

UNIVERZITET U SARAJEVU

FILOZOFSKI FAKULTET

Odsjek: Psihologija

Smjer: Psihologija

**Socijalna i emocionalna prilagodba učenika s poremećajima u
ponašanju**

Student: Amer Bajramović

Mentor: prof. dr. Amela Dautbegović

Broj indexa: 3529/2020

Sarajevo, 2022.

Sadržaj:

1. Uvod.....	4
2. Četiti modela interakcijskog razvoja delinkvencije	7
3. Simptomi poremećaja u ponašanju (DSM i IDC)	9
4. Uzročnici i rizični faktori	9
5. Širi spektar disfunkcionalnosti.....	11
6. Tipologija poremećaja.....	12
6.1. Grupa bezosjećajno-neemocionalnih	13
7. Poteškoće u emocionalnoj prilagodbi	15
7.1. Komorbiditet/udruženost drugih poremećaja sa poremećajima ponašanja.....	17
7.1.1. Depresija	18
7.1.2. Bipolarni poremećaj raspoloženja.....	21
7.1.3. Anksioznost.....	22
8. Socijalna prilagodba/nepriprilagođenost	24
8.1. Prijateljstva i uloga vršnjaka	25
8.2. Odbacivanje i prihvatanje	26
9. Obećavajući tretmansi pristupi.....	28
9.1. Obuka roditeljskog upravljanja.....	28
9.2. Tretman kognitivnog rješavanja problema.....	29
9.3. Multisistematska terapija	30
9.4. Implikacije i kritike prethodno navedenih tretmana	31
10. Uloga škole u unapređenju emocionalne i socijalne prilagodbe	31
10.1. Smjernice za socijalne službe i škole	33
10.2. Terapijske tehnike zasnovane na istraživanju srodnog mentalnog poremećaja	34
10.2.1. <i>MOSAIC i PFC</i> – terapijske tehnike u učionici i izvan nje.....	36
11. Preventivne mjere u školskom kontekstu.....	36
12. Zaključak.....	39
13. Literatura.....	41

Abstrakt

Spektar poremećaja u ponašanju koji, osim istoimeno nazvanog poremećaja ponašanja, obuhvata i poremećaj prkošenja, odlikuju izljevi kako fizičke tako i verbalne agresije, vandalizam, krađe, uništavanje tuđe ali i vlastite svojine i drugi slični bihevioralni obrasci. Prevalencija poremećaja te njegove štetne posljedice čine ga najviše ispitanim dječijim, psihopatološkim poremećajem. Za samu dijagnozu poremećaja dovoljno je potvrditi tri od 15 simptoma, navedenih u petom izdanju *Dijagnostičko-statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM 5)*, a neki od simptoma su maltretiranje drugih, iniciranje tuče, korištenje oružja, fizička okrutnost, uništavanje imovine, laganje te školski izostanci. Osim očiglednih posljedica ovakvih ponašanja, djeca i adolescenti sa nekim od navedenih poremećaja nerijetko pate i od udruženih mentalnih oboljenja poput anksioznosti, depresije ili čak posttraumatskog stresnog poremećaja. Kliničku sliku osoba dodatno otežavaju nerazvijene socijalne vještine kao i poteškoće pri emocionalnom odgovaranju na vanjske podražaja, naročito u školskom okruženju. Stoga su ova djeca i adolescenti nerijetko socijalno izolirani i percipirani kao institucionalno nametnut teret od strane obrazovnih institucija koje nevjesto pokušavaju provoditi inkluzivnu nastavu. Stigma se ne zaustavlja samo na razrednim kolegama već nerijetko obuhvata roditelje druge djece te nastavno osoblje koje nema adekvatne mehanizme nošenja sa ovom uistinu izazovnom populacijom. Obećavajući tretmanski pristupi, u zavisnosti od stupnja poremećaja te komorbiditeta, pružaju uspješne do ograničene rezultate. Najpoznatiji takvi pristupi koji su stručnom osoblju trenutno na raspolaganju su obuka roditeljskog upravljanja, tretman kognitivnog rješavanja problema te multisistemska terapija. Pored navedenih, uspješno obučenom školskom osoblju su na raspolaganju i terapijske tehnike koje se provode u učionici poput *inkluzivne učionice* te terapija *roditeljskog poučavanja prijateljstvu*. Cilj ovog rada će biti opisati prirodu poremećaja ponašanja sa naglaskom na nerijetko zanemarene faktore emocionalne i socijalne prilagodbe djece sa poremećajem ponašanja (PP). Pregled dosadašnje literature i svojevrsni sažetak ponudit će i konkretne korake koje mogu poduzeti i stručni saradnici u školama (psiholozi, psihoterapeuti, pedagozi), nastavno osoblje te roditelji djece sa poremećajem ponašanja i roditelji njihovih vršnjaka.

Ključne riječi: poremećaj ponašanja, prilagodba, škola, tretman

1. Uvod

Poremećaj ponašanja (PP) definiše se kao repetitivni i perzistentni obrazac ponašanja kojim se krše osnovna prava drugih što između ostalog podrazumjeva agresiju, fizičke i verbalne povrede, vandaliziranje i uništavanje imovine, otuđivanje i sl. (Frick, 2006). PP obuhvata i ona ponašanja kojima se krše osnovne društvene norme prilagođenog odrastanja koje su, kako se to navodi u DSM 5 priručniku za mentalne poremećaje, razne vrste manipulacija i obmana, bježanje od kuće ili pak školski izostanci. Procenat djece koja ispunjavaju kriterij, u zavisnosti od definicije PP-a koju uzmemo u istraživanju, kreće se između 3% i 5% dječaka predadolescentske dobi te od 6% i 8% adolescentnih dječaka. Pri tome, kako pojedini autori navode (Loeber, 2000; Steiner, 1997) PP je mnogo češći kod dječaka nego kod djevojčica. Dakle se taj omjer u predadolescentskom dobu procjenjuje na 4:1 (dječaka više od devojčica) (prema nekim starijim istraživanjima i 5:1 (Steiner, 1997), a u pubertetu se taj procenat smanjuje na 2:1 u adolescenciji (Loeber, 2000). Osim poremećaja ponašanja, u skupinu srodnih poremećaja spada i poremećaj prkošenja i suprotstavljanja (eng. ODD - Oppositional defiant disorder) koji odlikuje prkošenje autoritetu u ranoj osnovnoškolskoj dobi (Hasanbegović-Anić i Zvizdić, 2021) te ćemo se ovim i drugim srodnim poremećajima iz spektra poremećaja ponašanja (npr. ADHD), posebno pozabaviti u ovom preglednom radu.

Pojam koji je potrebno operacionalizirati prije same rasprave o navedenim poremećajima jeste i sama prilagodba, u ovom slučaju, emocionalna i socijalna prilagodba u školskom kontekstu.

Emocionalnu prilagodbu djece i adolescenata mogu odlikovati kako adaptivni odgovori poput užitka pokazanog tokom učenja ili drugih školskih aktivnosti, ali i neadaptivni emocionalni odgovori, koji će nas u ovom radu nešto više zanimati, a samo neki od njih su osjećanje bespomoćnosti, straha i anksioznosti te nerijetko i svojevrсна dosada spram obrazovnog konteksta. Emocionalna prilagodba, kako navodi Dautbegović (2020), može se posmatrati kroz razini negativnih emocija koje pojedinac, u ovom slučaju dijete ili adolescent, doživljava tokom obrazovanja. Ono što se također naglašava u knjizi jeste da emocionalna prilagodba nužno obuhvata i fiziološki i psihološki aspekt funkcioniranja, a da je neuspjeh u školi klasični simptom narušene emocionalne prilagodbe. S obzirom da očigledno povećanje psihološkog stresa ne samo u školi već i u mnogo široj okolini možemo uzeti kao jedan od ključnih uzročnika otežane

emocionalne prilagodbe, rad na emocionalnoj inteligenciji djece i mladih, te samoregulacija, se zasigurno mogu uzeti kao postulati uspješne emocionalne prilagodbe (Dautbegović, 2020).

Podjednako važna, a u nekim slučajevima čak i važnija, jeste socijalna prilagodba djece u školi. Kao društveno biće, čovjek, pa tako i dijete, neminovno je izložen stalnim interakcijama sa drugim osobama u okolini. Onoj djeci koja još uvijek nisu savladala socijalne norme ili koja se teško prilagođavaju naučenim normama, zasigurno će trebati podrška i pomoć u tom procesu (Dautbegović, 2020). A kako navodi Osbourne (2013) vještina uspješnog suočavanja sa izazovima u socijalnim interakcijama, utvrđenim normama te etičkim i moralnim očekivanjima je ustvari definicija socijalne prilagodbe. Jedan od načina da se postigne pozitivan rezultat u socijalizaciji sve školske djece, a naročito onih učenika i učenica sa nekim od poremećaja ponašanja, jeste poticanje adekvatnih socijalnih odgovora kroz suradničko učenje čiji se potencijal, kako navodi Dautbegović (2020), iako očigledan, u velikoj mjeri zanemaruje u našem obrazovnom sistemu.

Iz svega prethodno spomenutog zaključak je da su poremećaji ponašanja zabrinjavajuća stanja za mentalno zdravlje iz više razloga, a dr. Frick navodi neke od njih u svome članku iz 2006-e godine. Prema Frick-u, prvi razlog je taj što djeca sa nekim od poremećaja ponašanja stvaraju poteškoće i probleme kada je u pitanju funkcionisanje porodica. Upravljanje njihovim ponašanjem, a naročito onim antisocijalnim dijelom njihovog spektra ponašanja je ogroman izazov, naročito za porodice koje i same nisu prošle ili ne prolaze kroz adekvatan, multidimenzionalan tretman (Kazadin, 1997). Drugi važan razlog je i odnos sa vršnjacima. Djeca sa poremećajem ponašanja mogu svojim vršnjacima nanijeti ozbiljne fizičke i emocionalne povrede, sa ozbiljnim posljedicama. Treći navedeni razlog je što je PP psihijatrijski poremećaj koji je snažno povezan sa delinkvencijom i ponašanjima koja su u najmanjoj mjeri nepoželjna, a kreću se i do onih ilegalnih. A kako to Vermeiren (2003) navodi, takva ponašanja mogu perzistirati kroz adolescenciju i nastaviti se u odrasloj dobi.

Širok je obim antisocijalnih ponašanja karakterističnih za PP a zavisi od mnogih faktora kao što su na primjer fekvencija, intenzitet i hronicitet, bez obzira da li su ta ponašanja dio nekog većeg sindroma udruženog sa drugim devijantnim ponašanjima ili su izloirani postupci. U svakom slučaju i prema procjeni od strane roditelja, učitelja i drugih odraslih posmatrača, ovakva ponašanja uzrokuju značajne poteškoće u funkcionisanju djeteta/adolescenta ali i njegove/njene okoline (Kazadin, 1997; Frick, 2012).

Ono što dodatno zabrinjava je i činjenica da su štetni utjecaji PP-a povezani i sa brojnim psihosocijalnim i emocionalnim poteškoćama pa i poremećajima. Pa su tako djeca i adolescenti sa PP-a oni koji nerijetko pokazuju visoke rezultate na mjerama neprijatnih emocionalnih stanja, poput anksioznosti i depresije.. Što se tiče poteškoća u socijalnoj prilagodbi, Frick (2006) tvrdi da su ova djeca i adolescenti u povećanom riziku da budu odbačeni od strane njihovih vršnjaka, izbačeni iz škole te su u većoj opasnosti od zloupotrebe supstanci. U pogledu razvojnih problema čije se posljedice najviše ispoljavaju u odrasloj dobi, Frick smatra da je veća vjerovatnoća da će u odrasloj dobi učiniti neko krivično djelo, suočiti se sa finansijskim problemima te imati nestabilne porodične odnose. A ne treba zanemariti ni razne probleme mentalnog zdravlja koji se nekada počinju ispoljavati tek u odrasloj dobi.

Mnogo je razloga zbog kojih je PP u žiži pažnje mnogih autora, a još neki od njih su činjenica da je u pitanju jedan od najčešćih razloga kliničko upućivanje u službe za liječenje djece i adolescenata. Također, PP ima relativno lošu dugoročnu prognozu i prenosi se generacijama (Kazadin, 1995). A kako to tvrdi dr. Kazadin u svome članku iz '97-e, budući da djeca s poremećajem ponašanja često prolaze kroz više socijalnih službi (npr. specijalno obrazovanje, mentalno zdravlje, maloljetničko pravosuđe), PP je jedan od „najskupljih“ mentalnih poremećaja u Sjedinjenim Državama.

S obzirom na navedene efekte psihosocijalnih, emotivnih, finansijskih i mnogih drugih poteškoća karakterističnih za PP, nije iznenađujuće što je poremećaj ponašanja najpodrobnije ispitana vrsta dječijeg psihopatološkog poremećaja. Stoga će se u okviru ovog preglednog rada nastojat odgovoriti na sljedeća istraživačka pitanja:

1. Što su to poremećaji ponašanja, kako se definišu i na koji način se ispoljavaju?
2. Koje posljedice neadekvatne socijalne prilagodbe trpe djeca i adolescenti sa poremećajima ponašanja?
3. Koje posljedice neadekvatne emocionalne prilagodbe trpe djeca i adolescenti sa poremećajima ponašanja?
4. Kakva je uloga škole, obrazovnog konteksta te nastavnog osoblja u ublažavanju i otklanjanju negativnih posljedica socijalne i emocionalne prilagodbe djece sa poremećajima ponašanja?
5. Koje su uspješne strategije prevencije pojavljivanja i ispoljavanja poremećaja ponašanja dostupne nastavnom osoblju?

2. Četiti modela interakcijskog razvoja delinkvencije

Vitaro i suradnici (1997) predlažu četiri modela po kojima se učenička delinkvencija može razvijati s obzirom na utjecaj njihovih prijatelja i razrednih kolega. Model vršnjačkog utjecaja, individualnih karakteristika, socijalnih interakcija te integrativni odnosno mješoviti model.

Prvi model pretpostavlja neophodnost prisustva devijantnih vršnjaka za razvoj delinkvencije te posljedično i nekog od navedenih poremećaja ponašanja iz spektra poremećaja ponašanja. U pogledu roditeljstva ovaj model pak pretpostavlja da neuspješno vođeno roditeljstvo i odgoj ustvari vode do poistovjećivanja djece sa vršnjacima koji se smatraju devijantnima, a u skladu sa teorijama socijalnog učenja i modeliranja, početak delinkventnog ponašanja se veže uz izloženost devijantnim vršnjacima što se kasnije nastavlja i podržava kroz interakcije zasnovane na pozitivnom potkrijepljenju. Pojedina su istraživanja (Elliot i sur., 1985; Elliot i sur. 1989., Simons i sur., 1994.) tako pokazala da delinkventni adolescenti počnu ispoljavati svoje neadekvatno ponašanje tek nakon interakcije sa delinkventnim vršnjacima.

