremećaj ponašanja može biti : blagi, umjereni i teški poremećaj (APA, 2014). Brojni simptomi poremećaja ponašanja odgovaraju opisima neprikladnih ponašanja tokom djetinjstva koja su razvojno normativna i prolazna stanja (Carter i sur., 2004 prema Žunić-Pavlović, 2011). Najčešće je riječ o poremećajima koji imaju početak javljanja u obitelji i šire se preko predškolskih i školskih ustanova na vršnjake što predstavlja problem po lokalnu i širu zajednicu (Letić, 2012). Jednogodšnja prevalencija unutar populacije varira od 2 do preko 10%, sa srednjom vrijednošću 4 %. Javlja se podjedanako u svim etničkim i rasnim kategorijama. Stopa prevalencije raste od djetinjstva prema adolescenciji i veća je unutar muškog spola (APA, 2014). U različitim istraživanjima, ovisno o korištenom kriteriju, nalazi se 5-25 % djece predškolske dobi, kod koje je primjećen neki od oblika poremećaja u ponašanju (Koller-Trbović, 1998). Antisocijalno ponašanje najmanje tri puta je češće kod dječaka ,u odnosu na djevojčice, dok antisocijalno ponašanje sa početkom u djetinjstvu više je karakteristično za dječake, a kod djevojčica karakterističniji je početak antisocijalnog ponašanja u adolescenciji. Simptomi zbog kojeg se dječaci češće javljaju stručnjacima su : agersija i krađe, a seksualno neprihvatljivo ponašanje je simptom zbog kojeg se češće stručnjacima javljaju djevojčice (Wenar, 2003).

### 2.1. Dijagnostički kriterij

Važno je napraviti razliku između problema ponašanja i poremećaja ponašanja kao kliničke dijagnoze.

Poremećaj u ponašanju na različit način klasificiraju DSM (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje) koji se koristi u SAD-u i MKB 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti) koja se koristi na evropskom tlu, u BiH koristi se MKB 10 koji koristi šifre kao oznake različitih poremećaja.

DSM 5 (APA, 2014 ) prepoznaje 15 dijagnostičkih obilježja poremećaja u ponašanju. Dijagnoza se postavlja ako se u periodu od 12.mjeseci pojave najmanje tri od 15.kriterija iz bilo koje od dolje navedenih kategorija ,uz uvjet da je barem jedan kriterij prisutan u posljednjih 6. mjeseci :

Agresivno ponašanje prema ljudima i prema životinjama

1. često tiraniziranje, zastrašivanje i prijetnje drugima
2. često započinjanje tučnjava
3. korištenje oružja koje može dovesti do ozbiljnih tjelesnih povreda kod drugih (npr.batina, cigla, razbijena boca, nož ili pištolj)
4. fizička okrutnost prema životinjama
5. fizička okrutnost prema ljudima
6. krađa koja uključuje suočavanje sa žrtvom (napad uz orobljavanje, otimanje, iznuđivanje ili sudjelovanje u oružanoj pljkački )
7. prisiljavanje druge osobe na seksualnu aktivnost

Uništavanje imovine

8. namjerno podmetanje požara s namjerom da se izazove ozbiljna šteta
9. namjerno uništavanje tuđe imovine (a da nije podmetanje požara)

Prevara i krađa

10. provala u tuđu kuću, zgradu ili stan
11. često laganje kako bi se dobili predmeti ili usluge ili izbjegle obaveze (npr.smišljeno varanje drugih)
12. krađa vrijednih predmeta bez suočavanja sa žrtvom (krađa u dućanu, ali bez provaljivanja, krivotvorenje)

Ozbiljno kršenje pravila

13. često ostajanje vani bez obzira na roditeljske zabrane, s početkom prije 13.godine
14. bježanje od kuće, za vrijeme dok je živio/la kod roditelja ili roditeljskih surogata, u najmanje dva navrata preko noći, ili jednom ako je izbijanje trajalo duži period vremena
15. često bježanje iz škole („ markiranje“) prije 13.godine



Obzirom na vremenski period pojave prvih simptoma poremećaj u ponašanju se dijeli na tri podtipa (APA, 2014) :

1. Tip sa početkom u djetinjstvu : osobe pokazuju najmanje jedan simptom karakterističan za poremećaj ophođenja (ponašanja) prije 10.godine.
2. Tip sa početkom u adolescenciji : prije dobi od 10 godina nisu se pojavljivali simptomi karakteristični za poremećaj ophođenja.
3. Nespecifični početak : Zadovoljeni su kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja ponašanja (ophođenja), ali nema dovoljno podataka jesu li se prvi simptomi javili prije ili poslije 10.godine.

Poremećaj ponašanja kao dijagnoza (prema MKB 10)

Posebnost ove klasifikacije, ogleda se u tome što svaki poremećaj ima šifru, po kojoj je prepoznatljiv stručnoj javnosti. Za razliku od DSM-a čija klasifikacija je vezana samo za psihijatrijske poremećaje, MKB 10 je klasifikacija organskih i psihičkih oboljenja. Šifra poremećaja u ponašanju je F 91, a podtipovi pomenutog poremećaja su :

1. F 91.0 - Poremećaj ponašanja ograničen na obitelj uključuje nedruštveno i agresivno ponašanje (ne samo suprotstavljanje, prkos i nemir) kod kojeg je nenormalno cjelokupno ponašanje, ili uglavnom cjelokupno, a ograničeno je na kuću i odnose unutar primarne obitelji ili užeg kućanstva.
2. F 91.1 - Nesocijalizirani poremećaj ponašanja karakteriziran je kombinacijom stalne nedruštvenosti ili agresivna ponašanja (potreban je cjelokupni kriteriji za F91, a ne samo suprotstavljanje, prkos, nemir) sa znatnim nenormalnostima koje prožimaju osobne odnose s ostalom djecom. Podtipovi ovog tipa su : 1. Poremećaj ponašanja -samostalna agresivna tipa 2. Nedruštveno agresivni poremećaj
3. F 91.2 - Socijalizirani poremećaji ponašanja obuhvata stalno nedruštveno i agresivno ponašanje (potreban cjelokupni kriteriji za F91.- ne samo suprotstavljanje, prkos, nemir) pojavljuje se kod pojedinaca koji su općenito dobro uklopljeni u društvo vršnjaka. Podtipovi ovog tipa su: 1. Poremećaj ponašanja -skupni tip 2. Skupna delinkvencija 3. Napadi u dodiru s članovima družine 4. Krađa u društvu s ostalima 5. Markiranje iz škole

4. F 91.3 - Poremećaj ponašanja sa prkošenjem i suprostavljanjem poremećaj koji se obično pojavljuje u mlađe djece, prije svega karakteriziran vidljivim prkošenjem, neposluhom i poremećenim ponašanjem koje ne uključuje delinkventne postupke ili još ekstremnije oblike agresivna ili nedruštvena ponašanja. Poremećaj zahtijeva da budu zadovoljeni svi kriteriji za F91. čak ni ozbiljnije psine i nestašluci nisu dovoljni za dijagnozu.
5. F 91.8 - Ostali poremećaji ponašanja
6. F91.9 - Poremećaji ponašanja, nespecificiran

Kao što se na prvi pogled može vidjeti, postoje razlike između DSM 5 i MKB 10 u načinu klasificiranja poremećaja. Ekvivalenti iz ova dva klasifikaciona sistema su tip sa početkom u djetinjstvu i nesocijalizirani poremećaj u ponašanju, tip sa početkom u adolescenciji i socijalizirani poremećaj ponašanja, te tip sa nespecifičnim početkom i nespecificirani poremećaji ponašanja. Dok poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem, (APA, 2014) predstavlja zaseban poremećaj, koji često bude predhodnik, ranog tipa poremećaja u ponašanju.

## 2.2. Razvoj i tijek poremećaja u ponašanju

Porobljeni u ponašanju prvi put javljaju se u predškolskoj dobi između 2 i 4 godine (Vulić-Prtorić, 2001), dok se značajniji simptomi javljaju u srednjem djetinjstvu i srednjoj adolescenciji. Simptomi ovog poremećaja, razlikuju se tokom razvoja, sobzirom na porast fizičke snage, kognitivnih sposobnosti i spolog sazrijevanja.

Poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem se javlja kao prekursor, poremećaja ponašanja sa početkom u djetinjstvu. U većini slučajeva ovaj poremećaj se povlači do odrasle dobi. Osobe kod kojih se poremećaj javio u adolescenciji i ako su simptomi bili blagi do umjereni, u odrasloj dobi postižu primjerenu radnu i socijalnu prilagodbu. Kod onih sa ranim početkom prognoza je lošija, te je povećan rizik da će u odrasloj dobi doći u sukob sa zakonom (Loeber i Farington, 2000). Poremećaj uponašanju znatno je učestaliji kod muškog spola, već u ranom djetinjstvu dječaci sa ovim poremećajem pokazuju fizičku agresiju prema vršnjacima i simptome koji zadovoljavaju kriterije za poremećaj sa prkošenjem i suprostavljanjem, dok prije puberteta imaju simptome koji zadovoljavaju kriterije za poremećaj ponašanja. Novija istraživanja agresivnog ponašanja (Baillargeon i sur, 2007) otkrivaju da se prva razlika u ispoljavanju agresije kod dječaka i

djevojčica javlja na uzrastu od sedamnaest mjeseci. Otkrivene razlike između spolova u ispoljavanju fizičke agresije iznose (5:1) u korist muškog spola, slične su razlikama u ispoljavanju poremećaja ponašanja koje su otkrivene na starijem uzrastu u dobi između (4-18 godina). Ovi nalazi dovode u pitanje objašnjenje (Egger, Angold, 2006) da proces socijalizacije djevojčica pogoduje razvoju psihopatologije usmjerene prema internalizovanim poremećajima (depresija, anksioznost), jer ukoliko je ova distinkcija vidljiva u prvim godinama života, to jasno upućuje na njenu biološku uslovljenost. Osobe sa poremećajem ponašanja (APA, 2014) u odrasloj dobi prati rizik da za razvoj sljedećih poremećaja : poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji vezani za kontrolu poriva, psihotični poremećaji, poremećaji sa somatskim simptomima, te poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari. Istraživanja su pokazala da je pojava različitih oblika antisocijalnog ponašanja u dječjoj dobi, jedan od najvažnijih rizičnih faktora za razvoj kriminalne karijere u odrasloj dobi (Loeber i Farrington, 2000). Poremećaj ophođenja može se dijagnosticirati i u odrasloj dobi ,ali se simptomi najčešće javljaju u djetinjstvu i adolescenciji, a početak u rijetkim slučajevima nastupa nakon 16. godine (APA, 2014).