Individualni model pak pretpostavlja da su lične odlike djeteta/adolescenta, koje nastaju naslijeđem ili ranim razvojem (neuspješnim roditeljstvom) one koje nezavisno vode u delinkvenciju, a potom i u interakciju sa devijantnim vršnjacima (Gottfredson i Hirschi, 1990). Cairns je sa svojim suradnicima (1988) pokazao kako sam proces biranja devijantnih vršnjaka sa kojima žele stvoriti prisniji odnos prati proces uzajamnog privlačenja. Dakle, djeca koja imaju veću toleranciju na devijantna ponašanja i stavove iz pozicije koje već data (odgojem i odrastanjem u porodici), biraju sebi slične prijatelje i poznanike. Ono što Cairns također navodi u svome članku je da takva djeca ne samo da su žrtve porodičnih međudnosa već da i sama svojim ponašanjem koje nije produkt roditeljstva, aktivno pridonose klimi agresivnosti i nasilja što u konačnici stvara beskonačnu petlju uzroka i posljedica.

Model socijalnih interakcija pak posmatra afilijaciju ka devijantnim vršnjacima kroz prizmu moderatorske varijable pa tako npr. Dishion (1990) posmatra devijantne prijatelje kao varijablu koja nije neophodna za razvoj delinkvencije ali smatra da devijantna djeca aktivno traže kontekst (društvo) u kojem će njihovo ponašanje biti adekvatno prihvaćeno. U konačnici, mladi sa antisocijalnim sklonostima će, prema ovom autoru, u kontaktu sa devijantim vršnjacima postati i sami još više devijantni i antisocijalni. Afilijacija u ovom slučaju služi dakle kao katalizator ili

pojačivač, odnosno kako je to prethodno navedeno, moderator antisocijalnog ponašanja i kasnije delinkvencije. Ono što autor također navodi je da vodeći se postulatima ovog modela, djeca sa visokim rizikom od razvijanja delinkvencije mogu razviti takve oblike ponašanja i bez afilijacije sa već spomenutim skupinama vršnjaka. Dishion je u narednim istraživanjima (1995) predložio termin prema kojem se djeca antisocijalnih karakteristika skupljaju i međusobno socijaliziraju a rezultat toga biva povećan nivo delinkvencije. Iako Dishion dijeli mišljenje i sa drugim autorima koji ne negiraju utjecaj obostranih, i bioloških i okolinskih faktora, razlika se pojavljuje kada se pokuša pretpostaviti „šta je starije“. Prema ovoj teoriji, odnosno modelu, dječija urođena agresivnost je ipak kamen temeljac za kasnije razvijanje delinkvencije odnosno nekog od poremećaja iz spektra poremećaja ponašanja.

I posljednji model predložen u Vitriovom članku jeste mješoviti model koji na svojevrsan način obuhvata sve prethodne te nudi alternativno mišljenje koje naizgled uvažava ulogu i jednih i drugih faktora, s tim da se čini kako naglasak ipak stavlja na biološku, odnosno nasljednu osnovicu koja je u korijenu poremećaja ponašanja. Ovaj model dakle predlaže da visoko agresivna djeca koja prema modelu odgovaraju Moffitovoj (1993) djeci sa ranom pojavom i razvojem delinkvencije, postaju rani delinkventi usljed svojih ličnih predispozicija ka agresivnom i devijantnom ponašanju. Kod ove grupe djece devijantni vršnjaci pak mogu dodatno potaknuti delinkventne tendencije. Za razliku od ove djece, u grupi koju Vitro karakteriše kao umjereno nestabilna i agresivna djeca i koja se mogu povezati sa Moffitovom kategorizacijom pri čemu ista ta djeca jesu ona sa kasnim početkom ispoljavanja agresije, izloženost devijantnim vršnjacima će biti neophodna za razvitak poremećaja ponašanja.

Ono što Vitro također ističe kada iznosi argumente za mješoviti model je zamjerka spram prethodnih istraživanja koja su pretpostavljala neupitan utjecaj vršnjaka pa navodi kako su takve studije za ispitanike uglavnom uzimale djecu, odnosno adolescente, koje karakteriše kasni početak ispoljavanja poremećaja ponašanja. Zbog tog metodološkog nedostatka se moglo pretpostaviti da je utjecaj vršnjaka u svim razvojnim skupinama djece sa poremećajem ponašanja glavni uzročnik delinkvencije.

3. Simptomi poremećaja u ponašanju (DSM i IDC)

Prema trenutačnoj konceptualizaciji, PP je skoro sasvim sigurno heterogen. Oba priručnika za mentalne poremećaje, i IDC (*eng.* The International Classification of Diseases) i DSM (*eng.* Diagnostic and Statistical Manual) obuhvataju širok raspon ponašanja, koja nastaju u različitim godinama i pokazuju različite obrasce povezanosti sa problemima koji obuhvataju i komorbidne poremećaje. U osnovu ponašanja različitih grupa populacije osoba, prvenstveno djece, sa PP-om, mogu se nalaziti sasvim različiti mehanizmi uzrokovanja i djelovanja poremećaja. A kako to navode autori iz Britanije, Hill i Maughan (2001) u svojoj knjizi u kojoj detaljno opisuju cjelokupan poremećaj, ključni izazov leži u heterogenosti te 'rašćlanjivanju' na načine koji mogu osigurati stvarni napredak u kako kliničku praksu tako i etiološko razumijevanje.

Činovi fizičke agresije koji su izolovani kao npr. uništavanja imovine, podmetanja požara ili krađe dovoljno su teški da sami po sebi opravdavaju zabrinutost i pažnju. Iako se ova ponašanja mogu pojaviti izolovano, neka od njih će najvjerojatnije pojaviti u konstelacijama sa drugim ponašanjima ili sindromom te će tako činiti osnovu kliničke dijagnoze (Abikoff, 1992; Kazadin, 1997; Hill, 2001; Frick, 2006). A kako navodi Winther (2014) koegzistirajuća stanja mogu uključivati i jezičke barijere, poteškoće u učenju, ADHD, poremećaje raspoloženja i druge.

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-V), dijagnoza poremećaja ponašanja se uspostavlja ako dijete pokaže najmanje 3 od 15 simptoma u posljednjih 12 mjeseci, s najmanje jednim simptomom uočenim u posljednjih 6 mjeseci. Simptomi uključuju: maltretiranje drugih, iniciranje tuče, korištenje oružja, fizička okrutnost prema drugima ili životinjama, krađu sa suočavanjem sa žrtvom, podmetanje požara, uništavanje imovine, provaljivanje u tuđu imovinu, nedozvoljen kasni boravak izvan kuće, bježanje, laganje i školski izostanci.

4. Uzročnici i rizični faktori

Frick (2006) detaljno navodi: „Faktori rizika uključuju biološke (npr. neurohemijske i autonomne nepravilnosti), kognitivne (npr. deficiti u izvršnom funkcionisanju), emocionalne (npr. loša emocionalna regulacija), ličnost (npr. impulsivnost), porodične (npr. neefikasna disciplina),

vršnjake (npr. povezanost sa devijantnim vršnjacima) i faktori rizika iz susjedstva (npr. visoki nivoi izloženosti nasilju)“.

Iz navedenog se može jasno zaključiti da PP uzrokuju razni faktori od kojih se ni oni nasljedni niti oni okoline ne mogu isključiti iz jednačine. Ono što predstavlja dodatni problem pri interpretaciji te dijagnostici jeste i interakcija ovih efekata ali i faktori rezilijencije koji se ne smiju izostaviti.

Maughan i Hill (2001) poručuju da je u današnje vrijeme sve više dokaza da su događaji u ranom razvoju povezani s perzistirajućim problemima u ponašanju. Stoga je od ključne važnosti razumijevanje faktora koji utiču na rani razvoj mozga. Povezanost temperamentalne karakteristike koja bi se mogla nazvati „nedostatak kontrole“ a za koju autori kažu da se ispoljava u dobi od 3 godine s vjerovatnoćom nasilnih osuda u dobi od 18 godina, sugerira na ranjivost neuronskih sistema. Identifikacija tih ranih uzroka izmijenjenih moždanih funkcija koje bi mogli doprinijeti problemima ponašanja zahtijeva razumijevanje razvoja normalnih struktura te je primat pri razumijevanju razvoja poremećaja. S vremenom postaje jasnije da je mladi mozak dinamična struktura u kojoj postoje oscilacije razvoja, ili kako to navodi Hill, „trzaji i platoi“ na koje utječe složena međusobna igra i interakcijski odnosi genetskih i okolinskih utjecaja. Na bilo koji od bioloških ili socijalnih faktora rizika vjerovatno će utjecati prethodna ranjivost djeteta na rizične faktore, tajming odnosno prisutnost rizičnih faktora u rizičnim periodima odrastanja te aditivni ili interakcijski efekti ostalih faktora rizika ili zaštite. Također je važno spomenuti da neki utjecaji na nervne sisteme imaju prolazne efekte, dok su drugi trajniji, neki su reverzibilni i popravljivi a neki su pak trajni.

PP je povezan sa nepovoljnim životnim uslovima kao što su velika porodica, prenaseljenost odnosno prenatrpanost kućnog prostora, loš smještaj i loše okruženje u školi (Kazadin, 1997).

Prema Steineru (1997) faktori rizika i otpornosti počinju djelovati perinatalno i utjecajni su kroz cjelokupan razvoj. Steiner također smatra da su prvi okolinski faktori koji počinju sa djelovanjem već u ranoj dobi oni faktori vezani za okolinske prilike kao što su loša socio-ekonomska situacija, psihosocijalna toksičnost i nedostatak podržavajuće strukture porodice ali i zajednice. Neadekvatnost prenatalne i perinatalne zdravstvene zaštite utiče na razvoj dodatnog rizika, kao što je oštećenje CNS-a. U ranom životu, temperament a naročito onaj težak, nediferencirana ili aknsiozna privrženost i rano/adolescentsko roditeljstvo, imaju važan utjecaj na pojavu i razvoj PP-a. Uloga roditeljstva je važna kroz godine školskog uzrasta, ali izgleda da opada od sredine

adolescencije. Unutrašnje psihološke strukture se razvijaju i postaju važnije za samoregulaciju od roditeljstva. Pa tako, vršnjački odnosi dobijaju na značaju tokom školskih godina i dostižu vrhunac u adolescenciji. Važne veze i relacije počinju uključivati intimne partnere, što predstavlja prostor za nove mogućnosti pozitivne, ali ili negativne promjene. Sposobnost i pružena mogućnost da se radi u akademskom i stručnom okruženju te da se na odgovarajući način nosi sa autoritetima počinje da raste na važnosti i dostiže vrhunac tokom kasne adolescencije.

5. Širi spektar disfunkcionalnosti

Savršeno je jasno da se agresivno ponašanje kod muškaraca pozitivnim potkrijepljenjem i odobravanjem od strane okoline, nagrađuju od pamtivijeka. Međutim, agresija kod svih vrsta koje su proučavane je visoko kontrolirana razvojnim i društvenim stimulansima (Cairns i surr, 1989). Isto važi i za ljude. Mnoga ponašanja navedena u DSM-IV kao kriterijimi za PP, iz historijske perspektive se mogu smatrati patološkim ili prihvatljivim ovisno o okolnostima u kojima se izvode. Tuče, korištenje oružja, prijetnje ili druge vrste okrutnosti će biti sankcionirani, ako se ne zahtijeva kao što je to npr. u vrijeme rata; ubijanje životinja koje nisu potrebne za hranu je popularan hobi iako kritikovan od strane zaštitnika životinja a namjerno uništavanje imovine je čak profesija. Problemi nastaju onda kada djeca ne nauče ili ne primjenjuju pravila o odgovarajućim okolnostima za korištenje agresije (Hill, 2001).

Kako to kaže Kazadin (1997) u svome članku: „Ako bi se uzeli u obzir samo simptomi poremećaja ponašanja i postojanost oštećenja, izazov identificiranja djelotvornih tretmana bio bi dovoljno velik. Međutim, prisutne karakteristike djece i njihovih porodica obično pokreću niz drugih razmatranja koja su ključna za liječenje.“ Iz prethodnog poglavlja jasno je da je spektar disfunkcionalnosti, rizičnih i zaštitnih faktora ogroman do nesaglediv. Zadatak dijagnostičara je stoga izuzetno težak ali i važan u 'odmotavanju klupka' svih mogućih efekata.

Kazadin (1997), kao i ostali autori tvrdi da dječije karakteristike djece koja ispunjavaju kriterije za PP vjerovatno ispunjavaju kriterije i za druge poremećaje. Najčešće su to dijagnoze koje uključuju disruptivno ili eksternalizirajuće ponašanje (poremećaj prkošenja ili ODD (*eng. Opposing defiant disorder*) te poremećaj pažnje/hiperaktivnosti ili ADHD. Prema podacima Hinshawa iz 1993. među djecom i mladima upućenim na klinički tretman, a koji ispunjavaju kriterije za PP, 84-96 % također ispunjava istovremene dijagnostičke kriterije za poremećaj

prkošenja. Ono što je konsenzus između velike većine autora je da djeca s poremećajem ponašanja također imaju veliku vjerovatno pokazivanja poteškoća u akademskom kontekstu. Ti nedostaci se ogledaju u nivou postignuća, ocjenama ili zaostajanju u školi. Vrlo karakteristično za mlade sa PP-a su loši međuljudski odnosi, što se ogleda u smanjenim socijalnih vještinama u odnosu na vršnjake i odrasle te češćim odbacivanjem od strane vršnjaka. Spocificični nedostaci u okviru kognitivnih vještinama rješavanja problema najčešće su pripisivanje neprijateljske namjere drugima, ljutnja i sumnjičavost.

Što se tiče roditeljskog ponašanja, kriminalno ophođenje i alkoholizam su dvije dominantne i dosljedne roditeljske karakteristike koje pokazano utječu na razvoj PP kod djece. Roditeljske disciplinske prakse i stavovi, posebno oštre, opuštene, nestalne i nedosljedne disciplinske prakse, karakteriziraju roditelje ove djece. Evidentni su i disfunkcionalni roditeljski odnosi, koji se očituju u manjem prihvatanju svoje djece, manjku topline, privrženosti i emocionalne podrške. Prisutna je i nepodržavajuća i defanzivnija komunikacija među članovima porodice, manje učešće u porodičnim aktivnostima i dominacija jednog člana porodice. Osim toga, nesretni bračni odnosi, međuljudski sukobi i agresija karakteriziraju roditeljske odnose asocijalne djece. Loš roditeljski nadzor i praćenje/uhođenje djeteta, u svakom trenutku poznavanje mjesta boravka i drugi slični obrasci ponašanja roditelja također su povezani sa PP-om (Kazadin, 1997).