### 2.3. Komorbiditet poremećaja u ponašanju

Kod osoba s poremećajem ophođenja često su prisutni ADHD i poremećaj sa prkošenjem i suporostavljanjem, pri čemu komorbiditet upućuje na lošu prognozu. Osobe sa poremećajem u ponašanju ne poštuju kako prava drugih, tako ni društvene norme, te zbog svoga stila ponašanja zadovoljavaju kriterije poremećaja u ponašanju. Osim sa gore navedenim poremećajima, komorbiditet se može pojaviti sa sljedećim poremećajima : specifičnim poremećajima učenja, anksioznim poremećajima, depresivnim poremećajima, bipolarnim poremećajima i poremećajem poremećajima vezanim uz psihoaktivne tvari (APA, 2014). Osobe sa ovim poremećajem često imaju problem sa akademskim postignućem,koje je često ispod razine koja se očekuje za njihovu dob. Niska odgojno-obrazovna postignuća kao i kognitivno zaostajanje česte su pojave kod djece sa poremećajem u ponašanju. Nisko samopoštovanje često je posljedica lošeg školskog uspjeha kod djece s poremećajem u ponašanju (Fergusson, Horwood, 1995).

### 3. ODNOS RIZIČNIH I ZAŠTITNIH FAKTORA

Prema zaključcima Philadelphijske studije djeca koja imaju više rizičnih faktora, ispoljavati će i više patologije, dok prisustvo većeg broja zaštitnih faktora, u konačnici dovodi do manje patologije (Sameroff, 2000).

Ponašanje svakog djeteta predstavlja rezultat genetskih (bioloških), socijalnih i okolinskih faktora. Prema (Vulić – Prtorić, 2001) rizični i zaštitni faktori vezani uz psihološke probleme u djetinjstvu i adolescenciji mogu se podijeliti na : predisponirajuće faktore, percipitirajuće faktore, održavajući faktore i zaštitne faktore. Prema Carru (2015) predisponirajući faktori odnose se na sklonost za razvoj poremećaja kao npr. genetska vulnerabilnost i direktno utiču na , percipitirajuće faktore koji su okidači, a najčešće su to stresne okolnosti kao npr. zlostavljanje (vidjeti Tabelu 1. ). Ako se ova dva faktora ispune, dolazi do psiholoških poremećaja, a održavajući faktori održavaju sam sam tijekom poremećaja. Zaštitni faktori kao npr. visoka inteligencija, čine balans gore navedenim faktorima i što je njihov veći broj, to je veća vjerojatnoća da do poremećaja neće doći (vidjeti Tabelu 1. ).

Tabela 1. Osobni predisponirajući faktori

---

#### **Biološki**

Genetska vulnerabilnost

Oštećenje neurobiološkog sistema

#### **Psihološki**

Nizak IQ

Težak temperament

Vanjski lokus kontrole

Dijagnoza ADHD-a ili teškoća u učenju

Rani početak ispoljavanja agresije

---

**Odnos roditelj – dijete u ranom djetinjstvu**

Problem vezivanja

Nedostatak intelektualne stimulacije

Autoritarno roditeljstvo

Popustljivo roditeljstvo

Zanemarivajuće roditeljstvo

Nedosljedno roditeljstvo

**Izloženost obiteljskim problemima u ranom djetinjstvu**

Psihološki problemi kod roditelja

Ovisnost roditelja o alkoholu i psihoaktivnim supstancama

Kriminalno ponašanje roditelja

Nasilje u braku

Disorganizirana porodica

Devijanta braća i sestre

Velika porodica i srednje dijete u obitelji

**Stres u ranom djetinjstvu**

Gubci i izolacija

Zloupotreba od strane odraslih

Odrastanje u institucijama

---

Precipitirajući faktori

---

Akutni stres u ranom djetinjstvu

Adolescencija

Uživanje u druženju sa devijantnim vršnjacima

Zlostavljanje i nasilje

Promjena škole i gubitak prijatelja

Separacija, razvod roditelja, nezaposlenost roditelja

---

---

## Osobni održavajući faktori

---

### **Biološki**

Oštećenja neurobiološkog sistema za emocije ,izvršne funkcije i uslovljavanje straha

### **Psihološki**

Loši unutrašnji modeli za uspostavljanje međuljudskih odnosa

Nisko samopouzdanje

Neefikasne strategije suočavanja

Nezreli odbrambeni mehanizmi

Hostilni atribucijski bias

---

## Okolinski održavajući faktori

---

### **Faktori tretmanskog sistema**

Porodica poriče probleme

Porodica ima ambivalentan odnos naspram problema

Porodica negira postojanje problema u prošlosti

Porodica odbacuje planiranje tretmana

Nedostatak koordinacije profesionalaca

Etnička i kulturalna neosjetljivost

### **Faktori porodičnog sistema**

Nenamjerno pojačanje problema ponašanja

Nesiguran odnos roditelj - dijete

Prinudna interakcija i autoritarno roditeljstvo

Razdvajanje i zanemajivajuće roditeljstvo

Nedostatnost uroditeljskoj disciplini

Triangulacija

Ometena komunikacija

Haotična porodična organizacija

Odsustvo oca

Bračni problemi

---

## **Faktori roditelja**

Psihološki problemi roditelja i kriminalitet

Neadekvatno upravljanje problemom ponašanja

Nisko samopouzdanje roditelja

Eksterni lokus kontrole kod roditelja

Niska samoefikasnost roditelja

Kognitivna distorzija i disfunkcionalna uvjerenja

Disfunkcionalne strategije suočavanja

Nezreli mehanizmi odbrane

## **Faktori socijalne mreže**

Siromašna socijalna mreža

Visoka razina stresa u porodici

Članstvo u devijantnim vršnjačkim grupama

Neodgovarajuće obrazovanje

Visoka stopa kriminala

Nasilje u medijima

Mala mogućnost zapošljavanja

Socijalno nepovoljan položaj

---

## Osobni zaštitni faktori

---

### **Biološki**

Dobro fizičko zdravlje

### **Psihološki**

Visok IQ

Lagan temperament

Pozitivne crte ličnosti (emocionalna stabilnost ,ekstraverzija ,savjesnost ,usaglašenost )

Visoko samopouzdanje

Unutrašnji lokus kontrole

Visoka samoefikasnost

Pozitivan životni stil

---

---

Sposobnost rješavanja problema

Zreli mehanizmi odbrane

---

### Okolinski zaštitni faktori

---

#### **Faktori tretmanskog sistema**

Porodica prihvata probleme

Porodica posvećena rješavanju problema

Porodica se suočava sa slikom problema od prije

Porodica prihvata planiranje tretmana

Zadovoljavajuća koordinacija profesionalaca

Etnička i kulturalna osjetljivost

#### **Faktori porodičnog sistema**

Adaptivno ponašanje

Siguran odnos roditelj - dijete

Autoritativno roditeljstvo

Dobra komunikacija

Harmonična porodična organizacija

Prisustvo oca

Bračno zadovoljstvo

#### **Faktori roditelja**

Dobro mentalno zdravlje roditelja

Tačna očekivanja razvoja djeteta

Visoko samopouzdanje roditelja

Interni lokus kontrole kod roditelja

Visoka samoefikasnost roditelja

Sigurna privrženost

Funkcionalne strategije suočavanja

Zreli mehanizmi odbrane

#### **Faktori socijalne mreže**

Bogata socijalna mreža

---



---

Niska razina stresa u porodici

Odgovarajuće obrazovanje

Podrška vršnjaka

Visoki socio-ekonomski status

---

Bliskost između roditelja i djece djeluje kao zaštitni faktor za mnoge oblike poremećaja ponašanja. Dalje, zaštitni faktori u prevenciji poremećaja ponašanja su : smiren i stabilan život, međusobna ljubav i povjerenje, pravilna raspodjela dužnosti i obaveza, dosljednost u njihovome ostvarivanju koja pozitivno djeluje na razvoj ličnosti mladog čovjeka (Žuvela i sur., 2016 ).

## **4. ETIOLOŠKE TEORIJE POREMEĆAJA U PONAŠANJA**

Etiološke teorije o kojima će u narednom poglavlju biti riječ su preuzete iz priručnika poznatog kliničkog psihologa (Carr, 2015). Većina teorija u oblasti problema ponašanja, razvijena je sa specifičnom uputom na poremećaj ponašanja, ali imaju implikacije na poremećaj sa prkošenjem i suprostavljanjem, koji u razvojnom slijedu često predhodi poremećaju ponašanja.

Neke od utjecajnih teorija poremećaja ponašanja su :

### **4.1. Biološke teorije**

Biološke teorije su se fokusirale na uloge genetskih faktora, neurobioloških deficita, disfunkcije neurotransmitera, neuroendokrinih faktora, arosualnih nivoa, temperamenta i neuropsiholoških deficita u etiologiji problema ponašanja.

#### *Genetska teorija*

Osnovni princip teorije gena, odnosi se na to da je agresivnost naslijeđena. Pronađeno je u preko 100 različitih studija sa blizancima i posvojenom djecom, da antisocijalno ponašanje je u 50 % naslijeđeno, što ukazuje da genetski faktori utiču na nastanak poremećaja u ponašanju (Moffit, 2005). Postojeće neuroscientificijske studije poremećaja ponašanja imaju za cilj povezivanje specifičnih gena sa specifičnim strukturnim i funkcionalnim abnormalnostima mozga. Trenutno se istražuje nekoliko gena, jedna od najzanimljivijih linija istraživanja u ovoj oblasti uspostavila je vezu između monoamine oksidaze (MAOA) gena i poremećaja ponašanja kod dječaka koji su pod rizikom da razviju antisocijalno ponašanje kao rezultat izloženosti fizičkom zlostavljanju.

### *Teorija neurobioloških deficita*

Teorije neurobioloških deficita predlažu da je antisocijalno, amoralno i agresivno ponašanje, određeno strukturalnim i funkcionalnim abnormalnostima mozga u prefrontalnom korteksu. U velikom broju studija na odraslim ljudima sa historijom poremećaja ponašanja u djetinjstvu, došlo se do zaključka da je antisocijalno ponašanje povezano sa strukturalnim i funkcionalnim abnormalnostima u brojnim regijama mozga uključujući prefrontalni korteks, koji podupire izvršnu funkciju, procjenu i limbički sistem, a limbički sistem podriva naučene emocionalne odgovore, osobito uslovljavanje straha. Ljudi kod kojih je u djetinjstvu otkriven poremećaj ponašanja imaju manjak sive mase u prefrontalnom režnju, smanjenu amigdalnu i volumen hipokampusa, te reduciran rad cijelog polja, u odnosu na ljude bez ove patologije. Navedene abnormalnosti možda su rezultat genetskih faktora ili prenatalnih, postnatalnih ili nesreća iz ranog djetinjstva.