6. Tipologija poremećaja

Istraživanja su dosljedno dokumentirala da neka djeca s PP-om počinju pokazivati blage probleme u ponašanju već u predškolskoj ili ranoj osnovnoj školi. Ono što kod te grupe djece dodatno zabrinjava je da njihovi problemi u ponašanju imaju tendenciju povećanja učestalosti i ozbiljnosti za vrijeme djetinjstva i adolescencije, a Frick (2006) u istom članku navodi kako su takvi obrasci ponašanja stabilni i do odrasle dobi. Postoji i druga grupa mladih sa PP-om koji ne pokazuju značajne probleme u ponašanju tokom djetinjstva i predadolescentske dobi, ali počinju pokazivati značajno antisocijalno i delinkventno ponašanje koje se poklapa s početkom adolescencije (Frick, 2006). Navedene kategorije Frick jasno razlikuje i postulira da sam PP nije potpuno homogen poremećaj već da postoje različite grupe djece koje se razlikuju prema razvojnom početku ispoljavanja poremećaja.

Moffitt (1993) je predložio teoretsko objašnjenje po kojem djeca u grupi s početkom u djetinjstvu razvijaju svoje problematično ponašanje kroz transakcijski proces. U tom procesu u kojem teško i vulnerabilno dijete, Moffitt navodi primjer impulsivnog djeteta sa verbalnim deficitima, doživljava neadekvatno okruženje za odgoj (npr. loš roditeljski nadzor, škole lošeg kvaliteta). Ovakav disfunkcionalni proces narušava socijalizaciju djeteta, što rezultira trajnom ranjivošću koja može negativno utjecati na psihosocijalnu prilagodbu kroz više razvojnih faza.

Nasuprot tome, podaci ukazuju da djeca u grupi s početkom PP-a u adolescenatskoj dobi pokazuju preuveličavanje normativnog procesa adolescentnog bunta odnosno pobunjeničtva. Ono što literatura jasno pokazuje je da je određeni nivo buntovnosti prema roditeljima i/ili drugim autoritetima normalan u adolescenciji i dio je procesa kojim adolescent počinje razvijati svoj autonomni osjećaj sebe i svog jedinstvenog identiteta. Ova grupa mladih se razlikuje samo u frekvenciji pojavljivanja i ozbiljnosti takvog ponašanja (Moffitt, 1993).

6.1. Grupa bezosjećajno-neemocionalnih

Frick se ipak nije zaustavio na toj podjeli već je kroz prethodna istraživanja i rad sa ovim uzorkom izdvojio i još jednu osobinu oko koje je postulirao čitavu novu podgrupu djece sa PP-om. Odnosno, ovu grupu djece Frick (2006) izdvaja iz grupe djece sa ranim početkom ispoljavanja PP. Tu grupu naziva Bezosjećajno/beščutno-Neemocionalni (BN) (*eng.* Callous-unemotional ili CU). U prethodnim ispitivanjima koja su provedena na raznim uzorcima, između ostalih i na zatvorenicima, pokazalo se da grupa podosobina koje čine bezosjećajno-neemocionalnu označavaju grupu odraslih zatvorenika koji pokazuju ozbiljniji i nasilniji obrazac antisocijalnog ponašanja. Ono što je važno istaknuti je da osobe sa psihopatskim osobinama također pokazuju različite kognitivne, emocionalne i neurološke deficite koji impliciraju različite uzročne procese u razvoju antisocijalnog ponašanja. Faktori koji odlikuju ovu populaciju izdvojeni su u članku već više puta citiranog autora, Paula Fricka koji je veći dio svog životnog opusa posvetio upravo ovim istraživanju djece i adolescenata sa ovim poremećajem. Ovo su samo neke od podosobina takve djece, opisane *checklistom* upitničkih odgovora : ne osjeća se loše ili krivim, ne pokazuje emocije, ne brine se za osjećaje drugih, ne brine se za školski zadatak, ne drži obećanja i ne zadržava iste prijatelje. Ove dimenzije su označene punim nazivom kao bezosjećajno-neemocionalne (BN), narcističke i impulsivne osobine (Frick, 2006; Frick, 2004).

Općenito, ove studije su dosljedno pokazale da su BN osobine povezane sa ozbiljnijim obrascima antisocijalnog ponašanja u forenzičkim uzorcima, uzorcima upućenim na kliniku i uzorcima iz zajednice. Ono što na više mjesta Frick ukazuje je da su ove osobine povezane s ranim početkom antisocijalnog ponašanja, što podržava tvrdnju da one označavaju posebno tešku grupu mladih unutar kategorije s početkom u djetinjstvu. (Frick, 2006). Ta su djeca također lošiju reakciju na liječenje od druge djece s problemima u ponašanju (djece sa početkom u djetinjstvu bez BN osobina i djece sa početkom u adolescentskoj dobi).

Opisujući ovu podgrupu djece a koristeći se podacima iz svojih članaka iz prethodnih godina, Frick (2006) kaže da su: „Djeca s problemima u ponašanju i BN osobinama, ona djeca koja pokazuju sklonost prema novim, uzbudljivim i opasnim aktivnostima i imaju niže rezultate u mjerama anksioznosti i neuroticizma od druge djece s ekvivalentnim nivoima problema u ponašanju. Djeca i adolescentis poremećajem ponašanja i bezosjećajno-neemocionalnim osobinama pokazuju deficite u učenju pasivnog izbjegavanja (tj. sposobnost inhibiranja ponašanja koje bi inače rezultiralo kaznom), a ovi su deficiti posebno evidentni na zadacima u kojima je pripremljen skup odgovora orijentiran na nagradu. Odnosno, na kompjuterskim zadacima u kojima odgovaranje u početku dovodi do visoke stope nagrada, ali kasnije dovodi do visoke stope kažnjavanja (npr. gubitak bodova), djeca s problemima u ponašanju i BN osobinama duže odgovaraju uprkos sve većoj stopi kažnjavanja. Čini se da djeca sa BN osobinama i problemima u ponašanju manje reaguju na prijeteće i emocionalno uznemirujuće podražaje od drugih asocijalnih mladih koji koriste niz različitih metodologija.“

U daljnjem opisu ove podgrupe djece sa PP, Frick (2006) također govori kako su to djeca sklona novim i opasnim aktivnostima i oni koji imaju nedostatak emocionalne reakcije na negativan emocionalni sadržaj iz okoline. Sve su ovo opisi koji sukladno na karakteristike djece koja pripadaju grupi sa bezosjećajno-neemocionalnim osobinama. Navedene činjenice su u skladu s temperamentnim stilom koji je na različite načine označavan kao niska bojažljivost niska inhibicija u ponašanju, nezainteresovanost spram izbjegavanje očigledne štete ili visoka smjelost. Ova veza je u skladu sa razvojnim teorijama koje postuliraju da je moralna socijalizacija i internalizacija normi (roditeljskih i društvenih) dijelom zavisna od negativnog uzbuđenja izazvanog potencijalnom kaznom za loše ponašanje. Osjećaj krivice i anksioznosti koji su u direktnoj vezi sa stvarnim ili očekivanim nedjelom, mogu biti oslabljeni ako dijete ima temperament kojim je

ublaženo negativno uzbuđenje na znakove kazne. Za usporedbu, djeca sa poremećajem ponašanja ali u grupi sa niskim BN osobinama, pokazala su je povećan nivo reaktivnosti na uznemirujući sadržaj (npr. dijete u bolu ili povrijeđenu životinju što se koristilo u jednom od prethodnih istraživanja), dok su djece u dobi između 6 i 13 godina s problemima u ponašanju i BN osobinama pokazala smanjenu reaktivnost na iste podražaje (Frick, 2006).

Od iznimnog je značaja svaki od prethodno navedenih podataka jer jasno pokazuje da različite podgrupe djece sa PP nije moguće tretirati na isti način niti tim tretmanom očekivati željene rezultate.

7. Poteškoće u emocionalnoj prilagodbi

Disregulacija emocija, naročito onih negativnih te nerijetko emocija čije se djelovanje prelijeva u ponašanje koje djeca sa poremećajima ponašanja nerijetko prijavljuju ka van, odnosno u okolinu, jedan je od osnovnih problema sa kojima se susreću svi akteri uključeni u interakciju sa ovom djecom. Česti izljevaji ljutnje, verbalna i fizička agresija, suprotstavljanje autoritetu te sklonost konfliktima samo su neke od manifestacija ovih poremećaja. A kako su emocije, odnosno njihova neadekvatna regulacija, korijenski početak ovih problema, njima ćemo se prvenstveno i pozabaviti u ovom dijelu rada.

Vigaro (1997) predlaže 2 generalna faktora emocija koja su povezana sa antisocijalnim ponašanjem. Neadekvatna pobuđenost i emotivna reaktivnost. Pa tako kada priča o prvom od navedenih, taj faktor razlaže na traženje senzacija te ponašanja preuzimanja rizika. O traženju senzacija odnosno uzbuđenja, govori i Raine (1993) gdje pokazuje da je taj faktor povezan i sa fiziološki sniženom povišenom pragu uzbuđenja kojeg karakterišu smanjen srčani ritam te galvanski odgovor kože. Što se tiče drugog navedenog faktora vezanog za emocije, regulacije a naročito negativnih emocija, veliki broj istraživanja se zanimao vezom između fizičkog nasilja prvenstveno u primarnoj porodici i potonjih problema sa regulacijom emocija, a naročito ljutnje (Dodge, 1995, Kimonis, 2006).

Pregled nešto recentnijih istraživanja, kao naprimjer onog M. Cavanagh i suradnika (2014) također pruža interesantne podatke o poremećaju prkošenja. Koristeći se online upitnikom koji su ispunjavali roditelji i nastavno osoblje ovi istraživači prikupili su blizu 10 hiljada odgovora.

Analizom odgovora predložili su hipotezu prema kojoj se za razliku od poremećaja ponašanja (koji pogađa nešto stariju populaciju djece i adolescenata), poremećaj prkošenja može dovesti u mnogo snažniju vezu sa emocionalnom disregulacijom. Kod PP su pak karakterističniji simptomi same bihevioralne disregulacije. Emocionalna disregulacija se, između ostalih faktora u njihovom istraživanju, opisuje pojmovima poput snažne sklonost ka frustracijama, ekscesivnoj emocionalnosti, nestabilnim odnosima sa drugima te iritabilnosti

Dosadašnja istraživanja pokazala su različitost bihevioralnih odgovora pa tako već u istraživanjima Fricka iz 1993. se spominje distinkcija na otvorena i prikrivena ponašanja, a drugi istraživači su agresivne odgovore također podijelili na one proaktivne i reaktivne prirode (Dodge i Coie, 1987; Kimonis, 2006; Brown i sur., 1996).

Reaktivna agresija pri tome se odnosi na odgovore koji su uslijedili nakon vanjske provokacije koja je protumačena hostilnom. Ovakvi bihevioralni odgovori uglavnom su ispraćeni značajnim izljevima ljutnje. S druge strane, proaktivna agresija je ona koja ima svrhu pribavljanja vlastitog dobra i nužno ne posjeduje emotivni odgovor već je prosto usmjerena ka stjecanju dominacije ili lične dobiti. Nalaz do kojeg su Dodge i Coie (1987) došli je da iako je većina dječaka iz njihovog istraživanja, okarakterisanih agresivnim od strane njihovih vršnjaka zaista posjedovala obje vrste agresivnih ispada (proaktivnih i reaktivnih), pojedini dječaci su ipak pokazivali isključivo paterne proaktivne agresije. Također, neki dječaci iz istraživanja su okarakterisani kao isključivo reaktivni.

S obzirom da su ovakvi emocionalni ispadi lako uočljivi i jednostavni za opažati i ispitati, mnogi bi se mogli lako usmjeriti isključivo na ovakve agresivne odgovore koji su prema Frickovoj podjeli oni otvorene prirode. Ne smiju se zanemariti ni emotivni problemi i ponašanja koja su prikrivena. Ponašanja poput laganja i varanja. Djeca i maloljetnici mogu se koristiti lažima kako bi izbjegli otkrivanje i potonje negativne posljedice kazni. S druge strane, proaktivno laganje i prevare koriste se uglavnom za stjecanje novca, dobara te usluga (Frick, 1993).

Na ovom mjestu bilo bi važno spomenuti i skupinu djece koja posjeduju bezosjećane tendencije odnosno psihopatske osobine ličnosti što također utječe kako na njihovo (ne)doživljavanje emocija, tako i na odgovor iz okoline. Kao što je već prethodno i spomenuto, djeca i adolescenti sa psihopatskim osobinama (BN) spadaju u grupu onih sa težim oblicima agresije i antisocijalnih sklonosti. Njihovo ponašanje, kako to navodi Kimonis (2006), manje je pod utjecajem disfunkcionalnog roditeljstva, a više je povezano sa ličnom sklonošću za traženje uzbuđenja i

avanturističkih aktivnosti, dominantnim odgovorima na nagradu te deficitima u procesiranju negativnih stimulusa. Ovakva djeca upravo zbog tog nedostatka u procesiranju negativnih emocija imati veću toleranciju na iste pa će, na primjer, imati manje zaprepašćenje na stimulse koji prikazuju napade, sakaćenja i izravne prijetnje za život, za razliku od djece koja nemaju psihopatske osobine (Patrick, 1994). Patrick također pojašnjava da osim toga, antisocijalna djeca pokazuju i poteškoće u prepoznavanju tužnih i uplašeni facijalnih ekspresija te tonova glasa iste emotivne valencije, smanjenu pažnju za riječi negativne emotivne konotacije te smanjen autonomni odgovor na uznemiravajuće i opasne slikovite prikaze. Za razliku od njih, kako tvrdi Kimonis (2006), antisocijalna djeca bez psihopatskih sklonosti su pokazala potpuno drugačiji emotivni odgovor na ovakve stimulse što sugerira na različite obrasce procesiranja emocija za ove dvije skupine djece koje su okarakterisane kao antisocijalne.

Iz svega navedenog može se izvući zaključak da u skupini antisocijalne djece i adolescenata postoje različite podgrupe koje posjeduju drugačiju emocionalnu prilagodbu te im se prema tome treba drugačije i pristupati pri kreiranju strategija za njihovu uspješniju emocionalnu prilagodbu ne samo na školski već i cjelokupni životni kontekst.