### *Teorija disregulacije neurotransmitera*

Teorija disregulacije neurotransmitera, predlaže da dispozicija agresije je posljedica poremećaja serotonergičkog neurotransmisijskog sistema. Najbolja podrška gore navedenoj hipotezi je ta što nizak nivo serotonina ili neefikasnost u serotonergičkom neurotransmitterskom sistemu dovodi do agresije prema drugima u slučaju poremećaja ponašanja ili autoagresije u slučaju depresije, povećavajući osetljivost na stimulse koji izazivaju agresiju i smanjuju osetljivost na znakove koji signaliziraju kaznu. Studije na odraslim potvrđuju da je antisocijalno ponašanje povezano sa niskom razinom serotonina, ali studije sa djecom pokazuju rezultate koji potvrđuju i opovrgavaju ovu hipotezu.

### *Neuroendokrinološka teorija*

Neuroendokrinološka teorija predpostavlja da je dispozicija agresije posljedica poremećaja androgenog sistema (testosteron i DHEA). Antisocijalno ponašanje uzrokovano je androgenom kao što je testosteron i DHEA, a to se zasniva se na činjenici da se veće stope oba androgena javljaju kod muškaraca, a u studijama na životinjama utvrđena je jaka korelacija između razine

agresije i razine testosterona. Istraživanje na odraslim potvrdilo je vezu između testosterona i nasilnog zločina, ali studije o djeci i adolescentima dale su mješovite rezultate. Nasuprot tome, istraživanja su pokazala da djeca i adolescenti sa poremećajem ponašanja, imaju povišen DHEA.

### *Teorija hiperpobuđenosti*

Hiperpobuđenost je posljedica genetskih faktora i bolesti u ranom djetinjstvu. U najsofisticiranijoj verziji hipoteze hiperpobuđenosti pretpostavlja se da ljudi koji pokazuju izraženu agresiju i antisocijalno ponašanje, to čine zato što su njihovi sistemi stresnog reagovanja nereaktivni, a neurobiološka ranjivost može biti posljedica genetskih faktora ili ranih bolesti. Kod osoba sa poremećajem ponašanja pronađeni su niski nivoi pobuđenja, što neminovno dovodi do dosade, a dosadu ublažavaju tako što se upuštaju u visoko rizična ponašanja. Hipotezu hiperpobuđenosti podržava mnoštvo dokaza u istraživanjima djece i odraslih sa antisocijalnim ponašanjem, jedan od važnih pokazatelja je taj što ova skupina ima nizak nivo kortizola, manji broj otkucaja srca i slabiju provodljivost kože, što je indikator hiperaktivnosti autonomnog nervnog sistema i HPA.

### *Teorija „teškog temperamenta“*

Težak temperament je rizični faktor za razvoj problema u ponašanju iz razloga, što dovodi do loše samoregulacije i dovodi do češćeg kažnjavanja od strane staratelja. Djeca sa teškim temperamentom imaju poteškoće u uspostavljanju svakodnevne rutine, vezane za jelo, toaletu i spavanje, izbjegavaju i negativno reaguju na nove situacije. Djeca sa teškim temperamentom izazivaju negativne reakcije kod roditelja, učitelja i vršnjaka, na koje oni reaguju prkosom, agresijom i antisocijalnim ponašanjem.

### *Teorija neuropsihološkog deficita*

Neuropsihološki deficiti u jeziku, verbalno razmišljanje i izvršne funkcije podstiču poteškoće u samoupravljanju, koje doprinose nastanku problema u ponašanju. Deficiti izvršnih funkcija ograničavaju kapacitet da djeca planiraju i uče da kontaktiraju sa socijalnom okolinom, na način na koji to rade njihovi vršnjaci koji nemaju ovaj tip deficita, što kod ove djece dovodi do poremećaja ponašanja. Deficiti izvršnih funkcija i verbalnog rasuđivanja dovode do slabijeg akademskog uspjeha, što dovodi do frustracije kod djece koja rezultira agresivnim ponašanjem, što je tipičan obrazac kod djece sa poremećajem ponašanja.

### *Neurorazvojna teorija*

Neurorazvojna teorija je integrativna teorija, koja se sastoji iz prehodno objašnjenih bioloških teorija, osnovna hipoteza ove teorije je da bi djeca imala normalan razvoj ona moraju biti osjetljiva na kazne, kako bi naučila da se uzdrže od neadekvatnog ponašanja, te trebaju biti u mogućnosti da vrše kognitivnu kontrolu na svojim mislima, emocijama i ponašanjem. Djeca razvijaju poremećaj ponašanja i poremećaj s prkošenjem i suprostavljenjem koji je često pretača poremećaja u ponašanju, zato što neurobiološki deficiti, onemogućavaju funkcije koje su neophodne za procesiranje nagrade, kazne i kognitivne kontrole. Ova neurobiološka ranjivost kompromituje sposobnost mladih ljudi sa poremećajem ponašanja da uspostave veze između neprimjerenih ponašanja i kazni.

## **4.2. Psihodinamske teorije**

Klasična psihoanalitička teorija deficita super-ega i teorija dodatka koja naglašava ulogu nesigurnog vezivanja u razvoju problema ponašanja, su dvije teorije o kojima će biti govora u okviru psihodinamskih objašnjenja nastanka poremećaja ponašanja .

### *Teorija deficita super-ega*

Unutar psihoanalize pretpostavljeno je da socijalna pravila i očekivanja su internalizirana kroz identifikaciju sa roditeljem istog spola. Ovu internalizaciju nazivamo superego. Do antisocijalnog ponašanja dolazi zbog osiromašenja funkcije super-ega. Djeca mogu da imaju iskustvo dobrog brižnog roditelja, lošeg kažnjavajućeg ili zanemarujućeg roditelja i internaliziraju ponašanja svojih roditelja. Krivac za nastanak poremećaja u ponašanju je krivo roditeljstvo, kod popustljivih roditelja djeca ne internaliziraju standarde po kojima se treba ponašati i zbog toga ne osjećaju krivicu kada krše pravila. Sa kaznenim ili nemarnim roditeljstvom, dijete internalizuje roditeljski agresivan ili nemaran stil u svojim odnosima sa drugim ljudima.

### *Teorija dodatka*

Djeca koja su odvojena od svojih primarnih staratelja na duži vremenski period, tokom prvih mjeseci života ne razvijaju sigurnu privrženost. Djeca koja ne razviju privrženost u dojenačkom razdoblju, nikada neće biti sposobna za dubolju povezanost sa drugim ljudima. Pronađena je veza da se kod djece, koja nisu razvila privrženost u dojenačkom razdoblju, češće javljaju problemi u ponašanju.

## **4.3. Kognitivno –bihevioralne teorije**

Unutar kognitivno – bihevioralne tradicije, pominje se nekoliko teorija koje pokušavaju objasniti nastanak poremećaja ponašanja. To su : teorija socijalnog procesiranja informacija, teorija deficita socijalnih vještina, teorija modeliranja i teorija prinudnog porodičnog procesa.

### *Teorija socijalnog procesiranja informacija*

Djeca sa poremećajem ponašanja pripisuju neprijateljske namjere drugima i odgovaraju stvarnom agresijom. Čak i kada je situacija dvosmislena djeca sa poremećajem ponašanja će, takvu situaciju prepoznati kao prijeteću, što neminovno dovodi do narušavanja odnosa sa vršnjacima.

### *Teorija deficita socijalnih vještina*

Teorija deficita socijalnih vještina predlaže, da poremećaj ponašanja se pojavljuje kod mladih ljudi koji imaju nedostatak socijalnih vještina. Socijalne vještine neophodne su za rješavanje socijalnih izazova, sa kojima se suočavaju u svakodnevnom životu, ali pošto nemaju dobro razvijene socijalne vještine djeca sa poremećajem u ponašanju, rešavaju svakodnevne izazove angažovanjem antisocijalnog ponašanja.

### *Teorija modeliranja*

Prema teoriji modeliranja, agresija i agresivno ponašanje se uči putem posmatranja, a kasnije imitiranja modela, a modeli mogu biti starija braća, roditelji, vršnjaci ... Dijete posmatra agresivno ponašanje roditelja, nakon toga imitira ponašanje ,očekivajući da će biti nagrađeno za to.

### *Teorija prisile*

Patteron i njegova grupa predpostavljaju da djeca sa poremećajem ponašanja uče antisocijalno ponašanje od svojih roditelja i svoj antisocijalni model ponašanja prenose dalje u svoju okolinu, školu i zajednicu (Carr, 2016.). Pattersonova teorija prisile razlikuje rane i kasne delinkvente. Patterson, u razvoju rane delinkvencije naglašava ulogu obiteljskih interakcija kao ključnoga mehanizma, a u razvoju kasne delinkvencije ulogu "treninga devijantnosti" od strane devijantnih vršnjaka, do kojeg dolazi zbog smanjenoga roditeljskog nadzora (Vrselja, 2010.).

### 3.4. Sistemske teorije

Sistemske teorije ističu važnost porodičnog sistema, sistema socijalnih mreža i zajednice u etiologiji i održavanju problema ponašanja.

#### **Sistemska porodična teorija**

Problem ponašanja javlja se u dezorganiziranim porodicama koje imaju nedostatak: komunikacije, rješavanja problema, uspostavljanja jasnih pravila, rutine, granice, hijerarhije, fleksibilnosti za upravljanje životnim prelazima kao što je adolescencija ili odraslo doba. Osnovna pretpostavka sistemske porodične teorije, odnosi se na to da je porodična disfunkcija ključna karika u etiologiji poremećaja ponašanja, i da je porodica ključ u tretmanu djece sa poremećajem u ponašanju.

#### **Sociološka teorija**

Različite sociološke teorije pretpostavljaju da postoji kauzalna veza između antisocijalnog ponašanja i sociokulturalnog konteksta unutar kojeg se pojavljuje antisocijalno ponašanje. Anomije teorija je često citirana sociološka teorija, koja se odnosi na pomanjkanje ili neefikasnost društvenih normi, koje dovode do dezorganizacije i destabilizacije samog društva, što rezultira konfuzijom u svijesti pojedinca, koja uzrokuje antisocijalno ponašanje.

#### **Ekološka multi - sistemska teorija**

Prema ekološko multi-sistenskoj teoriji problem u ponašanju potiče od : individualnih, porodičnih, školskih faktora i faktora šire zajednice. Individualni faktori koji utiču na nastanak problema u ponašanju su : hostile atribucije, društveno neprilagođeno ponašanje, teškoće u učenju prosocijalnog ponašanja putem iskustva, teškoće u savladavanju školskog gradiva. Porodični faktori koji utiču na nastanak problema ponašanja su : razvod braka, problem na relaciji roditelj - dijete, problem discipline i porodične disorganizacije. Školski faktor koji doprinosi nastanku problema ponašanja je loše školsko postignuće. Faktori zajednice uključuju druženje sa devijantnim vršnjacima i zloupotrebu droge. Porodična terapija posmatra pojedinca i porodicu u sklopu većih cjelina, kao što su šira porodica, društvena zajednica, kultura i dr. Ne smatra da je



problem u pojedincu, već u interakcijama koje se ostvaruju unutar porodice. Porodični terapeut, pomoću specijalizovanih tehnika, omogućava pospješivanje porodičnih odnosa, poboljšanje komunikacije, razvoj empatije, podržavanje individualnih razlika, i dr. Najbolji rezultati se postižu u slučaju učešća svih članova porodica, ali se pokazalo da i rad sa pojedincem donosi zadovoljavajuće rezultate.