7.1. Komorbiditet/udruženost drugih poremećaja sa poremećajima ponašanja

Istovremeno ispoljavanje simptoma više mentalnih poremećaja je česta pojava a povezana je sa povećanjem negativnih posljedica oboljenja te smanjenoj prijemčljivosti na tretman. Velika većina istraživanja koja su se bavila upravo temom komorbiditeta usmjerena su na eksternalizirajuće poremećaje kao što su poremećaju deficita pažnje, a u najvećoj mjeri ka povezanosti ADHD-a i poremećaja ponašanja. Kako to navodi Polier (2011), mnogo manji broj istraživanja pozabavio se internalizirajućim komorbidnim poremećajima sa poremećajem ponašanja. Ipak, studije koje su ispitale neka od mentalnih oboljenja kao što je veliki depresivni poremećaj, pokazala su uzajamno pojavljivanje ovih dvaju poremećaja u omjeru od 8,5 do čak 45,5% slučajeva (Polier, 2011). Veći procenti su pokazani kod kliničkih populacija. Longitudinalne studije poput one Capaldijeve iz 1991. ili Ingoldsbya i sur iz 2006. jasno pokazuju da upareni sa poremećajima ponašanja, poremećaji raspoloženja pokazuju visoke stope stabilnosti i održavanja. Također, uz ove poremećaje karakteristična pojava je smanjeno akademsko postignuće te niske društvene kompetencije (Capaldi, 1991; Ingoldsby, 2006).

Brojna druga istraživanja su pokazala prisustvo mnogih drugih mentalnih poremećaja koji se uzajamno pojavljuju sa poremećajima ponašanja i poremećajima suprotstavljanja. Poremećaji poput anksioznosti (Cunningham, 2010; Ollendick, 1999), bipolarnog poremećaja (Masi, 2008) te čak PTSD-a (Bernhard, 2016) samo su neki od njih. Komorbiditet u vrlo rijetkim slučajevima pozitivno doprinosi dijagnosticiranju i tretmanu bilo kojeg od primarnih poremećaja koji se pronađe kod djeteta ili adolescenta. Upareni poremećaji u najvećoj mjeri otežavaju stanje, ali također pružaju i priliku da se uspješnim saniranjem komorbidnog poremećaja opravda očekivanje poboljšanja u pogledu poremećaja ponašanja. Prisustvo bilo kojeg od navedenih komorbidnih oboljenja uzrokuje otežanu ponašajnu, akademsku, socijalnu te emocionalnu prilagodbu (Hasanbegović-Anić i Zvizdić, 2021).

U nastavku ćemo izložiti neka od najčešćih mentalnih oboljenja za koja se pokazalo da konzistentno prate poremećaj ponašanja, pružiti važne implikacije za buduća istraživanja ali i smjernice pri provedbi tretmana i tehnika suzbijanja negativnih posljedica kako u školi tako i u drugim životnim kontekstima.

7.1.1. Depresija

Kao jedan od najčešćih internaliziranih mentalnih poremećaja koji prate poremećaje ponašanja, depresija je mentalno stanje koje u velikoj mjeri otežava emocionalnu prilagodbu ove djece i adolescenata. Reinecke (1995) navodi kako pored poremećaja ponašanja koje se u populaciji djece pojavljuje u 3 do 8% slučajeva i koji važe za najčešće mentalne poremećaje kod djece, depresija se javlja u tek nešto manjih procentima (1-6%), s tim da to predstavlja rezultate dobivene u adolescentskoj dobi.

Djecu i adolescente će roditelji, nastavnici ili stručno osoblje škole nerijetko uputiti na tretman zbog eksternaliziranih problema u ponašanju. Sama činjenica da ovi problemi vrlo izravno i bez prikrivanja izlaze na vidjelo, a pri tome negativno utječu na okolinu (svađe, tuče, ometanje nastave i discipline u razredu) je dovoljan razlog za upućivanje djece onim osobama i institucijama koje se bave tretmanom dječijeg ponašanja. Ipak, poažljivo ispitivanje od strane stručnog terapijskog osoblja nerijetko otkrije simptome internaliziranih poremećaja poput disforije, anksioznosti, raznih vrsta frustracija te smanjenog samopouzdanja. Krovno oboljenje za većinu spomenutih

poremećaja je naravno depresija koja se čak desetljećima unazad istinskim oboljenjem ove djece dok su, kako to navodi Glaser (1967), poremećaji ponašanja ustvari samo vrlo uvjerljiva persona odnosno maska. Kako se čini, da li svjesno ili ne, djeca sa poremećajem ponašanja, u nekim slučajevima, svojim delinkventnim ispadima i disruptivnim ponašanjem kao da nastoje usmjeriti pažnju dalje od stvarnih, ukorijenjenih mentalnih oboljenja (Reinecke, 1995). Brojne studije (Angold i Costello, 1992; Capaldi, 1991, Polier, 2011) od kojih pojedine i epidemiološke (Kashani i sur, 1987; Bird, 1988), pokazale su da se ovi emotivni problemi i u kliničkoj i u nekliničkoj populaciji uzajamno pojavljuju mnogo češće nego što bi se to očekivalo po slučaju.

Ovdje ne treba zanemariti ni hipotezu do kojeg su došli Petterson i Capaldi (1990) gdje navode da su antisocijalni dječaci ranjivi na razvoj depresivnih simptoma zbog toga što njihovo antisocijalno ponašanje interferira sa razvojem nekih životno važnih vještina. Neke od njih su očekivano socijalne, odnosno odnos sa vršnjacima ali ovi istraživači ne zanemaruju ni negativan utjecaj delinkvencije na akademske vještine. Capaldi (1991), referirajući se na pronalazke Shaffera iz 1974. iznosi važan podatak zbog čega je populacija mladih adolescenata, a naročito muškaraca, od velike važnosti za istraživanje upravo na temu depresije. Kako ona navodi, upravo u ovoj dobi od otprilike 12 godina, značajno se povećava rizik od suicida. Shaffer također smatra da su simptomi i depresije i antisocijalnog ponašanja uobičajeni u populaciji suicidalne djece i adolescenata a da jedan od uzročnika mogu biti posljedice antisocijalnog ponašanja na socijalne aspekte kao što su loši odnosi sa roditeljima, suspenzije u školi te u nekim slučajevima policijska hapšenja.

Važnost ovih i sličnih pronalazaka je ogromna, a prvenstveno se ogleda u implikacijama za tretman. Ono što se naizgled može zaključiti jeste da depresivna djeca i adolescenti sa komorbidnim psihijatrijskim oboljenjem imaju povećan rizik od ponovne depresivne epizode, reaguju lošije na farmakoterapiju te pokazuju niske razine socijalnih vještina nego djeca bez uzajamnog poremećaja (Reinecke, 1995). Direktnu implikaciju nudi Puig-Antich (1982) koji je u svome istraživanju pokazao uspješne rezultate tretmanom tricikličnim antidepresivima na komorbidni poremećaj ponašanja. Ovaj nalaz implicira da bi poremećaje ponašanja uparene sa depresijom možda trebalo tretirati na način da se prvo pozabavimo simptomima depresije (Reinecke, 1995).

Ovdje bi se trebali dotaći i kognitivnih problema čime bismo i emotivnu prilagodbu jednostavnije razumjeli. Ono što dosadašnje studije pokazuju jeste da djeca sa poremećajem ponašanja pokazuju nekolicinu kognitivno-bihevioralnih deficita povezanih sa agresijom, a to su prvenstveno pogrešno atribuiranje negativnih namjera u nejasnim socijalnim situacijama, pogrešna uvjerenja o korisnosti agresije te poteškoće u rješavanju problema. Osim ovih, dodatne karakteristike agresivnih adolescenata su definisanje problema kao prijetnji, prijemčljivost na opasne ciljeve, otklon ka traženju dodatnih informacija u problematičnim situacijama te očekivanje manje negativnih posljedica za vlastito agresivno ponašanje. Ili kako to Lochman (1987) opisuje: „Agresivni dječaci su skloniji minimaliziranju ozbiljnosti vlastitih agresivnih ispada u konfliktima dok su također skloni prenaplašavanju agresije kod drugih i usmjerenost na konflikt“.

Integrativni model koji predlaže Reinecke pretpostavlja uspješan okvir za posmatranje problema komorbiditeta poremećaja ponašanja i depresivnog poremećaja. Djeca i adolescenti koji pate od oba poremećaja vrlo često su žrtve niskom samopoštovanja, smanjenih socijalnih vještina, loših vještina rješavanja problema ali također i izolacije. Ono što je također pokazano kroz niz istraživanja jesu poteškoće oko regulacije emocija. Važne razlike su pokazane između ove populacije djece i djece prosječnog razvoja u lakoći sa kojom se ova djeca nose sa emocijama i koliko uspješno ih kontrolišu kada negativne emocije budu pobuđene. Vještine regulacije emocija koje su važna komponenta emocionalnog razvoja djece obuhvataju ponašajni pristup ili izjegavanje emocije, promjene u pažnji, samoumirivanj, traženje podrške te tumačenje stresnih događaja. Ono što karakteriše oba poremećaja, poremećaj ponašanja i depresiju, jeste da se posmatraju kao hronična stanja kod kojih osobe manifestiraju stabilne tendencije reagovanja na emotivno nabijene događaje sa visokim razinama afekta. Pri tome se koriste neadekvatnim strategijama regulacije vlastitog raspoloženja. Važna odrednica ovih kognitivnih prosudbi jesu i slabo razvijene socijalne vještine. Taj nedostatak se osim u situacijama pogrešne atribucije hostilnosti, vrlo lako ogleda i u povišenoj senzitivnosti ka odbijanju i kritici od strane okoline. Ova djeca vide druge kao potencijalno odbijajuće i posljedično se povlače iz interakcije sa njima. Zbog toga je, kako Reinecke (1995) navodi, očekivan pronalazak da tretman poboljšanja socijalnih vještina pomaže kod oba poremećaja. Otežavajuća okolnost za tretman je pak otpor ka autoritetu te veća osjetljivost ka normama koje postavljaju vršnjaci (Reinecke, 1995).

7.1.2. Bipolarni poremećaj raspoloženja

Osim depresivnog, u poremećaj ponašanja koji se također susreće u velikim procentima kod djece sa poremećajem ponašanja, spada i bipolarni poremećaj. Baš kao i u primjeru depresije, bipolarni poremećaj u komorbiditetu sa poremećajima ponašanja se također susreće i kod kliničkih i kod nekliničkih ispitanika (Kovacs, 1995; Kutcher, 1989). Opisujući fenomenologiju djece i adolescenata sa oba poremećaja, zasebno i uzajamna, Biederman i kolege (1999) su koristeći se strukturiranim intervjuima pokazali da prisustvo bilo kojeg od poremećaja ne utječe na predstavljanje drugog. Fizička nemirnost te lošija procjena su pak dva manična simptoma koja se u slučaju komorbiditeta BP i PP pojavljuju značajno više nego kod ispitanika sa isključivo BP. Ipak, ono što Biederman podcrtava jeste da komorbiditet nije utjecao na pojavljivanje bilo kojeg od poremećaja te da istovremeno pojavljivanje simptoma pokazuje stvarni komorbiditet, a ne privid istog zbog energičnog i eksplozivnog ponašanja koje je karakteristično za djecu sa bipolarnim poremećajem raspoloženja.

Za nešto detaljnije i podrobnije opisivanje komorbiditeta ovih poremećaja u ovom radu, vodili smo se istraživanjem koje je proveo tim italijanskih istraživača na čelu sa Gabriele Masi 2008. godine na uzorku klinički upućene djece i adolescenata. Ukratko, njihovi rezultati su se najviše odnosili na uspješnost tretmanskish ishoda a pokazalo se da uparenost ovih dvaju poremećaja smanjuje uspješnost tretmana za oko 25% u odnosu na one ispitanike koji samo boluju od bipolarnog poremećaja. U skladu sa Biedermanovom studijom također su potvrdili nalaz da ispitanici sa komorbiditetom pokazuju povišene rezultate na skalama globalne agresije u odnosu na one ispitanike koji samo imaju poremećaj ponašanja. Također, kada je prisutan bipolarni poremećaj, važne dimenzije agresije poput impulsivnosti i nepredatorske agresije pokazuju smanjeno poboljšanje tokom tretmana. Prema tome nalazu, aditivni efekat nestabilnosti raspoloženja negativno doprinosi poboljšanju sveukupnog stanja. Istraživanje je također pokazalo negativan efekat komorbiditeta na korištenje supstanci. Pa je tako 16,6% ispitanika sa bipolarnim poremećajem potvrdilo konzumaciju alkohola ili droga. 32,1% ispitanika sa poremećajem ponašanja se pokazalo pozitivnim na zloupotrebu supstanci dok je taj procenat u grupi sa komorbiditetom čak 46,7%. I u konačnici, pokazali su da su ispitanici sa samom dijagnozom

poremećaja ponašanja imali za 40% manju potrebu korištenja farmakoterapije u toku tretmana. Više od 80% ispitanika u grupi komorbiditeta je primalo stabilizatore raspoloženja.

Novija istraživanja poput onog Foveta i sur. (2015) pokazuje dosljedno iste rezultate. Pregledom literature ovi istraživači također su došli do zaključka da je u populaciji adolescenata koji imaju bilo poremećaj pažnje (ADHD) bilo poremećaj ponašanja, povećan rizik od javljanja poremećaja raspoloženja, uni ali i bipolarnih. Ono na čemu ovi istraživači ostavljaju naglasak u svojoj studiji je nalaz da udruženo, poremećaj ponašanja i bipolarni poremećaj, povećavaju vjerovatnoću pojavljivanja simptoma sveobuhvatne agresije što je mnogo rjeđi slučaj nego kod onih adolescenata koji imaju dijagnozu isključivo poremećaja ponašanja.

7.1.3. Anksioznost

Nakon poremećaja ponašanja i poremećaja raspoloženja, poremećaji iz grupe anksioznih zasigurno predstavljaju jedne od najčešćih mentalnih oboljenja djece i mladih. A s obzirom da su mnogobrojne studije pokazale i uzajamno pojavljivanje anksioznosti sa poremećajima ponašanja, osvrnut ćemo se na neke od njih u nastavku ovog rada.