## 5. TRETMAN

Tretmani koji se sporovode kod djece sa već dijagnosticiranim antisocijalnim ponašanjem usmjeravaju se na rad sa roditeljima, učenje socijalnih i kognitivnih vještina, te pristup obiteljskoj terapiji. Tretmani uključuju obuku za rješavanje problema, obuku za upravljanje roditeljima, funkcionalnu porodičnu terapiju i multi-sistemska terapiju (Kazudin, 1997.). Za sve slučajeve poremećaja s prkošenjem suprostavljanjem i poremećaja ponašanja, najprikladnije je usvojiti model konstantne njege, a ne model akutne njege (Carr, 2015.).

### **5.1. Standardni principi prema Pejović-Milovančević, (2002) terapije sa djecom koja imaju poremećaj u ponašanju**

1. S intervencijom treba krenuti što je ranije moguće
2. Intervencija treba trajati kontinuirano i dovoljno dugo (mnogi autori predlažu da tretman djece s poremećajima u ponašanju traje tijekom cijelog dana u specifičnim, odnosno nespecifičnim uvjetima)
3. Terapija se treba provoditi ne samo s djetetom već i s cjelokupnim okruženjem, pogotovo obiteljskom ili skrbničkom okolinom
4. Intervencija mora biti konzistentna u svim sredinama, okruženjima djeteta i u svako vrijeme
5. Terapijski pristup treba biti multimodalni i ne odnositi se samo na oblike ponašanja
6. U tretmanu djece s poremećajima u ponašanju treba obratiti pažnju i na komorbiditet, posebno na pojavu depresije, zlouporabe psihoaktivnih supstanci, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću
7. Farmakoterapija daje mali doprinos u tretmanu djece s poremećajem u ponašanju. U određenim situacijama kao što je komorbiditet sa poremećajem pozornosti i hiperaktivnosti mogu se koristiti psihostimulansi, psihostabilizatori, kao i neuroleptici kada je prisutna visoka uznemirenost

Visok nivo podrške treba biti popraćen dugoročnim kontaktom koji ima nizak nivo intenziteta, izuzev prilikom tranzicija životnog toka i stresnih kriza. Sljedeće komponente su sadržane u efikasnim paketima tretmana : psihoedukacija, praćenje atisocijalnih i prosocijalnih ciljeva ponašanja, bihevioralna obuka roditelja sa fokusom za nagrađivanje i vremensko ograničenje, porodična komunikacija i obuka za rješavanje problema, popravna nastava, obučavanje vještina za rješavanje socijalnih problema, savjetovanje roditelja za upravljanje ličnim i bračnim teškoćama, terapeutsko hraniteljstvo, gdje su porodice ekstremno neorganizirane, interprofesionalni i međuregionalni koordinacijski sastanci (Carr, 2015).

## **5.2. Psihoterapija**

Psihoterapija je proces koji se odvija na relaciji terapeut i klijent (ili grupe klijenata) i podrazumeva primieniu različitih tehnika, verbalnih i neverbalnih, čiji je osnovni cilj poboljšanje mentalnog stanja i eliminacija poremećaja (Marić i sur., 2011). Psihoterapija se provodi u jasno određenim dogovorenim uvjetima koji se nazivaju „settingom“, uvijek se radi i s roditeljima, ponekad u obliku obiteljske terapije, bračne terapije ili psihoterapije para roditelj-dijete. S obzirom na krajnji cilj, postoje različiti oblici psihoterapija koje se koriste u radu sa klijentima, a razlikuju se po tehnikama koje provodi psihoterapeut, posebno educirani stručnjak iz područja psihoterapije (Stallard, 2010).

### *5.2.1. Multisistemska terapija*

Henggler je sa saradnicima razvio Multisistemsku terapiju, pristup koji je pokazao visoku efikasnost u tretmanu mladih sa nasilnim i antisocijalnim ponašanjem u njihovom prirodnom okruženju – porodici. Krajnji cilj je da se osnaži porodica tako da je u stanju da stvori okruženje koje promoviše zdravlje kroz mobilizaciju neposrednih snaga deteta, porodice i zajednice. Terapijski rad je fokusiran na porodicu, koja se zatim odnosi prema ostalim sistemima kojima pripada (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, i Cunningham, 1998). Multisistemska terapija (Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald, i Brondino, 1996 ; prema Lebow, 2005).

zasniva se na devet principa, koji predstavljaju njen zaštitni znak. Ovi principi korisni su u radu sa djecom i mladima koji imaju poremećaj u ponašanju.

1. Pronalaženje slaganja - osnovna svrha pronalažećeg slaganja je da se razumije veza između identifikovanih problema i njihovog šireg konteksta.
2. Fokusiranje na pozitivno i na snage - kontakti između stručnjaka i porodice treba da se usmjere na ono što je pozitivno i na postojeće snage koje trebaju da se iskoriste kao poluga koja pomaže prilikom životnih promjena.
3. Povećanje odgovornosti - intervencije koje se izvode treba da budu dizajnirane, na način da promovišu odgovorno ponašanje i smanjuju neodgovorno ponašanje između članova porodice.
4. Fokusiranost na sadašnjost, jasna definisanost i akcijska usmjerenost - intervencije treba da su orijentisane na dešavanja u životu klijenta. Stručnjaci treba da obrate pažnju na ono što se može odmah učiniti, a u vezi sa jasno definisanim problemima. Članovi porodice ne treba da se fokusiraju na prošlost, već na sadašnjost.
5. Ciljanost- intervencije treba da se fokusiraju na ponašajne sekvence unutar i između različitih elemenata u životu - porodica, škola, zajednica.
6. Razvojna primjerenost - intervencije treba da budu postavljene tako da odgovaraju uzrastu osobe i da odgovaraju njenim razvojnim potrebama.
7. Kontinuirani napor - intervencije zahtevaju svakodnevne napore svih članova porodice, a prednost intenzivnih i višestranih napora za promjenom su brže rješavanje problema, brže identifikovanje neophodnosti redefinisavanja i korigovanja intervencija, veća mogućnost za članove porodice da dožive uspjeh i davanje moći porodici da sama organizuje promjene.
8. Evaluacija i odgovornost - efikasnost intervencija se kontinuirano ocjenjuje iz više perspektiva. Multisistemska terapija nikad ne etiketira porodicu i njene članove kao rezistentne ili nemotivisane za promjenu, jer se time okrivljuje porodica i sva odgovornost se prebacuje na one koji terapiju izvode.
9. Generalizacija -intervencije treba da budu osmišljene tako da omogućavaju generalizaciju tretmana, i da obezbude održivost terapijskih promjena putem osnaživanja službi u zajednici (onih koji pružaju njegu).

Broj koncepcija i programa tretmana koji se danas primjenjuju u radu sa maloljetnim prestupnicima je veliki. Riječ je o intenzivnom porodičnom i tretmanu u zajednici koji je prvobitno dizajniran za maloljetnike sklone vršenju težih i nasilnih djela, ali se u međuvremenu pokazao kao efikasan i u radu sa mladima koji manifestuju blaže oblike poremećaja u ponašanju. Program je potvrđen kao efikasan rezultatima brojnih studija, a pokazao se kao značajno efektivniji od individualne terapije. Trajanje programa do pet mjeseci koje podrazumjeva kreiranje individualnog plana za svakog maloljetnika i njegovu porodicu. Intervencije iz plana tretmana mogu uključivati sljedeće : porodičnu terapiju, trening socijalnih vještina, podsticanje prosocijalnih aktivnosti i veza maloljetnika i sl. Tretman je usmjeren na porodicu i zajednicu. Bitna karakteristika tretmana jeste da se on obavezno prekida nakon petog mjeseca, bez obzira da li su postignuti ili nisu postignuti željeni rezultati. Voditelj slučaja je stručnjak iz područja mentalnog zdravlja, koji je dodatno usavršavan u oblasti sprovođenja multisistemskog tretmana. Terapeut treba da je dostupan porodici 24 sata (Maurović, 2011).

### *5.2.2. Kognitivno – bihevioralna terapija*

U kognitivno bihevioralnom tretmanu KBT djece s eksternaliziranim poremećajima, pa tako i sa poremećajem u ponašanju, koriste se bihevioralne i kognitivne tehnike. Kognitivne tehnike su usmjeravaju se na promjenu iskrivljenih misli djeteta vezanih za socijalne situacije koje kod djeteta izazivaju frustraciju (Kendall.P.C., 2011), a koje čine osnovu neadekvanih i agresivnih ponašanja djece s eksternaliziranim poremećajima. Kognitivno-bihevioralna terapija naglašava važnost onoga kako se osjećamo i ponašamo. Primjena KBT kod djece i mladih zahtijeva određene promjene u vidu prilagođavanja uzrastu djeteta, posebno kada su u pitanju djeca predškolskog uzrasta, jer ona nisu dovoljno kognitivno zreli da na adekvatan način izraze svoje emocije. Iz toga razloga kod mlađe djece koriste se u tretmanu više bihevioralne, nego kognitivne tehnike. KBT uglavnom se koristi u okviru multimodalnog pristupa, iz razloga što u procesu liječenja potrebno je da u timu rade stručnjaci iz različitih oblasti (Ilić i Stajić, 2017). Osnovni ciljevi kognitivne terapije su: modificirati impulzivno i egocentrično mišljenje mladih s poremećajima u ponašanju, naučiti ih da stanu i razmisle prije nego što krenu u akciju, naučiti ih

promatrati ponašanje kroz njegove posljedice, pomoći im u konceptualizaciji alternativnih puteva u rješavanju interpersonalnih problema, te razvijanje empatije. Ovakva tehnika podrazumijeva i trening kritičkog mišljenja, edukaciju o vrlinama, učenje vještina pregovaranja itd. (Fanington, 1996; Ross, Fabiano, Ewles, 1988). Kognitivni pristup koristi jedan opći kognitivni mehanizam, koji vodi od podražaja prema odgovoru, a naziva se «reprezentacijskim sistemom kodiranja» (Baldwin, 1969; prema Szentmártoni, 1985)

*Metode koje koristi kognitivna terapija su :*

1. *Psihoedukacija* – predstavlja važan dio psihoterapijskog procesa, ali i postoji kao zasebna intervencija u prilagodbi klijenta i njegove obitelji na potencijalne psihološke posljedice oboljenja (Ratković i sur, 2011). Djetetu je znatno prikladnije opisati problematično ponašanje (Beck, 2011), nego mu govoriti o dijagnozi stručnim terminima. Neophodno je djetetu i roditeljima pružiti osnovne informacije o poremećaju kako bi probleme koji su se javili usljed poremećaja počeli pripisivati samome poremećaju i na taj način smanjili osjećaj samokritičnosti i krivnje kod djeteta, ali i roditelja.
2. *Identifikacija i evaluacija negativnih misli*- prema (Kendall, 2006), predstavlja jedno od kognitivnih metoda koje se koriste u radu sa djecom koja pate od eksternaliziranog poremećaja, djeca povezuju trigger situaciju s afektivnim odgovorom, te ih se uči i da prepoznaju svoje negativne automatske misli u tim situacijama. Tako da će djeca spoznati povezanost između misli, osjećaja i ponašanja. Promišljanjem i propitkivanjem tačnosti negativnih automatskih misli dijete će biti potaknuto da zamjeni negativne misli sa alternativnim mislima koje su realnije i funkcionalnije.
3. *Samogovor*- (Borčinović Maršinović, 2015 prema Kendall, 2006 ) predstavlja mehanizam samoregulacije koji djeca sa normalnim razvojem steknu u dobi od 6 do 7 godina. Dok djeca s eksternaliziranim simptomima i poremećajima pokazuju deficit unutrašnjeg samogovora, te se radi na stjecanju ovog mehanizma na način da dijete u početnim fazama terapije izvodi zadatak uz verbalno vođenje od strane terapeuta, te kako terapija odmiče dijete samostalije izvodi zadatak na način da samo glasno govori upute, zatim šapćući i na kraju dijete obavlja zadatak vodeći ponašanje unutrašnjim govorom. Uvježbavanjem se djecu uči da prepoznaju misli koje dovode, pojačavaju i umanjuju ljutnju.

4. *Samoumirujuće rečenice* - su samoizjave koje djeci koriste u smanjenju neugodnih i negativnih (Borčinović - Maršinić, 2015) emocija poput ljutnje (npr. „Nije vrijedno da se oko toga ljutim“; „Samo me želi naljutiti, neću se dati“). Terapeut djete potiče da samo smisli rečenicu koja će mu pomoći, rečenica može biti u vidu samopohvale kada ostvari željeno ponašanje, kao npr. „Bravo ja, riješio sam konflikt bez upotrebe fizičke sile“.

5. *Trening socijalnih vještina* - (Beck, 2011) predstavlja vježbavanje tehnike rješavanja problema u međuljudskim odnosima, može se provoditi kroz igre uloga koje su prikladne za dječiji uzrast. U razgovoru sa djecom (Shure M i sur, 1975 prema Borčinović - Maršinić, 2015) potiče ih se da smisle različite načine kako reagovati u određenoj situaciji i koja bi posljedica mogla proizaći iz njihove reakcije.

6. *Trening asertivnosti*- terapeut uči klijenta (prema Borčinović – Maršinić, 2015) tehnikama kako na adekvatan način da izrazi svoje viđenje situacije, kako da se zauzme za sebe, i kako da poštuje mišljenje druge osobe. Tehnika kojom se terapeut služi da nauči klijenta asertivnosti je igra uloga u određenoj situaciji. Kod mlađe djece obično prvo terapeut glumi dijete i kao model prikazuje asertivno ponašanje, a nakon toga zamijene uloge te dijete vježba novo ponašanje. Bihevioralne tehnike poput modeliranja, operantnog uvjetovanja i uvježbavanja postupaka mogu se primijeniti i na prikrivenije, subjektivne procese mišljenja i unutrašnjeg dijaloga.

*Bihevioralna terapija se usmjerava na promjenu ponašanja, kroz različite tehnike, kao što su:*

1. *Identifikacija emocija* - podrazumijeva podučavanje djeteta (klijenta) i roditelja o osjećajima, (Lochman, 2011) što je prvi korak u razumijevanju emocija i stjecanju samokontrole. Pomoću tehnike samo-opažanja djeca uočavaju situacije u kojima dolazi do pojave neugodnih i negativnih osjećaja, najčešće ljutnja i bjesa. Nakon što klijent nauči prepoznati osjećaj ljudnje, radi se na uočavanju fizioloških simptoma koji su popratna reakcija ljudnji, poput crvenila u licu, ubrznog pulsa, ubrzanog disanja, napetosti u mišićima ili glavi. Tako djeca stječu vještinu prepoznavanja specifičnih znakova ljutnje kod sebe, ali i drugih : u izrazu lica, tonu glasa, tjelesnim reakcijama, mislima i ponašanjima .Isto tako postaju svjesna da drugi ljudi mogu i na drugačiji način da iskažu bjes.

2. *Funkcionalna analiza* – predstavlja postupak (Boričević Maštrović i sur, 2015) kojim se utvrđuje šta je funkcija ponašanja: šta se njime dobiva, što ga potiče i koje socijalno značenje ima ponašanje. Terapeut pažljivo vrši procjenu ponašanja koje se treba modifikovati, na način da odredi : učestalost, intenzitet, okolnosti koje su dovele do neželjenog ponašanja i posljedice koje slijede iz neželjenog ponašanja.

3. *Tehnike samokontrole* - regulacija emocija predstavlja ključan faktor (Kendall , 2006) za smanjenje simptoma eksternaliziranih poremećaja. Prilikom uvježbavanja samokontrole terapeut klijenta uči kako da uspori svoje emocionalne reakcije i eventualno sagleda alternative prije nego što reagiraje. Prvenstveno, tehnika samoopažanja važan je faktor u uočavanju okidača koji dovode do ljutnje i agresivne reakcije. Svjesnost o postojanju tih okidača klijentima koristi u stjecanju vještina samokontrole. Jedna od uobičajenih tehnika samokontrole (Beck, 2011) zove se trijada samokontrole i predstavlja postupak koji prekida nepoželjno stanje ili ponašanje.

4. *Modeliranje* - je tehnika pomoću koje (Baričević Maštrović, 2015 ) terapeut prilikom seanse, a roditelj kod kuće demonstrira djetetu ciljano (željeno) ponašanje, a dijete ga usvaja promatranjem, a kasnije ga samo opisuje i izvodi. Imaginativna tehnika (unutarnje modeliranje) se temelji na činjenici da tijelo ne razlikuje maštu od realnosti. Kad se koristi ova tehnika klijent zamišlja željeno ponašanje i njegove pozitivne posljedice zbog čega dolazi do procesa mijenjanja ponašanja zamišljenim povezivanjem ponašanja i njegovih posljedica.

5. *Tehnike relaksacije*- pomažu u preveniranju eskalacije ljutnje ( Kendall CP, 2006), a kod djece se primjenjuju abdominalno disanje, vođena imaginacija i progresivna mišićna relaksacija. Kod mlađe djece potrebno je prilagoditi tehnika, njihovome uzrastu. Abdominalno disanje se može djetetu objasniti da zamisli, da u trbuhu ima balon koji širi (napuhuje) i ispuhuje .

6. *Potkrepljivanje*- da bi došlo do uspješne (Boričević-Maršanić i sur, 2015) modifikacije ponašanja, važno je, ako ne i ključno u terapiji koristiti tehniku potkrepljenja. Potkrepljenje predstavlja događaj čija pojava nakon željenog ponašanja povećava vjerojatnost ponavljanja tog ponašanja. Prema (Berk, 2005) postoje sljedeće vrste potkrepljivača : primarni (hrana, voda, maženje, bol), sekundarni (novac, pohvala, ocjene), pozitivni (hrana, maženje) i negativni (bol, izbjegavanje neugode). Primarno potkrepljenje odnosi se na zadovoljenje osnovnih životnih potreba, a sekundarno potkrepljenje je važno u procesu modifikacije ponašanja. Sekundarno potkrepljenje može biti socijalno u vidu pohvale nastavnika ili roditelja, simboličko u vidu novca ili igrače i potkrepljivačka aktivnost u vidu pristupa omiljenoj igrački i sl. Unaprijed se definira



željeno ponašanje za koje će dijete dobiti nagradu; na primjer svaki puta kada se dijete uspije kontrolirati i ne reagira agresivno, dobije manju nagradu (naljepnicu, keks, bombon, čokoladicu), a za više manjih nagrada dobije veću nagradu (igračku, knjigicu, odlazak u kino, igraonicu) KBT omogućava djeci da uvide poveznicu između onoga što misle, onoga šta rade i onoga kako se osjećaju, te da otkriju negativne misli i način kako ih se riješiti na adekvatan način (Bailey, 2001).

### **5.2.3. Farmakoterapija**

Od bioloških se metoda kod osoba sa poremećajem u ponašanju, najčešće se upotrebljavaju lijekovi (anksiolitici, antidepresivi). Anksiolitici ili tzv. mali trankvilizatori skupina su lijekova koji primarno služe za otklanjanje tjeskobe, napetosti, straha, a mogu se podijeliti na benzodiazepinske i nebenzodiazepinske. Ovisno o indikaciji, imaju svoje mjesto u učinkovitom otklanjanju napetosti koja je nerijetko povezana s teškoćama u kontroli agresije, no potrebno je pridržavati se uputa o dozi lijeka. Antidepresivi su skupina lijekova različite kemijske strukture i raznovrsnog mehanizma djelovanja kojih je osnovni učinak otklanjanje simptoma depresije, dakle podizanje raspoloženja, energije, antisuicidalni učinak, podizanje volje i motivacije, poboljšanje kognitivnih sposobnosti. Kod djece i adolescenata s izraženim problemom agresije okrenutom prema sebi nezaobilazni su u strategiji liječenja. Ponekad stabilizatori raspoloženja, kao posebna skupina lijekova, mogu doprinijeti i smanjenju agresivnog ponašanja, u kombinaciji s drugim lijekovima.

Primjena karbamazepina i litija pokazuje pozitivan terapijski učinak kod djece s poremećajima u ponašanju u hospitaliziranim uvjetima, dok se kod djece koja su bila na ambulantnom tretmanu nije pokazao značajan terapijski pomak u odnosu na kontrolnu grupu i uz primjenu medikamenata (Campbell i sar, 1995). U mnogobrojnim studijama koje su se bavile poremećajima u ponašanju nije utvrđena prednost farmakoterapije u odnosu na placebo. Ipak, naglašeno je da se ovakvi rezultati ne odnose na onu djecu kod kojih su poremećaji u ponašanju prisutni već dulje vremensko razdoblje (Malone i sur., 1997).