Cunninghamova i Ollendick (2010) u svom preglednom radu navode da u klinički referisanom uzorku djece, oko 20% djece upućene na tretman anksioznog poremećaja zadovoljava kriterije poremećaja ponašanja. Green i sur. (2002) pak upućuje da je postotak komorbiditeta mnogo veći u uzorku djece sa primarno utvrđenim poremećajem ponašanja. Oko 40% te djece zadovoljava kriterij anksioznog poremećaja. Ovi nalazi imaju važnu implikacijsku vrijednost s obzirom da većina istraživanja ukazuje da komorbiditet ovih dvaju poremećaja može poslužiti i kao zaštitni i kao rizični faktor tretmana oba poremećaja. Zaštitni faktori komorbidnosti se pogoršavaju s vremenom kako navodi Walker (1991). On smatra da zaštitni faktori koje pruža anksiozni poremećaj u ovom slučaju, postepeno nestaju sa dječijim ulaskom u adolescenciju.

Komorbidnost ovih dvaju poremećaja smatra se heterotipičnom s obzirom da poremećaji pripadaju različitim dijagnostičkim skupinama (Cunningham i Ollendick, 2010), a samim tim, takvi poremećaji imaju veću vjerovatnoću različitih etioloških uzročnika. S obzirom na stabilnost procenta u kojem djeca sa poremećajem ponašanja ili poremećajem prkošenja ispoljavaju i anksiozne simptome, rezultati su podjeljeni. Pa su tako Angold i sur. (1999a, b) u uzastopnim

istraživanjima došli do nalaza kojim pokazuju da se stopa ispoljavanja poremećaja ponašanja kod djece sa anksioznošću smanjuje sa dobi, dok stopa anksioznosti kod djece sa poremećajem ponašanja ostaje stabilna u vremenu. S druge strane, Angoldov suradnik Costello je 2003. godine pokazao da u uzorku djece uzrasta od 9 do 16 godina, komorbiditet u obje grupe ostaje poprilično stabilan.

Još jednu značajnu epidemiološku studiju povezanosti poremećaja prkošenja koji s vremenom uglavnom prerasta u poremećaj ponašanja, te anksioznog poremećaja, proveo je Simonoff 1997. U studiji koja je obuhvatila uzorak od preko 2700 blizanaca, Simonoff i suradnici su pokazali da poremećaj prkošenja značajno doprinosi pretjeranoj anksioznosti u poređenju sa drugim poremećajima iz spektra anksioznih poremećaja. Ovaj pronalazak je od velike važnosti s obzirom da razvoj poremećaja prkošenja može pružiti važne implikacije u daljnjem razvoju komorbidnih poremećaja iz spektra anksioznosti i poremećaja ponašanja. Nadopunu ovoj studiji može pružiti i ona Nock-a i sur. Iz 2007. u kojoj je pokazao da čak 62,3% djece sa poremećajem prkošenja zadovoljava kriterije anksioznog poremećaja kroz čitav život. Njegova nacionalna studija komorbiditeta pokazala je također da rano ispoljavanje poremećaja prkošenja, ono koje se desi prije dobi od 8 godina, dosljedno predviđa sporiji tretman. Treći važan pronalazak za našu raspravu komorbiditeta anksioznosti i poremećaja ponašanja koji nudi Nock (2007) jesu i specifična anksiozna stanja koja su pokazana u ovoj studiji. Pa je tako 31,4% djece pokazalo prisustvo neke od specifičnih fobija, 19,7% je imalo simptome PTSD-a, 15,5% velikog anksioznog poremećaja, te 10,9% je imalo panični poremećaj.

Iako je trenutna literatura ograničena sa podacima o ovim komorbidnim oboljenjima, za pretpostaviti je da ova djeca imaju povećanu vjerovatnoću ispoljavanja kako eksternaliziranih tako i internaliziranih simptoma oboljenja, za razliku od djece sa isključivo dijagnozom anksioznosti. Dodatak tome je i činjenica da su ova djeca u povećanom riziku od socijalne izolacije i slabijih vršnjačkih odnosa od djece sa bilo kojim od oboljenja ali bez dijagnoze komorbiditeta (Cunningham i Ollendick, 2010).

8. Socijalna prilagodba/neprikladnost

Imati razred sa uspostavljenom radnom disciplinom i atmosferom na očekivanom nivou nije moguće formirati ukoliko se fokusiramo isključivo na regulaciju ponašanja djece ili adolescenata. Veliki pomak ka ovom cilju ostvariti ćemo ako se pozabavimo i samodisciplinom i regulacijom ponašanja nastavnika i učitelja. S obzirom da je i nastavno osoblje na kraju krajeva ipak ono ljudskog roda, njihovo ponašanje je također podložno nekonzistentnosti i povremenoj impulsivnosti prosto usljed urođene ljudske osjetljivosti ka vanjskim podražajima, naročito onima sa negativnom konotacijom. To ipak ne znači, kako to poručuj Olsen i Cooper (2001), da od učitelja trebamo napraviti bezosjećajne robote. Cilj bi trebao biti upravo suprotan. Ljudski, razumni i empatični odnos je ideal odnosa kojem je potrebno težiti. Iskren i autentičan odnos dvije osobe nerijetko će i iz najkonfliktnijih odnosa izroditi kreaciju koja će opravdati ponekad i cjelokupnu, a često i obostranu, prethodnu frustraciju. Težnja i želja svake učiteljice i učitelja, nastavnika ili profesora, zasigurno je uspjeh njihovih učenika i studenata a uspjeh se neminovno postiže i uspješnom socijalnom prilagodbom koja obuhvata dobar odnos sa vršnjacima, nastavnim osobljem ali i prema školi kao instituciji.

Uspješno prilagođeni učenici/učenice su oni koje možemo prepoznati po njihovoj uključenosti u akademski kontekst, školskim postignućima te donekle i prosto po dobrim ocjenama. Posljedično, učenici čija socijalna prilagodba ipak nije na nivou njihovih vršnjaka i razrednih kolega nerijetko imaju poteškoća pri ulaganju vlastitih resursa i truda u školske zadatke, prisustvo, praćenje nastave i ostale razredne obaveze. Konzekventno, ta djeca imaju i niže ocjene, niže akademsko iskustvo i veću vjerovatnoću kasnijih razvojnih problema pri traženju i pronalaski poslovnih i profesionalnih pozicija te drugih životnih prilika.

Socijalna prilagodba predstavlja jedan od važnih aspekata kako akademskog, tako i psihološkog uspjeha i blagostanja i kao takva ne bi smjela biti zanemarena, baš kao ni emocionalna prilagodba o kojoj je prethodno bilo više riječi. Čovjek, a naročito dijete i adolescent, je socijalno biće koje neko u manjoj, neko u većoj mjeri, ima potrebu za kontaktom sa drugima u svojoj okolini. Taj kontakt zavisi od niza faktora. Na neke od njih je od strane nastavnog osoblja nemoguće utjecati (biološko naslijeđe, osobine ličnosti) ali na neke faktore je itekako moguće a samim tim je i u odgovornosti nastavnog osoblja da svoje vještine vođenja i nastave, i razreda, ali i razvoja svakog

od učenika ponaosob, usavršava i što je moguće bolje koristi na najbolji način. Time ne samo da omogućava učenicima sa poteškoćama u emocionalnoj i socijalnoj prilagodbi da se jednostavnije asimiluju u svoje okruženje, već pomaže i okruženju, dakle drugoj djeci u razredu, da pojedince koji u određenim situacijama odstupaju od uobičajenih normi, prihvate i nauče se na pravi način ophoditi prema njima. Za posljedicu je opravdano očekivati i povećano zadovoljstvo radom samih nastavnika što se nipošte ne smije zanemariti kao varijabla koja pomoću povratnog efekta pozitivno djeluje i na uspješniju socijalnu prilagodbu učenika u razredu.

S obzirom da je socijalni kontekst školske djece u najvećoj mjeri vezan za njihove školske prijatelje, drugare i vršnjake, tim odnosima ćemo se prvo i posvetiti u ovom poglavlju.

8.1. Prijateljstva i uloga vršnjaka

Prijatelji i razredne kolege predstavljaju snažan izvor utjecaja na dječiji socijalni, kognitivni i emotivni razvoj u bilo kojem razdoblju odrastanja, ali u različitim stupnjevima. Prijateljstva su stoga od velike važnosti već u predškolskoj dobi, mada su u tom razdoblju ipak sekundarna nakon porodičnog konteksta. U predadolescentskom, a naročito u periodu adolescencije, primat utjecaja se prebacuje na vršnjake i prijatelje. A kada se jednom uspostavi, utjecaj kako prijateljstava tako i šireg vršnjačkog konteksta, najčešće tumačenog kroz vršnjački pritisak, ostaje konzistentan kroz cijeli period puberteta (Vitaro, 1997).

Mnoge studije su ispitale različite utjecaje, od utjecaja vršnjačkih bandi (Elliott i sur, 1985), dijadnih odnosa (Dishion i sur, 1995) među kojima su određeni autori sva moguća prijateljstva dok su se neki fokusirali isključivo na najbolje prijatelje. I iako je bilo za očekivati da utjecaj najboljih prijatelja u većini slučajeva nadmaši utjecaj vršnjaka iz razreda (kolega), njihov utjecaj se također ne smije zanemariti. Odlike prijateljstava variraju i u pogledu razvojnog perioda pa tako predškolska djeca, u svom odnosu prema drugoj djeci koja su tek njihovi poznanici, imaju niže razine pozitivnog odnosa u odnosu na školsku djecu. Isti patern se može sukcesivno posmatrati i kod adolescenata gdje je odnos prema kolegama još pozitivniji nego kod školske djece. Pa tako adolescenti pokazuju više sličnosti, raznopravnosti i uzajamnog svidanja, smanjene razine dominacije i veću lojalnost u ponašanju sa svojim vršnjačkim kolegama, nego što to čine djeca školskog uzrasta. U pogledu snažnijih, zajedničkih prijateljstava, u sva tri razvojna perioda se pokazalo da se kvalitet i intenzitet odnosa poboljšava sa odrastanjem (Newcomb i Bagwell, 1995).

Ovo su dakle podaci koji važe za djecu koja nemaju probleme u prilagodbi. Kao što možemo i pretpostaviti, isti obrasci se ne susreću, ili ne na isti način, kod djece koja imaju poremećaj ponašanja.

Zbog svoje prirode odnosa, prijateljstvo predstavlja izuzetno važan kontekstualni prostor za razvoj. Prijateljstvo je odnos orgaizovan i zasnovan na uzajamnosti i dijeljenim aktivnostima a obuhvata ciljeve obje strane. Odlukom da se bude nečij prijatelj, dijete svojevolumno pristaje na okruženje u kojem će se daljnje razvijati. Prijatelji su stoga važni i svojim prisustvom i odsustvom pa tako djeca prosječnog razvoja svojim odbijanjem devijantnih vršnjaka mogu te iste vršnjake/vršnjakinje uskratiti za pozitivne primjere socijalizacije. To dalje može voditi ka gnjevnosti ili ogorčenosti odbačenih ka odbacivačima što takvu djecu prvenstveno usmjerava ka onima sličnim njima, a rezultat su i nerijetki konflikti između pojedinaca iz ovih dvaju skupina ili čitavih skupina (Cairnes, 1988: Simons i sur., 1994).

8.2. Odbacivanje i prihvatanje

Olivier u svome istraživanju iz 2018. opisuje probleme ponašajne i socijalne prilagodbe djece i adolescenata sa problemima u ponašanju te spominje 3 vrste problema koje su još 2000. godine predložili Cummings, Davies i Campbell u svojoj knjizi „Razvojna psihopatologija i porodični procesi: teorija, istraživanja i kliničke implikacije“. Prema Olivieru ti se problemi dijele na eksternalizirane, internalizirane i socijalne probleme. Oni koji su najvažniji za našu raspravu o odbacivanju jesu upravo eksternalizirani problemi koji su, kako to Olivier navodi, vrlo lako uočljivi od strane kako nastavnog osoblja tako i vršnjaka. Ponašanja kao što su hiperaktivnost, smanjena pažnja, agresija i suprotstavljanje samo su neki od klasičnih predstavnika. Međusobni odnosi djece sa ovim problemima mogu biti narušeni ne samo u kontekstu vršnjaka već i nastavnika/ica i učitelja/ica koji također, svjesno ili ne, mogu utjecati da se djeca sa poremećajem ponašanja osjete odbačenima. Olivier također poručuje da odnos učenik-učitelj, iako uvelike pod utjecajem dječijeg ponašanja, također zavisi i od učiteljskih sposobnosti uspostavljanja i održavanja veze sa učenicima. Mnogo očitiji i u zavisnosti od razvojnog perioda, mnogo ozbiljniji problem (naročito u predadolescentskom dobu i adolescenciji) jeste pojava odbacivanja od strane vršnjaka koju karakterišu ponašanja poput smanjene senzitivnosti za njihove potrebe, dijeljenje, pomaganje te pružanje utjehe.

Brojna istraživanja (Dishion, 1991; Cairnes, 1988; Vitaro, 1997) pokazala su kako odbacivanje od strane vršnjaka prosječnog razvoja ne znači potpuno odbacivanje za ovu djecu i adolescente. Ono što se posljedično dešava je da oni pronađu klike i prijatelje kod kojih će njihovo ponašanje biti ne samo prihvaćeno, već u određenim situacijama i glorifikovano te čak pozitivno okarakterisano i povezano sa vršnjačkom popularnošću. Također, prihvatanje od strane djece bez devijantnih tendencija može služiti kao zaštitni faktor od razvijanja delinkvencije i poremećaja ponašanja pa se kao takvo može iskoristiti u kreiranju strategija socijalne prilagodbe djece sa poremećajem ponašanja u školskom kontekstu (Simones i sur., 1994).

Do zanimljivog i važnog pronalaska došao je i Kupersmidt (1995) kada je pokazao da odbačena djeca koja su također posjedovala visoke razine konfliktnog ponašanja sa svojim bliskim (najboljim) prijateljima su imala veću vjerovatnoću iskazivanja delinkventnog ponašanja. Djeca koja su pak imala niže razine konflikta sa svojim prijateljima su dakle bila i manje agresivna. Ponuđena interpretacija je da djeca sa visokim razinama konflikta sa svojim prijateljima su ustvari imala stvarne prijatelje i bila dio delinkventne vršnjačke klike. Odbačena djeca niskih razina konflikta su, zaključuje se, imala manje socijalnih vještina za razvijanje bliskih odnosa sa prijateljima što dovodi u vezu niske razine konflikta sa također niskim socijalnim razinama. Ipak, taj deficit se pokazao zaštitnim. Iako bi taj nedostatak smanjio interakciju ove djece sa nedelinkventnim vršnjacima, rezultat bi također bio i smanjena interakcija sa agresivnom djecom. Autori također predlažu i da niske razine konflikta mogu biti intikativne za bolje vještine rješavanja problema.