## 6. PREVENCIJA

Istraživanja su pokazala da je najvažnija i ujedno najefikasnija rana prevencija, odnosno prevencija u predškolskom periodu. Potreba ranog uočavanja poremećaja u ponašanju djece i mladih i tretiranja odnosno tretmana istih, od velike je važnosti za kasniji rast i razvoj djeteta (Koller-Trbović, 1998). Smatra se da između 40-50% djece s poremećajima u ponašanju u odraslom dobu dobije dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti. U velikom broju slučajeva imaju česte recidive kriminalnih djela. Smrtnost ove populacije deset puta je veća u odnosu na normalnu populaciju (Earls, 1994). Više od dvije trećine (81%) onih koji manifestiraju tri ili više simptoma poremećaja u ponašanju u djetinjstvu ima neku disfunkcionalnost u odraslom dobu, što je za oko četiri puta veći postotak u odnosu na one pojedince koji ne pokazuju znake poremećaja u ponašanju u djetinjstvu (Zoccolillo i sur., 1992). U ovome radu govora će biti o ranoj prevenciji i intervencijama koje rade unutar nje. S primarnom prevencijom poremećaja u ponašanju djece rane i predškolske dobi potrebno je započeti od njihova rođenja, osposobljavanjem roditelja za kvalitetno roditeljstvo te stvaranjem uvjeta za kvalitetan razvoj i učenje u ustanovama ranog i predškolskog odgoja. Visoka razina kvalitete života u obitelji i ustanovama temelj je zdravog i cjelovitog razvoja djeteta, ali i preduvjet za rano otkrivanje i stručan tretman poremećaja/mana u ponašanju djece rane i predškolske dobi (Ljubetić, Mandrić i Zubac, 2010). Trenutne spoznaje pokazuju kako je razvoj poremećaja u ponašanju vođen višestrukim faktorima. Prikazani rizični faktori predstavljaju dosadašnja saznanja u etiologiji eksternaliziranih problema u ponašanju, ali i izazove stručnjacima i znanstvenicima u pronalženju strategija kako te spoznaje usmjeriti na prevenciju poremećaja ponašanja Farrington (Shader, 2001 ; prema Bašić i Mihić, 2008). Identificiranje rizičnih faktora ključno je u stvaranju preventivnih programa, koji se suprotstavljaju fenomenu poremećaja u ponašanju. Preventivne aktivnosti trebaju početi što je moguće ranije. Preventivni programi trebaju obuhvatiti sve relevantne razvojne faktore koji utječu na psihosocijalni razvoj djeteta. Njihov je osnovni zadatak, značajno pojačati učinak zaštitnih faktora, koji su od izuzetnog razvojnog značaja, poput kvalitetne i stabilne obiteljske veze, nadzora roditelja nad aktivnostima djece,

dobre samokontrole. Istovremeno je neophodno maksimalno reducirati udio i značaj pojedinih rizičnih faktora, kao što su haotična i nesređena porodična situacija, agresivno i delinkventno ponašanje, slaba samokontrola (Mikas i Pavlović, 2013). Klinički psiholozi imaju važnu ulogu u dizajniranju i implementiranju programa primarne prevencije, za porodice pod rizikom od pojave poremećaja u ponašanju. Takvi programi idealno bi trebali biti bazirani u zajednici, a cilj bi bile porodice pod rizikom. Opće prihvaćen stav kaže da je tretman ovakve djece težak, dugotrajan te u krajnjoj liniji neuspješan, ako se terapija ne započne na vrijeme i ako se provodi nesistematično (Carr, 2015). Porodice pod rizikom su ciljana populacija sa kojom se radi, na sprječavanju nastanka poremećaja u ponašanju. U radu sa porodicama pod rizikom koriste se različiti programi i treninzi za roditelje i djecu. Programi i treninzi za porodice pod rizikom se odnose na : postporođajne posjete majkama pod rizikom od strane stručnjaka, trening obuke za roditelje, koji su pod rizikom, te obuka i usvajanje vještina samokontrole za predškolsku djecu ,koja žive u porodicama koje su pod rizikom (Grove i sur ., 2008 ; prema Welsh i Farrington, 2009).

## **6.1. Obilježja efektivnih programa prevencije poremećaja ponašanja**

Prema Upravi za bolesti zavisnosti i mentalno zdravlje (eng. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, skr. SAMHSA) postoji 15 kriterijuma za procjenu efektivnosti preventivnih programa i svrstavanje u model-programe ( SHAMSA, 2002), a to su:

1. *Teorijska zasnovanost* – nivo u kome program pruža eksplicaciju nastanka poremećaja ponašanja i mogućnosti prevencije
2. *Dosljednost* – prilikom primjene intervencije , odnosno kontrola i održavanje kvaliteta programa
3. *Evaluacija procesa* – sistemsko ispitivanje obuhvatnosti i izvršenja programa
4. *Izbor uzorka* – prednost se daje programima koji predviđaju slučajan izbor velikog uzorka uz postojanje kontrolne grupe
5. *Osipanje uzorka* – ukoliko je osipanje uzorka veće od 30% dovodi se u pitanje relijabilnost dobijenih rezultata
6. *Validnim i konzistentnim mjerenjem* treba obuhvatiti promjene u ponašanju i sve druge značajne varijable

7. *Nedostatak podataka* o važnim aspektima primene i efekata programa utiče na smanjenje ocjene uspešnosti programa
8. *Prikupljanje podataka* treba da garantuje anonimnost i zaštitu identiteta učesnika programa
9. *Prilikom analize podataka* treba da se koriste savremene tehnike koje omogućavaju sagledavanje diferencijalnih efekata tretmana u različitim podgrupama učesnika
10. *Dizajn evaluacije* treba da isključi ostala objašnjenja postignutih rezultata (drugi programi, medijska kampanja, efekat odrastanja i sl.)
11. *Integritet* predstavlja ukupnu ocjenu kredibiliteta evaluacije programa, koja je zasnovana na ocjeni kvaliteta primene programa, dizajna i realizacije evaluacije
12. *Upotrebna vrijednost* je ukupna ocjena korisnosti programa za usmeravanje budućih preventivnih programa
13. *Replikacija* označava broj instanci uključenih u evaluaciju kojim se potvrđuju pozitivni rezultati programa
14. *Potencijal za difuziju* predstavlja mogućnost za širu primjenu programskog materijala (treninga, kurikuluma, instrumentarijuma i sl.)
15. *Program* mora da je kulturno i uzrasno osjetljiv, što znači da izabrane strategije i komponente programa treba da su usklađene sa kulturnim, bihejvioralnim, kognitivnim i emocionalnim karakteristikama učesnika

## 6.2. Primjeri dobre prakse

Programi prevencije (Đorđić, 2016) poremećaja u ponašanju mogu biti sprovedeni među vršnjacima, u školi, porodici, susjedstvu ili u zajednici. Programi mogu biti namenjeni:

- a. opštoj populaciji (univerzalni nivo)
- b. dijelu populaciji koja je izložena djelovanju rizičnih faktora (selektivni nivo)
- c. pojedincima i grupama kod kojih je već došlo do poremećaja u ponašanju (indikovani nivo).

Programi prevencije poremećaja u ponašanju procenjuju se u skladu sa petnaest kriterijuma, te se na osnovu njih svrstavaju u model programe (Đorđić, 2016).

### 1. „**Drugi korak – program za prevenciju nasilja**“ (eng. **Second Step – A Violence Prevention Curriculum**)

Predstavlja univerzalni program prevencije nasilničkog ponašanja djece, koji obuhvata uzrast od 4 do 14 godina, odnosno od 1-3 razreda osnovne škole. Aktivnosti u okviru ovog programa su usmjerene na razvijanje empatije, samokontrolu, rješavanje problema i nošenje sa ljutnjom. Aktivnosti sprovode vaspitači/učitelji, ovisno od starosne dobi. Ovaj program sastoji se od 30 lekcija, u trajanju od 35 minuta, predavanja se održavaju jednom ili dva puta nedeljno u učionici. Program je osmišljen tako da nauči djecu da upravljaju gnjevom, da budu empatični i da uspostave kontrolu nad impulsivnim ponašanjem (Greenberg, M. T., Domitrovich, C., i Bumbarger, B. ,1999. prema SHAMSA, 2002 ). Nakon što je sproveden u djelo, program je evaluiran i efekti programa su upoređivani sa kontrolnom grupom. Kao najznačajniji rezultati ovog programa se navode: smanjenje pojave nasilničkog ponašanja i povećanje prosocijalnog ponašanja, znatno češće nenasilno rješavanje sukoba i umanjena potreba za intervencijom odraslih prilikom rješavanja sukoba. Više puta je vršena revizija ovog programa i ustanovljena je njegova povezanost sa pozitivnim ponašanjem učenika i boljim socijalnim rasuđivanjem kao što je zaključivanje o namjerama, sklonstima u vidu regulacije spostvenog ponašanja (Mihic i Bašić, 2008.).

## **2. „Olweusova prevencija vršnjačkog nasilja“ (eng.Olweus bullying prevention)**

Predstavlja jedan od najpoznatijih univerzalnih programa prevencije vršnjačkog nasilja, program je osmislio Olweus (2005), koji razlikuje termine, klasično nasilje od vršnjačkog nasilja (eng.bullying), pa tako nasilje definira kao agresivno ponašanje gdje napadač koristi svoje tijelo ili neki objekt kako bi nanio (relativno ozbiljnu) povredu ili neugodu drugoj osobi, dok vršnjačko nasilje (bullying) učenik prestavlja zlostavljanje koje je opetovano, trajno od strane jednog ili više učenika. Povod za nastajanje programa bila je kampanja norveškog Ministarstva obrazovanja protiv vršnjačkog nasilja u školama, nakon samoubistva tri tinejdžera. Teorijska osnova programa su modeli agresivnog ponašanja i teorija modifikacije ponašanja. Program je krenuo sa implementacijom 1983. godine u obliku longitudinalne studije koja je pratila oko 2500 školske djece u periodu od dvije i po godine. Nakon perioda praćenja učenici su izvještavali manjem stepenu vršnjačkog nasilja. Studija je pokazala dobre rezultate, u vidu poboljšanja socijalne klime u razredu, bolji red i disciplenu, niži stepen antisocijalnog ponašanja, više pozitivnih odnosa unutar škole, učenici su stvorili pozitivne stavove prema školi (Olweus i Limber, 2010). Osnovni cilj programa jeste izmjena školske sredine, što bi za posljedicu imalo smanjenje školskog nasilja i kako bi se, bilo kroz ponašanje žrtvi ili kroz ponašanje drugih učenika. Teorijsku osnovu čine modeli agresivnog ponašanja i teorija modifikacije ponašanja.

## **3. „Trening zamjene agresije“ (eng.Aggression Replacement Training -ART)**

Jedan od poznatijih programa prevencije nasilja ( Arnold P. Goldstein, Barry Glick i John Gibbs, 2015) mladih jeste Goldstein-ov program, „Trening zamjene agresije“. U prvobitnoj formi program je bio namjenjen, djeci sa povećanom agresijom i maloljetnim prijestupnicima. Cilj programa je naučiti djecu i mlade vještinama kontrole bijesa, razvoj socijalnih vještina i moralno rezoniranje stvarnosti. Ukupno trajanje programa je deset nedelja, trideset časova, sa osam do dvanaest mladih (Goldstein, Glick, & Reiner, 1987 : prema Đorđić, Damjanović i Mandić, 2016). Vještine koje se uče razvrstane su u osnovnih šest kategorija (Goldstein & Glick, 1994) prema :

1. Početne socijalne vještine: započeti razgovor, predstaviti se, udijeliti kompliment;
  2. Napredne socijalne vještine: tražiti pomoć, izvinuti se, dati uputstva;
  3. Vještine suočavanja sa osjećanjima: vještine suočavanja sa tuđim bjesom, izražavanje bliskosti, suočavanje sa strahom;
  4. Alternative agresiji: odgovor na zadirivanje, pregovaranje, pomaganje drugima
  5. Vještine suočavanja sa stresom: suočavanje sa isključivanjem, optužbama, priprema za stresnu konverzaciju
  6. Vještine planiranja: postavljanje ciljeva, donošenje odluka, postavljanje prioriteta za rješavanje problema (Goldstein & Glick, 1994)

Prema (Gašić-Pavišić, 2004) strategije koje se koriste za razvijanje socijalnih vještina su :

1. Modeliranje (obuhvata opservaciju ponašanja nekoliko eksperata koji koriste određene vještine koje nedostaju osobama koje posmatraju)
2. Igra uloga (obuhvata uvežbavanje prosocijalnih ponašanja), povratna informacija o postignuću (davanje povratne informacije o tome koliko dobro je učenik odigrao određenu ulogu u odnosu na eksperta)
3. Generaliziranje (podsticanje učenika da učestvuje u nizu aktivnosti koje mu pomažu da naučene socijalne veštine primene u stvarnom životu (Gašić-Pavišić, 2004).
- 4. „Projekat razvoja djeteta“ (eng. Child Development Project)**

Preventivni program univerzalnog nivoa (Schaps, Soloman i Battistich, 1996 ; prema Greenberg, M. T., Domitrovich i sur. 1999) namijenjen učenicima osnovnih škola. Zasniva se na primjeni strategija obrazovanja i informisanja. Primarno je fokusiran na unaprijeđenje pozitivnog socijalnog, moralnog i emocionalnog razvoja djece i to putem podsticanja socijalnog vezivanja učenika za školu, odnosno razvijanjem jakog osjećanja pripadanja školskoj zajednici, povećanja

razine privrženosti školi, posvećenosti školskim obavezama i angažmana u obavljanju školskih zadataka. Evaluacijom se pokazalo da ovaj program podsticanjem socijalnog vezivanja učenika za školu i stvaranjem kvalitetne školske klime doprinosi podizanju nivoa motivacije za postizanje školskog uspjeha, razvijanju socijalne i emocionalne kompetencije i jačanju pozitivnih veza i odnosa na relaciji učenik -učenik, ali i nastavnik i učenik. Drugi pozitivni efekat ovog projekta je značajno smanjenje zupotrebe psihoaktivnih supstanci i ispoljavanje nasilničkog ponašanja u školi (Popović Ćitić i Žunić Pavlović, 2005).

##### **5. „Zajednica u borbi za promjenu alkoholnih navika“ (eng. Communities Mobilizing for Change on Alcohol - CMCA)**

Univerzalni preventivni program, usmjeren ka mobilizaciji zajednice u cilju prevencije konzumiranja alkohola kod djece i mladih uzrasta od 13 do 20 godina putem ograničenja dostupnosti alkohola mjenjanjem lokalnih politika i praksi.

Prema (SHAMSA, 2002) program nudi materijale i pomoć članovima zajednice kako bi se postigli zajednički ciljevi.

1. Civilni sektor može da usvoji politiku prevencije pijenja alkohola ispod dozvoljenih godina, na način da naprave različite aktivnosti na kojima se sprečava konzumacija alkohola ispod dozvoljene starosne granice.
2. Vjerske organizacije mogu da postanu veza između organizacija koje se bave prevencijom, mladih, roditelja i zajednice. One mogu da obezbjede i edukaciju, usvajanje zajedničkih pravila kojima se sprečava konzumacija alkohola i mogu da se uključe u rad sa mladima na temu štetnosti i udaljavanja mladih od poroka.
3. Škole kao obrazovno-vaspitne institucije imaju najveći potencijal u ovome domenu i njihov doprinos se može vidjeti kod podučavanja mladih vještinama odbijanja konzumacije alkohola i sticanju drugih socijalnih vještina, gdje sami mladi kreiraju okruženje u kome neće biti dozvoljena konzumacija alkohola (ni u školi, ni u okolini škole).



4. Dosljedno sprovođenje zakona – administrativne kazne za nepoštovanje državnih ili lokalnih pravnih propisa koji se odnose na prodaju alkohola maloljetnicima.

5. Agencije za izdavanje dozvola za prodaju alkoholnih pića treba da obavežu prodavce da ne prodaju alkohol maloljetnicima. Prodajna mjesta mogu da ukinu oglašavanje alkoholnih pića i to posebno na mjestima gdje su mladi izloženi ovim porukama. Zajednica može da ograniči da kompanije koje prodaju alkohol sponzorišu dešavanja na kojima se okupljaju mladi.

6. Različite grupe u zajednici mogu na dobrovoljnoj osnovi da kontrolišu dostupnost i korištenje alkohola. Kao što se može vidjeti program je usmjeren na jačanje socijalnih protektivnih faktora u zajednici: institucionalizacija politike nedozvoljavanja konzumacije alkohola maloljetnicima, javne i lokalne politike koje ograničavaju korišćenje alkohola mladima, civilne akcije protiv ilegalne prodaje alkohola i sl. (SHAMSA, 2002).

## **6. Multisistemska terapija**

Multisistemski model (terapija) jeste preventivni program, koji se može provoditi kao što je u prethodnom poglavlju opisano i kao terapija za maloljetne delinkvente, jer je osmišljen pod uticajem ekološke teorije. Naglašava rizične i protektivne faktore koji su povezani sa nasilnim i antisocijalnim ponašanjem. Intervencije u okviru ovog pristupa odnose se na nekoliko domena zajednice, a to su individualni, porodični, vršnjački. Cilj intervencija je da utiču na roditelje da naprave pragmatične promjene u porodičnom okruženju, ali i u okruženju mlade osobe (Curtis, Ronan, Borduin, 2004).

Multisistemska terapija zasnovana je na devet principa, koji su njen zaštitni znak. Ovi principi su pomenuti u prethodnom poglavlju. Plan tretmana se zasniva na procjeni faktora rizika i faktora zaštite prisutnih kod mlade osobe i njene neposredne socijalne okoline. Plan se osmišljava uz pomoć članova porodice, ključne osobe u izvedbi plana su članovi porodice. Intervencije imaju za cilj da jačaju zaštitne faktore. Roditelji se osnažuju kako bi oni mogli da mijenjaju prirodnu socijalnu mrežu svoje djece, što olakšava održivost i generalizaciju postignuća tretmana. Intervencije tipično teže ka tome da poboljšaju način disciplinovanja roditelja, poboljšaju emotivne

veze u porodici, prekinu druženje mladih osoba sa devijantnim vršnjacima, te povećaju njihovo druženje sa prosocijalnim vršnjacima, poboljšaju školsku i radnu uspješnost, uključe mlade u prosocijalne aktivnosti u zajednici. Specifične tehnike tretmana uzete su od terapija sa solidnom empirijskom zasnovanošću, prentveno od kognitivno – bihevioralne i pragmatične terapije (Henggeler i sur., 2009).

### **7. „Modifikacija ponašanja putem igre“**

Modifikacija ponašanja putem igre (Devičić ,1999.) predstavlja jedan u nizu preventivnih programa. Osnovni cilj programa „Modifikacije ponašanja putem igre“ jest stvaranje vrijednosnog sistema i stavova, te socijalnih vještina kroz "igru" da bi se spriječilo društveno neprihvatljivo ponašanje koje dovodi do maloljetničke delinkvencije. Drugi cilj programa je stvaranje okruženja u kojem djeca mogu prepoznati, razvijati i korisno upotrijebiti svoje potencijale, te formirati svoje stavove i vrijednosti.

Program MPPI se ostvaruje kroz:

- skupni rad s djecom
- rad s roditeljima
- suradnju sa školom
- savjetovanišni rad s djecom
- individualni rad djecom
- supervizije

### **8. “Prigram vršnjačkog nadgledanja „ (eng. Peer mentoring program)**

Angažiranjem obučenih vršnjaka doprinosi se stvaranju pozitivne klime u razredu koja neće podsticati nasilje. Na osnovu evaluacije dosadašnje primjene programa „vršnjačkog nadgledanja“ (Maskell, 2002) izvodi zaključke njegove uspješne primjene. Osnovna pretpostavka od koje se u ovom pristupu polazi jeste da je učenicima lakše da se u manje formalnim okolnostima, gdje je odnos dva aketra komunikacije linearan , a ne hijerarhijski uspostavljen. Učenici koji se angažuju kao vršnjaci - mentori prethodno prolaze adekvatnu obuku. Obuka se prilagođava

svakoj grupi učenika. U daljem nastavku projekta, učenici koji su već prošli obuku mogu da realizuju proces obuke sa novim polaznicima. Sistem vršnjačkog mentorstva dostupan je svim učenicima. Vršnjaci mentori obično svoje zadatke u ulozi mentora, obavljaju u parovima ili sa malim grupama, razgovaraju o različitim temama, i posvećeni su svakom članu grupe. Kada nastanu problemi, članovi grupe imaju „druga“ koga će pitati za pomoć i savjet. Obučeni su da mogu pružiti kolegama, obuku na temu upravljanja upravljanje bjesom, suočavanja sa stresom. Vršnjaci mentori mogu vježbavati vještine moderatora, - koje im pomažu da saslušaju nasilnika i žrtvu. Poželjno bi bilo da sarađuju sa nastavnicima i koriste njihovu podršku u pogledu nadzora. Mogu da nauče i koriste vještine medijacije koje će im biti od koristi u odgovarajućim situacijama (Marković, 2014).

## **9. „Spas za bebe“**

### **(eng. Baby S.A.F.E)**

Preventivni program „ eng. Baby SAFE “ spada u obećavajuće (SHANSHA, 2002) programe, osnovan je u američkoj državi Havaji pod pokroviteljstvom Havajskog ministarstva zdravlja, autor ovog programa je Barbara Yamashite.