Osim toga, većina istraživanja zanemarila je druge odlike prijateljskog odnosa kao što su intimnost, prisustvo konflikta, stabilnost, spremnost za pružanje instrumentalne ili emotivne podrške i drugi pozitivni izvori prilagođenja. Istraživanja poput onog Marcusovog iz 1996. pokazala su da prijateljstva devijantnih vršnjaka imaju vrlo malo pozitivnih osobina kao što su podrška, proznanje te pružanje osjećaja sigurnosti a mnogo više negativnih osobina kao što je na primjer prisustvo čestih konflikata. Nije ni čudo onda što ovakva prijateljstva ne stvaraju pozitivnu klimu koja može služiti kao *buffer* djeci koja se nose sa poremećajem ponašanja. A kako je prethodno i spomenuto, takva prijateljstva ne samo da ne pružaju plodno tlo za razvoj pozitivnih posljedica socijalizacije već naprotiv, doprinose devijantnom ponašanju.

9. Obecavajuci tretmanski pristupi

Prema Bakkeru (2016) tretman PP-a može se podijeliti na farmakološke i nefarmakološke pristupe. Ne postoje lijekovi koji su prvenstveno usmjereni za liječenje PP, a koji su licencirani za ovu starosnu grupu. Dakle, svi lijekovi koje terapeuti danas koriste su označeni kao *off-label*. Lijekovi odobreni za druge slične poremećaje (posebno oni za ADHD) kao što su stimulansi, alfa-2 agonisti i atipični antipsihotici, trenutno su na raspolaganju terapeutima, ali su sekundarni u odnosu na psihosocijalne terapijske intervencije.

U smjernicama koje je predložio Institut NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) iz Velike Britanije stoje 3 najčešće teme na koje je usmjerena većina tretmanskih pristupa a to je snažan fokus na rad sa porodicama i prvenstveno roditeljima, prepoznavanje važnosti šireg socijalnog konteksta te fokus na prevenciji eskalacije već postojećih problema. Smjernice NICE-a pružaju prgled i meta-analizu psiholoških tretmana. Kroz datu analizu zaključuje se da efekti ovakvih tretmana daju male do umjerene efekte u smanjenju antisocijalnog ponašanja djece i adolescenata. Ipak, bez obzira na tako malo do umjerenu vjerovatnoću uspjeha, kako to navodi i Bakker (2016), ovakvi pristupi tretmanu su prvi izbor za većinu terapeuta.

U svome istraživanju iz 1997., Kazadin opisuje neke od terapijskih i psiholoških tretmana koji su se prethodno pokazali kao uspješni u otklanjanju neželjenih efekata PP-a. U nastavku su navedeni neki od njih koji su pokazali kao djelotvorniji od drugih koje je i sam Kazadin naveo te drugi tretmani koje su predložili kasniji istraživači.

9.1. Obuka roditeljskog upravljanja

Obuka roditeljskog upravljanja (PMT – *eng.* Parent Management Training) se odnosi na postupke u kojima se roditelji obučavaju da mijenjaju ponašanje svog djeteta u vlastitom domu. Postoji mnogo onih aspekata međusobnog odnosa i ponašanja, kako roditeljskog tako i dječijeg, koja podstiču agresivno i antisocijalno ponašanje. Neefikasno korištenje naredbi, oštro i pretjerano kažnjavanje, nepoštovanje i zanemarivanje odgovarajućeg ponašanja te odbijanje da se takvo nagradi samo su neka od ponašanja koja se kroz ovaj terapijski tretman adresiraju. Ovakvi obrasci roditeljskog ponašanja uzrokuju direktno jačanje devijantnog ponašanja kod djece te je od ključne važnosti ugasiti ih ili barem ublažiti djelovanje (Kazadin, 1997; Matthys, 2010).

Opšta svrha tremana je da se obrazac razmjene između roditelja i djeteta izmjeni i poboljša tako da prosocijalno, a ne prisilno, ponašanje bude ojačano, pozitivno potkrijepljeno i podržano unutar okvira porodice. To pak zahtijeva razvijanje nekolicine različitih roditeljskih ponašanja. Neka od tih ponašanja su: uspostavljanje jasnih i nedvosmislenih pravila koja dijete treba slijediti ali i poznavati razlog njihovog postavljanja, kako je već u više navrata i spomenuto, pružanje pozitivnog potkrepljenja za odgovarajuće ponašanje, u svrhu suzbijanja nepoželjnog ponašanja uvođenje blagih oblika kažnjavanja, poželjno uskraćivanjem, češće pregovaranje o kompromisima i sl.

Uticaj tretmana je relativno širok, a efekte je moguće primijetiti i kod ponašanja djece koja nisu bila fokusirana tretmanom. Odnosno, braća i sestre djece upućene na liječenje pokazuju poboljšanje u ponašanju. Prema Kazadinu, ove promjene sugeriraju da obuka roditeljskog upravljanja je tretman koji mijenja više disfunkcionalnih aspekata porodica.

Ono što tvrdi Bakker u svome istraživanju iz 2016, ovakav tretmanski pristup je najpovoljniji za djecu nižeg uzrasta, odnosno od 3 do 11 godina. Tretmanski program opisuje kao 10-16 grupnih roditeljskih sastanaka unutar grupe od 10-12 roditelja. Svaki sastanak traje od 90-120 minuta a tokom kojeg se kroz modeliranje ponašanja djeteta, isprobavanje novih roditeljskih vještina te povratne informacije od strane terapeuta, raspravljaju i po potrebi modificiraju roditeljska ponašanja.

9.2. Tretman kognitivnog rješavanja problema

Za početak ćemo navesti neke od tehnika koje koristi ovaj tretman a to su: stvaranje alternativnih rješenja za interpersonalne probleme, otklanjanje posljedica postupaka drugih osoba, identificiranje sredstava za postizanje ciljeva (za primjer se može uzeti sklapanje prijateljstava), pripisivanje drugima motivacije za njihove postupaka (osnovna atribucijska pogreška), opažanje osjećanja drugih (trening empatije) i drugi (Kazadin, 1997). Matthys i Lochman (2010) u svojoj knjizi također navode i druge, slične primjere kognitivnih terapija kao što je npr. učenje djece vještinama savladavanja socijalnih problema. Jedan od načina koji ističu jeste oblikovanje ciljeva djece na taj način da isti bivaju „oblikovani“ i interpretirani na najpozitivniji mogući način. Dakle umjesto da cilj djeteta u određenoj situaciji bude oblikovan željom da se osveti provokatoru,

kliničar će voditi dijete ka onim ciljevima koje dijete ili adolescent u toj situaciji zaista želi ostvariti.

Kazadin (1997) detaljnije opisuje sam tretman te navodi da primijenjujući ovaj tretman u rješavanju međuljudskih problema, djeca uče pristupu 'korak-po-korak'. Osim toga, uče se kako da sami sebi daju verbalne ili misaone izjave koje im usmjeravaju pažnju na određene, relevantne aspekte problema ili pak korake, odnosno zadatke koji vode do efikasnije solucije za problem. Podstiču se njihova prosocijalna ponašanja a to se uglavnom radi klasičnim kognitivno-bihevioralnim tehnikama poput modeliranja ili direktnog potkrijepljenja. Ovaj tretman također koristi strukturirane zadatke koji uključuju igre, akademske aktivnosti i priče.

Uloga terapeuta je u ovom tretmanskome pristupu od velike važnosti i terapeut je aktivno uključen u svakoj fazi tretmana. Oni modeliraju misaone procese dajući svoje verbalne samoizjave („Ja osjećam...“, „To me vrijeđa.“, „Nanio/la si mi bol s tim ponašanjem.“ i sl.), daju naznake za efikasno korištenje prethodno naučenih vještina nošenja s problemom, te naravno daju i povratne informacije a naročito je važno i pohvale s ciljem razvijanja i pravilne upotrebu vještina. Konačno, tretman obično kombinuje nekoliko različitih procedura uključujući modeliranje, igranje uloga, te blagu kaznu (gubitak bodova ili žetona) (Kazadin, 1997).

Ono što su neki autori zamjerili ovakvom načinu tretmana je njegova unidimenzionalnost, odnosno usmjerenost isključivo na probleme djeteta kao figure smještene u mnogo širi kontekst (Frick, 2004; Kyranides, 2017). Ipak, ono što pokazuju meta analize britanskog instituta NICE (2014) i istraživanje Bakker (2016), ovakav pristup pogoduje djeci uzrasta od 9 do 14 godina.

9.3. Multisistematska terapija

Opisujući ovaj tretmanski pristup Kazadin kaže: „Dijete je ugrađeno u brojne sisteme uključujući porodicu (članove uže i šire porodice), vršnjake, školu, susjedstvo itd. Također, funkcionisanje djeteta u školi može uključivati ograničene i loše odnose s vršnjacima; tretman može obuhvatiti i ova područja. Konačno, sistemski pristup podrazumijeva fokusiranje na vlastito ponašanje pojedinca u onoj mjeri u kojoj ono utiče na druge. Multisistematska terapija (MST – *eng.* Multisystematic therapy) počinje sa stavom da će različite domene vjerovatno biti relevantne; potrebno ih je procijeniti, a zatim ih tretirati prema potrebi u liječenju. Izazov pristupa je

odlučivanje koje tretmane koristiti u datom slučaju, među brojnim intervencijama koje obuhvata MST“.

Stav Bakker (2016) za dati tretman je da najbolje odgovara adolescentima uzrasta od 11 do 17 godina. Način provođenja su 3-4 sedmična sastanka sa terapeutom tokom 3 do 5 mjeseci. Program je zasnovan na modelu socijalnog učenja sa mogućim individualnim intervencijama po potrebi i na različitim nivoima funkcioniranja (lični, porodica, škola, zajednica) sa izravnom i eksplicitnom podrškom i fokusom na porodičnim odnosima.

9.4. Implikacije i kritike prethodno navedenih tretmana

Obećavajući i uspješni tretmani uključuju naknadne procjene u više vremenskih tačaka nakon istraživanja, a najčešće jednu godinu nakon tretmana. Ono što je većina naknadnih mjerenja pokazala je da PP ima lošu dugoročnu prognozu (Kazadin, 1997, Bakker, 2016). Samim tim, potrebno je utvrditi da li liječenje uopšte ima dugoročne efekte.

Prema Webster-Stratton i Hammond-u (1997), kombinacija obuke roditelja i djece superiorna je u odnosu na samostalne efekte obuke roditeljskog upravljanja ili individualnog rada s djecom kroz tehnike kao što su kognitivno rješavanje problema. Prema ovim istraživačima, potreban je sistemski model da bi se dokazala trajna efikasnost.

„U novije vrijeme, programi se sve više fokusiraju na jačanje roditeljskih programa korištenjem sistemskog modela, uključujući rad na pojedincu (za reguliranje ponašanja i poboljšanja socijalnih vještina), roditelja (za poboljšanje roditeljskih vještina), porodice (za poboljšanje odnosa), školu (za poboljšanje ponašanje i nastavničke vještine) i nivoi zajednice“, Winther (2013). Ovakvi modeli su više usmjereni na samu prevenciju pojavljivanja antisocijalnog i agresivnog ponašanja a po svemu sudeći, s obzirom na ograničene efekte tretmana (NICE, 2014; Bakker, 2016), prevencija je jedini adekvatan način da se dugoročno spriječe negativni efekti PP-a.

10. Uloga škole u unapređenju emocionalne i socijalne prilagodbe

Prema podacima Fricka i Morrisa iz 2004. čini se da veliki broj djece s problemima u ponašanju (bez BN osobina) ima problema s regulacijom svojih emocija. Ovi problemi u emocionalnoj regulaciji mogu dovesti do brojnih problema u školskom okruženju. Najčešće se ta ponašanja

moгу povezati sa impulzivnim ispadima i neplaniranim agresivnim izljevima. Zbog takvog ponašanja se dijete potom može kajati (bar ona djeca koja ne posjeduju BN odlike ličnosti) ali ipak mogu imati poteškoća s kontrolom i emocija i potonjeg ponašanja u budućnosti. Problemi emocionalne regulacije mogu dijete učiniti naročito osjetljivim na provokacije od strane vršnjaka koje mogu rezultirati u izraženoj ljutnji. Pored provokacija tu su neizostavne i svađe sa nastavnim osobljem te razrednim kolegama.

Emocionalna disregulacija može također ugroziti razvoj socijalnih i kognitivnih vještina. Takve vještine omogućavaju efikasnu obradu informacija i sukladno reagovanje na vanjske pokazatelje a naročito u socijalnim interakcijama. Zbog prethodno navedenog će dijete koje pokazuje intenzivne neregulirane izljeve negativnih emocija, biti odbačeno od strane kolega iz razreda. Kao rezultat odbacivanje od strane vršnjaka može dovesti dijete u opasnost od izostajanja iz škole i druženja. Dodatna opasnost krije se u usmjeravanju interakcija ka onoj grupi djece u kojoj je takvo, agresivno i antisocialno, ponašanje prihvatljivo, poželjno i nagrađujuće. Dijete se time uslovljava na druženje u izolovanom, malom krugu istomišljenika u čijem krugu se osjeća ugodno (zona komfora) te stoga mu ostaje uskraćena interakcija sa ostalim neagresivnim vršnjacima (Frick, 2004).

Ipak, negativne posljedice i neželjene interakcije sa ostalom djecom u školi se ne završavaju na socijalnoj izolaciji i odbačenosti. Jedno od najnovijih istraživanja, objavljeno ove godine u egipatskom žurnalu neurologije, psihijatrije i neurohirurgije a koje su proveli Ahmed i sur. (2022) pokazuje kako su učenici sa dijagnozom poremećaja pažnje ili ponašanja u mnogo većoj opasnosti kako od verbalnog tako i fizičkog zlostavljanja (eng. *Bullying*) nego djeca prosječnog razvoja. Stope zlostavljanja su očekivano mnogo veće kod dječaka nego kod djevojčica. Uzorak ovog istraživanja su bila djeca osnovnoškolskog uzrasta i to od 10-12 godina. S obzirom na zaista širok spektar različitih načina na koje se djeca međusobno mogu zlostavljati a koji se kreću od fizičkih radnji poput udaraca, otuđivanja ili uništavanja predmeta, preko verbalnih kao što su nazivanje uvrijedljivim imenima ili ismijavanje, do socijalnih koji su prethodno spomenuti i podrazumijevaju namjerno isključivanje iz socijalnih grupa, širenje glasina ili čak namjerno potkopavanje uspostavljenih prijateljskih odnosa, u interesu je svih onih direktno i indirektno uključenih da se ovom problemu svi odgovorni sistematski i ozbiljno pristupe.