Glavni ciljevi ovog programa su :

- povećati dostupnost prevencije, rana intervencija, usluge liječenja trudnica i doilja na Havajima
- smanjenje incidence i prevalence upotrebe droga i alkohola u populaciji trudnica i dojilja
- poboljšati ishod poroda žena koje koriste alkohol, duhan i nedozvoljene lijekova tokom trudnoće

## 7. ZAKLJUČCI

1. Poremećaj u ponašanju spada u grupu eksternaliziranih poremećaja, čiji su simptomi (agresija, krađa, nasilništvo, markiranje, laganje i sl.) već na prvi pogled lahko uočljivi. Simptomi koje iskazuju osobe sa ovim poremećajem, su okrenuti protiv drugih, za razliku od osoba koje pate od internaliziranih poremećaja čiji simptomi poremećaja su okrenuti protiv njih samih, tako da poremećaj u ponašanju predstavlja i društveni problem. Osnovno obilježje poremećaja u ponašanju ogleda se u nekontrolisanom ponašanju. Obilježja koja karakteriziraju poremećaj u ponašanju su prvenstveno asocijalna i prijestupnička ponašanja, vaspitna zapuštenost, delinkventna ponašanja. Poremećaj u ponašanju može nastati prije i poslije 10. godine, sa tim da je teža klinička slika, ako se poremećaj javi ranije. Pojava ovoga poremećaja je 5 : 1 u korist dječaka.
2. Različiti teorijski modeli polaze od različitih uzroka nastanka poremećaja u ponašanju. U dostupnoj literaturi opsane su četiri osnovne teorije koje se bave etiologijom nastanka poremećaja u ponašanju, a to su biološka, psihodinamska, kognitivno-biheviorna i sistemska teorija. Biološke teorije imaju fokus na uloge genetskih faktora, neurobioloških deficita, disfunkcije neurotransmitera, neuroendokrinih faktora, arosualnih nivoa, temperamenta i neuropsiholoških deficita u etiologiji problema ponašanja. Psihoanalitička teorija deficita super-ega i teorija dodatka naglašava ulogu nesigurnog vezivanja u razvoju problema ponašanja. Kognitivno-biheviorna teorija uzrok poremećaja ponašanja pronalazi u socijalnom kontekstu, odnosno u nedostatku socijalnih vještina i neadekvatnim modelima u vidu staratelja prilikom odrastanja. Sistemske teorije ističu važnost porodičnog sistema, sistema socijalnih mreža i zajednice u etiologiji nastanku i održavanju problema ponašanja.
3. Tretmani koji se sporovode kod djece sa već dijagnosticiranim poremećajem u ponašanju usmjeravaju se na rad sa roditeljima, učenje socijalnih i kognitivnih vještina, te pristup obiteljskoj terapiji. Osnovni principi ( Pejović- Milovančević, 2002) tretmana sa djecom koja imaju poremećaj u ponašanju su : prvenstveno sa intervencijom treba krenuti što je ranije moguće, intervencija treba trajati kontinuirano i dovoljno dugo, terapija se treba provoditi ne samo s djetetom već i s cjelokupnim okruženjem, pogotovo obiteljskom ili skrbničkom okolinom, intervencija mora biti konzistentna u svim sredinama,

okruženjima djeteta i u svako vrijeme, terapijski pristup treba biti multimodalan i ne odnositi se samo na određene oblike ponašanja, kod tretmana djece s poremećajem u ponašanju treba obratiti pažnju i na komorbiditet, posebno na pojavu depresije, zlouporabe psihoaktivnih supstanci i poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, farmakoterapija daje mali doprinos u tretmanu djece s poremećajem u ponašanju. Tipovi psihoterapije koji su pokazali korisnim u radu sa djecom koja pate od poremećaja u ponašanju su : KBT, Multisistemska i Porodična sistemska terapija.

4. Istraživanja su pokazala da je najvažnija i ujedno najefikasnija rana prevencija, odnosno prevencija u predškolskom periodu. S primarnom prevencijom poremećaja u ponašanju djece, potrebno je započeti od njihova rođenja, osposobljavanjem roditelja koji su pod rizikom za kvalitetno roditeljstvo te stvaranjem uvjeta za kvalitetan razvoj i učenje u ustanovama ranog i predškolskog odgoja. Identificiranje rizičnih faktora ključno je u stvaranju preventivnih programa, koji preveniraju poremećaj u ponašanju. Preventivne aktivnosti trebaju početi što je moguće ranije i to već u predškolskoj dobi, jer poremećaj u ponašanju sa ranim početkom može se jedino sanirati u tom razvojnom periodu. Preventivni programi trebaju obuhvatiti sve relevantne razvojne faktore koji utječu na psihosocijalni razvoj djeteta. Njihov je osnovni zadatak, značajno pojačati učinak zaštitnih faktora, koji su od izuzetnog razvojnog značaja, poput kvalitetne i stabilne obiteljske veze, nadzora roditelja nad aktivnostima djece, dobre samokontrole.

## 8. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko : Naklada Slap
- Arnold P. Goldstein, Barry Glick, i John Gibbs. (2015).  
<http://www.episcenter.psu.edu/ebp/ART>
- Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioural therapies for children and adolescents, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 7, no. 3, 224-232
- Baillargeon, R. H., Zoccolillo, M., Keenan, K., Côté, S., Pérusse, D., Wu, H. X., ... & Tremblay, R. E. (2007). Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental – psychology*, 43(1), 13.
- Berk, L. E. (2005). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Beck J. (2011). *Osnove kognitivne terapije*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, L., Šarić, D., & Karapetrić Bolfan, L. (2015). Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s m eksternaliziranim poremećajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(4), 0-190.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of family psychology*, 18(3), 411.
- Devčić, K., Hip, T., Kuftinec, M., & Rosandić, A. (1999). Modifikacija ponašanja putem i igre. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 7(2), 251-254.
- Đorđić, D., Damjanović, R., & Mandić, I. (2016). Efektivni programi prevencije aktivnih poremećaja u ponašanju. *Društvo defektologa Vojvodine*, 126-140

- Earls, F. (1994). Oppositional-defiant and conduct disorders. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*, 3.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3- 4), 313-337
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., Bumbarger, B. (1999). *Preventing mental disorders in school-age children: A review of the effectiveness of prevention programs*. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, College of Health and Human Development, Pennsylvania State University
- Goldstein, A. P., Glick, B. (1994). Aggression replacement training: Curriculum and evaluation. *Simulation & Gaming*, 25(1), 9-26.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. Guilford Press
- Ilić, I., Stajić, M. (2017). Funkcionalost porodica kod djece sa poremećajem ponašanja *Psymedica*, 4(1-2)
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of child psychology and Psyc* .
- Kendall, P. C. (Ed.). (2011). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press.
- Koller-Trbović, N. (1998). Pravovremeno otkrivanje poremećaja u ponašanju djece i mladeži i rano interveniranje. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 6(1), 51-59.

- Letić, N. (2012). Psihopatologija djece i adolescenata. *Filozofski fakultet Banja Luka*.
- Lebow, J. (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken, NJ: Willey.
- Lochman JE, Wayland KK. (1994). Aggression, social acceptance and race as predictors of negative adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1026-35.
- Loeber, R., Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and psychopathology*, 12(4), 737-762.
- Ljubetić, M., Mandarić, A., Zubac, V. (2010). Ustanove ranog i predškolskog odgoja – polja primarne prevencije poremećaja u ponašanju (nove paradigme) u: Unapređenje kvalitete života djece i mladih (1986-9886) 1; 47-56.
- Marković, M. (2014). Pupils as participants in prevention of bullying in schools. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 13(2), 237-253.
- Malone, T. W. (1997). Is empowerment just a fad? Control, decision making, and IT. *MIT Sloan Management Review*, 38(2), 23.
- Marić, N. P., Britvić, D., Vuković, O., Jašović-Gašić, M. (2011). Psychotherapy in the time of neuroscience expansion: Neurons on the couch. *Engrami*, 33(3), 67-76.
- Moffitt, T.E., Rutter, M. i Caspi, A. (2001). Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study. *Cambridge: Cambridge University Press*.
- Mihić, J., Bašić, J. (2008). Preventivne strategije-eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 445-471.
- Mihaljević-Peleš A, Šagud M.(2015). Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja 1. kategorije: Klinička primjena antipsihotika. *Zagreb*
- Mikas, Davor., Pavlović, Žana., & Sunko, Esmeralda.(2013).Predškolski preventivni programi. *Paediatrica Croatica Supplement-57, str, 125, 130.*



- Nikčević-Milković, A., Šuto, A., Belančić, T. (2013). Peer violence-is there a difference in urban, suburban and rural areas?. *Školski vjesnik: časopis za pedagoška i školska pitanja*, 62(2-3), 269.
- Novogradac, I. (2015). Uloga terapijskog jahanja u prevenciji poremećaja u ponašanju .*Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences*
- Olweus, D. (2005). A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime & Law*, 11, 389–402
- Olweus, D., Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124-134.
- Piculin, I. Ž., Matić, M. V., Sindik, J. (2016). Devijantno ponašanje maloljetnika i uloga obitelji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 12(47), 19-23.
- Pejović Milovančević, M., Popović Deušić, S., & Aleksić, O. (2002). Definiranje poremećaja u ponašanju u okviru dječje psihijatrije. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 10(2), 139-152.
- Popović Ćitić, B., Žunić Pavlović, V. (2005). Prevencija prestupništva dece i omladine. *Beograd: Ministarstvo prosvete i sporta Republike Srbije i Pedagoško društvo Srbije.*
- Ratković AS, Brajković L, Šumić M, Cvek M.(2011). Psihoedukacija u zdravstvenom sustavu. -- *Medix*;VIII(92):77 – 9
- Sameroff, A. J., Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of - early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.
- Schinke, S., Brounstein, P., Gardner, S. (2002). Science-Based Prevention Programs and Principles, 2002. *Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every Community*

- Svjetska zdravstvena organizacija (2012). Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Zagreb : Medicinska naklada
- Szentmártoni, M. (1985). *Kognitivna psihoterapija: Osnovne postavke i pregled tehnika. U: Praktikum iz biheviorn terapije II*, (str. 15-34). Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske
- Stratton, P. (2011). The evidence base of systemic family and couples therapies. *United Kingdom: Association for Family Therapy.*
- Stallard P. (2010). *Misli dobro, osjećaj se dobro: Kognitivno-biheviornalna terapija u radu s djecom i mladim ljudima*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Vrselja, I. (2010). Etiologija delinkventnog ponašanja: Prikaz Pattersonove i Moffittine teorije razvojne psihopatologije. *Psychological Topics*, 19(1), 145.
- Volpe, U. (2014). Razvoj poglavlja mentalnim poremećajima međunarodne klasifikacije bolesti: aktualne informacije za članstvo svjetske psihijatrijske organizacije. *Socijalna psihijatrija*, 42(2), 135-137.
- Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40, 161-186.
- Žunić-Pavlović, V., Kovačević-Lepojević, M. (2011). Prevalencija i razvoj poremećaja ponašanja u detinjstvu. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 10(4), 725-742.
- Wenar, C., Arbanas, G. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Naklada Slap.
- Welsh, B. C., Farrington, D. P. (2009). *Making public places safer: Surveillance and crime prevention*. Oxford University Press.