10.1. Smjernice za socijalne službe i škole

Prema definiciji Knoff-a iz 2000.: „Ova djeca pokazuju poremećaj ponašanja koji na neki značajan način utiče na njihovo psihološko, socijalno i/ili obrazovno funkcioniranje. Međutim, učenici na svakom tom razvojnom putu također pokazuju značajne probleme u svom emocionalnom funkcionisanju, iako različite probleme u podgrupama navedenim u ovom pregledu (npr. problemi u formiranju identiteta za grupu s početkom adolescenata, problemi u iskustvu empatije i osjećaja krivice za djecu sa BN osobinama, problemi u regulaciji emocija za djecu u grupi s početkom u djetinjstvu bez BN osobina). Stoga organizaciona struktura za pružanje usluga u okviru školskog sistema često otežava određivanje da li i pod kojim državnim ili saveznim smjernicama dijete s poremećajem ponašanja treba biti uslužno“.

Osim ovih institucionalnih barijera, istraživanje Fricka (2004) sugerira najmanje dvije opće smjernice o tome kako usluge, bilo u školi ili u ustanovi maloljetničkog pravosuđa trebaju biti osmišljene i implementirane za djecu s poremećajem ponašanja.

Prva smjernica koju Frick predlaže je da usluge za mlade s poremećajem ponašanja zahtijevaju dostupnost čitavog niza različitih usluga duž kontinuuma restriktivnosti. S obzirom na broj faktora (prethodno navedenih) koji mogu dovesti do poremećaja ponašanja, bilo koja izolovana i pojedinačna intervencija neće biti efikasna, bez obzira na to koliko je dobro isplanirana i provedena. Nadalje, postoji velika varijabilnost u ozbiljnosti i vrsti problema ponašanja. Pa tako, neka ponašanja mogu dovesti do samo manjih problema u učionici (ometanje nastave, nemir i sl) dok druga mogu uključivati značajne probleme u cjelokupnom školskom okruženju te predstavljati potencijalnu opasnost od povrede drugih učenika, fizički ili verbalno.

Druga smjernica je da je od ključne važnosti uspostaviti neki sistem određivanja koja je usluga potrebna svakom pojedinom djetetu tako da se intervencije mogu prilagoditi individualnim potrebama. Ovo zahtijeva sistem procjene od strane profesionalaca koji (a) raspoložu znanjem o razvojnim putevima kroz koje se PP može razviti i (b) posjeduju stručnost u specifičnim metodama za procjenu kritičnih procesa koji mogu biti intervencije na svakom od ovih puteva.

Mnogi od ovih navedenih programa nisu se ipak uvijek pokazali efikasnim za značajno velik broj djece s poremećajem ponašanja (Brestan i Eyberg, 1998; Kazdin, 1995). Razlog tomu može biti

što su programi implementirani na način koji ne uključuje sistematsku metodu određivanja ko bi od određene intervencije imao najviše realne koristi. Frick (2004) pri tome navodi primjer fokusiranja na uključivanje u vannastavne aktivnosti za koje smatra da mogu biti važne kod djece sa početkom PP-a u adolescentskoj dobi. Pri tom objasnjenu drži se teoretske osnove prema kojoj uzima u obzir pozitivne efekte na razvoj identiteta učenika i fokus na povećanje prosocijalnih kontakata s vršnjacima i to u strukturiranom okruženju. „Slično tome, intervencije osmišljene da inhibiraju impulzivne i ljutite reakcije mogu biti posebno korisne za djecu koja koja pokazuju probleme s emocionalnom regulacijom i regulacijom ponašanja, dok intervencije usmjerene na povećanje empatičke brige mogu biti korisnije za djecu s BN osobinama“ – Frick (2004).

10.2. Terapijske tehnike zasnovane na istraživanju srodnog mentalnog poremećaja

S obzirom na manjak literature koja se bavila specifično adaptacijom djece sa poremećajima ponašanja u školski kontekst, nadopunu ovim podacima pronašli smo i u istraživanjima čiji su primarni interes činila djeca sa ADHD-om koji je zbog svoje prirode poremećaja vrlo sličan poremećajima ponašanja. O važnosti socijalnih kontekstualnih faktora u odnosu sa vršnjacima ali i učiteljima mnogo se može ekstrahirati iz istraživanja koje su proveli Mikami i Normand 2015. godine. S obzirom da se istraživanje zasnivalo na vidljivim, vanjskim, ponašanjim razlikama između djece prosječnog razvoja i djece sa poremećajima ponašanja sa naglaskom na ona eksternalizirana, smatramo da se rezultati vrlo lako mogu preslikati i za druge poremećaje iz ovog spektra kao što je npr. poremećaj prkošenja.

Ovi istraživači su se pozabavili problemom koji predstavlja usmjeravanje terapijskih napora isključivo na poboljšanje ponašanja djece sa ADHD-om sa očekivanjem da će promjenu u njihovim socijalnim vještinama okolina prepoznati te na njih neminovno pozitivno reagovati. Većina dotadašnjih istraživanja, kako poručuju oni, zanemarila je puteve i načina na koje upravo vršnjaci doprinose lošijoj socijalnoj prilagodbi. Pri tome ne mislimo na devijantne i vršnjake sklone delinkvenciji sa kojima su ovakva djeca u relativno dobrim odnosima ako pretpostavimo da „dobro“ predstavlja neodbacivanje. O negativnim efektima takvih vršnjaka prethodno je bilo više riječi. Ovdje se prvenstveno referiramo na djecu prosječnog razvoja koja se svojim stavovima i ponašanjem značajno razlikuju od djece sa poremećajem ponašanja, odnosno ovdje specifično, ADHD-om.

Mikami i Normand navode tvrde kako su 3 bihevioralna odgovora vršnjaka koji negativno utječu na socijalnu a time i emocionalnu prilagodbu ispitanika. Prvo takvo ponašanje je socijalna deevaluacija koja se može posmatrati kroz vrlo izražene stigmatizirajuće stavove spram djece sa nekim od poremećaja zbog kojih se ova djeca doživljavaju sebi nesličnom. U poređenju sa vršnjacima koji boluju od fizičke onemogućenosti ili invaliditeta, mentalnog poremećaja ili smetnje tipa depresije ili anksioznosti, vršnjaci prosječnog razvoja imaju najnegativnije stavove spram djece koja iskazuju hiperaktivno ili impulsivno ponašanje. Percepcija da djeca takvo ponašanje mogu kontrolisati se pak pokazala kao važan medijacijski faktor između odbacivanja ove djece i simptoma u ovom slučaju ADHD-a.

Drugi bihevioralni odgovor su izolacijska ponašanja. Iako vrlo mala i nerijetko viđena kao nevina stvorenja, djeca mogu biti itekeko okrutna te čak zla spram vršnjaka prema kojima ne gaje simpatije. Verbalna agresija, uskraćivanje važnih informacija iz nastavnog procesa ili o drugim vršnjacima, širenje glasina ili uništavanje imovine nije samo karakteristika djece sa poremećajem ponašanja. Njihovi vršnjaci kojima možda nikada ne bismo pripisali dijagnozu poremećaja ponašanja znaju biti podjednako okrutni i problematični. A naročito prema onima koje osjećaju dijametralno različitima od sebe. Posljedično, djeca koja su u prilici da trpe takvo ponašanje od svojih razrednih kolega razvijaju još veću antipatiju i nesviđanje od inicijalnih razina. Takvo ponašanje njihovih vršnjaka osim izolacije pokazuje i da se dijete smatra onim nižeg statusa a može negativno utjecati na interakciju sa ovom djecom i kod onih koji su inicijalno i imali želju za uspostavljanjem odnosa.

Reputacijska udešenost je i treći faktor. Kako to poručuju Mikami i Normand: „Kada vršnjak jednom postane sklon tumačenju drugog djeteta negativno, teško je vratiti tu impresiju nazad.“ Ova se udešenost najviše primijećuje u nejasnim situacijama u kojima je potrebna interpretacija. Kod takvih interpretacija, vršnjaci su mnogo skloniji pripisivanju loših namjera djeci koja su možda čak vrlo davno iskazivala neadekvatna ponašanja. Istovremeno, djeca sa dobrom reputacijom i djeca koja uživaju sviđanje kako vršnjaka tako i nastavnog osoblja, za isto ponašanje mogu proći bez posljedica a isto se tumači kao benigno. Poboljšanje ponašanja ne dovodi dakle nužno do promjene reputacijske udešenosti što nam govori da ponekada zaista nije dovoljno samo naučiti dijete socijalnim vještinama već je potrebno i okolinu u koju se dijete vraća odučiti od njihovih predrasuda i kognitivnih udešenosti. Na svu sreću, ovi istraživači se ne zaustavljaju na

detekciji problema već nude 2 intervencijske tehnike od kojih je jedna usmjerena na nastavno osoblje a druga na roditelje. Potonju ćemo ukratko spomenuti dok prvoj posvećujemo nešto više pažnje s obzirom da se odnosi isključivo na intervenciju u školskom kontekstu.

10.2.1. MOSAIC i PFC – terapijske tehnike u učionici i izvan nje

MOSAIC (eng. *Making Socially Accepting Inclusive Classrooms*) odnosno pojednostavljeno prevedeno *inkluzivna učionica*, predstavlja koncept izmjenjene učionice koja je prvenstveno zadatak za nastavno osoblje. Zadatak nastavnog osoblja je da potiče vršnjake ka inkluzivnom prihvatanju djece sa eksternaliziranim poremećajima ponašanja. Prvi zadatak samih učitelja/ice jeste razvijanje autentičnog i toplog odnosa sa ovom djecom što u konačnici pruža model po kojem se razredne kolege počinju ili nastavljaju ophoditi sa svojim socijalno isključenim vršnjacima. Za izolacijsko ponašanje se predlaže uspostavljanje jasnih razrednih pravila za inkluziju kojima se potiče saradnja i pružaju se takve zajedničke aktivnosti koje potiču uzajamnu saradnju i formiranje boljih socijalnih veza. Reputacijsku udešenost se adresira na način da nastavici vrlo jasno i javno prozivaju djecu sa poremećajima ponašanja ali u onim slučajevima kada su djeca istinski pokazala svoje dobre strane, vrline i vještine (Mikami i Normand, 2017).

Druga tehnika, iako ne direktno usmjerena na vršnjake niti na školski kontekst ima također veliki značaj. *Parental Friendship Coaching ili PFC* predstavlja tehniku kojom se roditeljima ukazuje na načina na koje mogu svojoj djeci biti „treneri za prijateljstva“. S obzirom da roditelji igraju važnu ulogu u formiranju i održavanju prijateljstava, a naročito dijadičnih veza sa bliskim (najboljim) prijateljima, od velike je važnosti uključiti ih u priču oko vršnjaka. Istraživači preporučuju svojevrsno aranžiranje *dejtova* sa drugom djecom koja bi mogla biti njihovi potencijalni prijatelji. Gradeći i sami bolje veze sa roditeljima druge djece roditelji direktno utječu na socijalnu devaluaciju njihove djece. Posljedično, roditelji vršnjačke djece prenose svoje nove uvide i na svoju djecu što pogađa dvije tretmansi jako važne socijalne skupine, vršnjake i njihove roditelje.

11. Preventivne mjere u školskom kontekstu

S obzirom na prirodu oboljenja, istrajnost i tvrdokornost zadržavanja simptoma kroz cjelokupno djetinjstvo, adolescenciju te odraslu dob, najbolji lijek za poremećaje ponašanja je bez dvojbe

prevencija. Sprječavanje da do problema dođe na prvom mjestu pak zahtjeva sistemski pristup kojim bi se prvenstveno utjecalo na dječiju okolinu koja u ranom razvoju uvelike utječe na razvoj ali i inhibiciju razvoja poremećaja ponašanja. Možda je izvan naše mogućnosti da roditeljima cijelim porodicama omogućimo preseljenje iz opasnog susjedstva u kojem su djeca i ne htijući izložena stalnom vršnjačkom nasilju, ali smo barem u mnogo većoj mogućnosti da nastavnom osoblju koje je naš najveći saveznik u ovoj priči i koje je u najvećoj mjeri prijemljivo i vrlo zainteresovano za unaprijeđenje svoje prakse, ponudimo konkretne savjete i osposobimo ih naučno utemeljenim tehnikama kontrole ponašanja djece sa poremećajem ali i stavova njihovih vršnjaka.

Prema Wintheru (2013), univerzalna komponenta prevencije neminovno uključuje učionicu. Takva prevencija provodi se od strane svih nastavnika kako bi se pomoglo u stvaranju zajedničkog jezika, učinkovite komunikacije, rješavanja problema i strategija emocionalne regulacije. Same učioničke aktivnosti služe u jačanju i potpori onim adekvatnim oblicima ponašanja koja se iz učinoice generaliziraju i u drugim okruženjima. Školski oglasi također informišu roditelje i staratelje o programima i seminarima za stručno usavršavanje. Važan pronalazak nudi i Vitario u svom istraživanju iz 1999. godine. Ispitujući preventivski program za dječake čij je cilj bio smanjiti ometajuće tendencije devijantnih ispitanika te utjecati na uspješniju selekciju prijatelja pokazao je da ovakvi postupci pružaju željene rezultate. No prema gore spomenutim podacima o različitim modelima razvoja delinkvencije, (vidjeti poglavlje „4 modela interakcijskog razvoja delinkvencije“) može se pretpostaviti da ovakvi programi najveći pozitivan učinak mogu imati kod skupina djece sa kasnim početkom ispoljavanja poremećaja ponašanja dok je kod onih sa ranim početkom taj utjecaj značajno smanjen ili potpuno onemogućen.

Ovi podaci dovode nas u konačnici do vrlo važne karike u lancu prevencije ali i tretmana PP-a a to je svakako škola odnosno edukativno-odgojni kontekst koji je nemoguće isključiti ukoliko je naš cilj uspješno nošenje sa antisocijalnim i agresivnim ponašanjem kod djece i adolescenata.

Uspješan primjer jednog sveobuhvatnog programa prevencije nudi nam Melina Kyranides sa Univerziteta na Kipru, zajedno sa svojim suradnicima (2017). Pilot program prevencije poremećaja ponašanja za obje podgrupe djece sa poremećajem (samo poremećaj ponašanja i poremećaj ponašanja + bezosjećajno-neemocionalni) sastojao se od 8 jednosedmičnih predavanja dužine jednog nastavnog časa a svaki od časova imao je posebnu tematsku podlogu.

Prva sesija je bila sesija zagrijavanja i uspostavljanja pravila po kojima će se odvijati naredne sesije.

Već u sljedećoj djeca su kroz 3 zadatka trebala da podignu vlastitu samosvijest i porade na slici o sebi. U tu svrhu su trebali odgovoriti pismeno na zadatke u kojima su opisivali svoje ciljeve, snage i hobije, navodili ko su osobe koje vole i na koje se mogu osloniti te identificirali sličnosti i razlike sa razrednim kolegama.

U trećoj i četvrtoj sesiji djecu se nastojalo potaknuti na bolje razumijevanje i jasnije iskazivanje te prepoznavanje emocija drugih pa su tako npr. jedni glumili emocije svojim tijelima i licima dok su druga djeca pogađala. Još jedan od zadataka bio je odgovoriti na neke od situacijskih problema tipa „Kako biste se osjećali da sva djeca iz razreda budu pozvana na nečij rođendan samo ti ne?“.

Naredna seansa je imala temu razvoja komunikacijskih i vještina rješavanja problema. U jednom od zadataka su nakon kratkog narativa koji im je dat (*Konstantno praviš greške. Kako možeš prestati?*) trebali ponuditi alternativni način predstavljanja ove priče drugima.

Na šestom času su ponovno trebali prepoznati emocije ali sa ciljem smanjenja negativne atribucije. Nakon identifikacije bihevioralnih reakcija koje pripadaju ili kategoriji pasivnih, ili autoritarnih ili dinamičkih, trebali su navesti pozitivne i negativne ishode korištenja svake od njih.

Sedmi čas bio je posvećen rješavanju raznih situacijskih problema gdje su na različite životne scenarije pružali alternativne reakcije i ishode. Također su se i tehnikom igranja uloga upoznali sa nekim rizičnim situacijama što je za cilj imalo smanjenje međusobnih konflikata te razvijanje samokontrole.

I konačno, posljednja i osma seansa je stavila naglasak na razvoj kooperacije i saradivanja kroz adekvatne vještine igre kao što su smjenjivanje na određenim pozicijama, pomaganje, čekanje na red te udjeljivanje komplimenta.

A kako to navode u diskusiji Kyranider i sur.: „Rezultati studije su očekivano pokazali izvanredne rezultate. U poređenju sa kontrolnom grupom, u eksperimentalnoj su pokazani smanjeni simptomi poremećaja ponašanja ali i simptoma u grupi bezosjećajno-impulsivnih, smanjena je impulsivnost te povećana roditeljska involviranost i prijateljska potpora.“ Također, program prevencije je

podjednako pozitivno utjecao i na djevojčice i na dječake kao i na djecu sa različitim rizicima od razvijanja osobina djece sa poremećajem ponašanja.

Ovakvi i slični programi, koje su u školama provodili obučeni studenti psihologije sa iskustvom u radu sa djecom, daju nadu da se slični projekti mogu uskoro početi provoditi i u našim školama. Program koji traje kraće od 2 mjeseca i koji bi se praktično mogao provoditi na časovima odjeljenskih zajednica mogao bi osim problema sa epidemijom mentalnih oboljenja, od kojih nastavnom osoblju najviše muke zadaju zasigurno poremećaji eksternaliziranih ponašajnih simptoma, pomoći i kod uspostavljanju bolje klime u razredu, razvoju kooperativnosti te osnaživanju vršnjačkih veza koje naročito dobijaju na značaju u adolescentskom dobu.

12. Zaključak

Poremećaj ponašanja i njegovi srodni poremećaji te komorbidna oboljenja ekstrinzične i intrinzične prirode predstavljaju stalni problem koji vrši pritisak na školski sistem, nastavni proces, akademski i socijalni razvoj cjelokupnog razreda, roditeljske frustracije ali bez sumnje, najviše i najteže utječu na djecu koja se svakodnevno moraju nositi sa svim prethodno navedenim, noseći sve vrijeme „križ“ krivice na plećima. Poremećaji ponašanja koji se u svom drugačije formulisanom obliku pojavljuju čak i u predškolskoj dobi, a po mišljenju nekih autora simptomi se daju prepoznati i u dojenačkoj dobi, perzistiraju do kasne adolescencije, rane odrasle dobi te nerijetko i duboko u zreli dob. Pri tome se mijenjaju manifestacije poremećaja i posljedice ali poteškoće odrastanja sa PP ustvari samo mijenjaju svoj oblik a nikada zaista ne prestaju. Činjenica da većina autora i istraživača ovog globalnog mentalnog problema smatra da čak i tretmani koji obuhvataju skoro sve aspekte funkcioniranja osobe i njene okoline, pružaju ograničene rezultate, jasno poručuje da ovaj problem zahtjeva sistemski pristup koji će se zasnivati na prevenciji. Ta prevencija započinje još u porodici, a veliki zamah bi trebala da dobije već sa prvim institucionalnim iskustvima djeteta, dakle već od vrtića i predškolskog obrazovanja.

U ovom radu smo detaljno opisali prirodu poremećaja, rane uzročnike, važnost nasljednih ali i okolinskih faktora te medijatorskih varijabli koje mogu djelovati zaštitno ili rizično, u zavisnosti od konteksta. Ukazali smo na osnovne probleme neadekvatne emotivne prilagodbe te komorbidnih oboljenja koja nerijetko prate PP a koja, možda neočekivano za laike, nerijetko jesu ona internalizirane prirode odnosno oboljenja poput depresije, anksioznosti i njima srodnih

poremećaja. Osim toga, ukazali smo i na važnost socijalne prilagodbe djece sa poremećajima ponašanja kao drugog ključnog faktora u poboljšanju sveobuhvatne prilagodbe. Pregled literature iz prethodnih 30-ak godina također nam je ponudilo pregršt informacija o važnosti, implikacijama ali i ograničenjima terapijskih tehnika koje su se dugo vremena zasnivale isključivo na adresiranju problema ponašanja same djece sa poremećajem, zanemarujući faktore okoline koji u nekim slučajevima potpuno nuliraju sve terapijske pokušaje da djecu nauče socijalnim vještinama ili pak vještinama empatičnog slušanja, regulacije vlastitih i prepoznavanja tuđih emocija. Učešće svih involviranih je od krucijalnog značaja pa se tako noviji pristupi nerijetko i više od rada sa djecom sa PP usmjeravaju na rad sa njihovim roditeljima, vršnjacima, roditeljima njihovih vršnjaka i naravno, radu sa nastavnim osobljem.

S obzirom da, kako to Kazadin poručuje još '95. godine, poremećaj ponašanja predstavlja jedan od najskupljih poremećaja na sistem socijalne i zdravstvene zaštite, u interesu je mnogih da se sa važnošću prevencije i tretmana što prije upoznaju donosioci odluka, nadležna ministarstva te obrazovne ustanove koje i same imaju određeni kapacitet da i same, u svojim institucijama, započnu sa provedbom nekih od ponuđenih programa prevencije ili sanacije posljedica ovog poremećaja. Ovaj pregledni rad obuhvata mnoge interesne grupe od kojih svaka može dati svoj doprinos. Ako naše dijete, brat, sestra ili prijatelj nema ovaj poremećaj, možda ga ima njegov razredni kolega ili kolegica a najbolje što mi možemo uraditi po tom pitanju je poslušati savjet stručnjaka iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja, dječije i školske psihologije i to znanje adekvatno ponuditi i prenijeti u svoju neposrednu okolinu. Kako djeca sa poremećajem ponašanja, tako i njihovi vršnjaci ali i učiteljice i učitelji, nastavnice i nastavnici, trebaju pomoć i podršku u nošenju sa problemom koji zbog posljedica pandemije potencijalno može prerasti u još ozbiljniji nego što je to bio prethodno. Što zbog socijalne izolacije, što zbog frustracije, što zbog povećane izloženosti porodičnom nasilju koje je pokazano u mnogim postpandemijskim istraživanjima. Ova djeca i mladi trebaju sistemski podršku i pomoć a obaveza i odgovornost svih nas je da učinimo onoliko koliko je u našoj moći.

13. Literatura

1. Abikoff, H. i Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 881–892.
2. Ahmed i sur. (2022). Prevalence of school bullying and its relationship with attention deficit-hyperactivity disorder and conduct disorder: a cross-sectional study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58:60.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Firth Edition (2013). *Washington, DC: American Psychiatric Press*. Available from: www.dsm5.org
4. Angold, A., Costello, E. J., Farmer, E., Burns, B., i Erkanli, A. (1999b). Impaired but Undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 129–137.
5. Angold, A., Costello, E. J., i Erkanli, A. (1999a). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.
6. Angold, A., i Costello, E. (1992). Comorbidity in children and adolescents with depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(1), 31-51.
7. Bakker, M. J., Greven, C. U., Buitelaar, J. K. i Glennon, J. C. (2016). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(1), 4–18.
8. Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D., i Freitag, C. M., (2016). Association of trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev>.

9. Biederman J, Faraone S.V., Chu M.P. i Wozniak J. (1999). Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:468–476.
10. Bird, H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A. i Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
11. Brestan, E.V. i Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments for conduct disordered children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189
12. Brown, K., Atkins, M. S., Osborne, M. L. i Milnamow, M. (1996). A revised teacher rating scale for Reactive and Proactive Aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 473–480.
13. Cairnes, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest S.D. i Gariepy, J.L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Development Psychology*, 24, 915-23.
14. Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Ferguson, L.L. i Garie'py, J.L. (1989). Growth and aggression: 1. Childhood to early adolescence. *Developmental Psychopathology*, 25, 320–30
15. Capaldi, D. M. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at Grade 6. *Development and Psychopathology*, 3(03), 277.
16. Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., i Balbuena, L. (2016). Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *Journal of Attention Disorders*, 21(5), 381–389.
17. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. i Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.

18. Cummings, E.M., Patrick, T.D. i Campbell, S.B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research and Clinical Implications.. Guilford Press, New York, NY.*
19. Cunningham, N. R. i Ollendick, T. H. (2010). Comorbidity of Anxiety and Conduct Problems in Children: Implications for Clinical Research and Practice. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13(4), 333–347.*
20. Dautbegović, A. (2020). Prilagodba djece i adolescenata u obrazovnom kontekstu. *Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.*
21. Dishion, T.J., Capaldi, D., Spracklen, K.M. i Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. Special Ussue: Development process in peer relation and psychopathology. *Development and Psychopathology, 7, 803-24.*
22. Dishion, T.J., French, D.C. i Petterson, G.R. (1995). The developmentand ecology of antisocial behavior. *Developmental Psychopathology, (Vol. 2, pp. 421-71).*
23. Dodge, K. A., i Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53(6), 1146–1158.*
24. Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., i Valente, E. (1995). Social information processing patterns partily mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Joinral of Abnormal Psychology, 104, 632-43.*
25. Elliot, D.S., Huizinga, D. i Ageton, S.S. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use. Beverly Hills, CA: Sage.*
26. Elliot, D.S., Huizinga, D. i Menard, S. (1989). *Multiple Prolem Youth: Delinquency, Substance Abuse and Mental Health Problems. New York: Springer-Verlag.*
27. Fovet, T., Geoffroy, P. A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P., i Amad, A. (2015). Individuals With Bipolar Disorder and Their Relationship With the Criminal Justice System: A Critical Review. *Psychiatric Services, 66(4), 348–353.*

28. Frick, P. J. (2012). Developmental Pathways to Conduct Disorder: Implications for Future Directions in Research, Assessment, and Treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(3), 378–389.
29. Frick, P.J. (2004). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for serving youth who show severe aggressive and antisocial behavior. *Psychol Schools, 41*:823–834.
30. Frick, P.J. (2006). Current Perspectives on Conduct Disorder. *Current Psychiatry Reports, 59*: 23-33.
31. Frick, P.J., i Morris, A.S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 54– 68
32. Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R. i sur. (1993). Oppositional defiant disorder & conduct disorder: I. Meta-analytic review of factor analyses. *Clinical Psychology Review, 13*, 319-40.
33. Glaser, K. (1967). Masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy, 21*(3), 565-574.
34. Gottfredson, M.R. i Hirschi, T. (1990). A General Theory of Crime. *Stanford, CA: Stanford University Press*.
35. Greene, R., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M., Goring, J., i Faraone, S. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(7), 1214–1224.
36. Hasanbegović-Anić, E., Zvizdić, S., (2021). Poremećaji ponašanja: specifična obilježja, tretman i prevencija. *Dobra knjiga, Sarajevo*.
37. Hill, J. i Maughan, B., (2001). Conduct disorder in children and adolescence. *United Kingdom at the University Press, Cambridge*.
38. Hinshaw, S. P., Lahey, B. B. i Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 31-49.
39. Ingoldsby, E. M., Kohl, G. O., McMahon, R. J., i Lengua, L. (2006). Conduct Problems, Depressive Symptomatology and Their Co-Occurring Presentation in Childhood as

Predictors of Adjustment in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 602–620.

40. Kashani, J., Carlson, G., Beck, N., Hooper, E., Corcoran, C., McAllister, J., Fallahi, C., Rosenberg, T., i Reid, J. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144(7), 931-934.
41. Kazadin, A.E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *J. Child Psychol. Psychial.* Vol. 38, No. 2. p. 161-178.
42. Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
43. Kazdin, A. E. (1995). Conduct disorder in childhood and adolescence. *Thousand Oaks, CA: Sage*.
44. Kimonis, E.R., Frick, P.J., Fazekas, H., i Loney, B.R. (2006). Psychopathy, aggression, and the processing of emotional stimuli in non-referred boys and girls. *Behavioral Sciences & the Law*. 24: 21–37
45. Knoff, H.M. (2000). Organizational development and strategic planning for the millennium: A blueprint toward effective school discipline, safety, and crisis prevention. *Psychology in the Schools*, 37, 17–32.
46. Kovacs, M. i Pollock, M. (1995). Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adoesc Psychiatry* 34:715–723.
47. Kupersmidt, J. B., Burchinal, M., i Patterson, C. J. (1995). Developmental patterns of childhood peer relations as predictors of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology*, 7(04), 825.
48. Kutcher S.P., Marton, P., Korenblum, M. (1989). Relationship between psychiatric illness and conduct disorder in adolescence. *Can J Psychiatry* 34:526–529.

49. Kyranides, M. N., Fanti, K. A., Katsimicha, E. i Georgiou, G. (2017). Preventing Conduct Disorder and Callous Unemotional Traits: Preliminary Results of a School Based Pilot Training Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 291–303.
50. Lochman, .J. (1987). Self and peer perceptions and attributional biases of aggressive and nonaggressive boys in dyadic interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 404-410.
51. Loeber R., Burke J. D., Lahey B.B. i sur. (2000).: Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1468–1482.
52. Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Dev Psychol*, 26:683–697
53. Marcus, R.F. (1996). The friendships of delinquents. *Adolescence*, 21, 145-58.
54. Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., Pari, C., Paziente, A. i Millepiedi, S. (2008). Comorbidity of Conduct Disorder and Bipolar Disorder in Clinically Referred Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(3), 271–279.
55. Matthys, W. I Lochman, J.E. (2010). Oppositional defiant disorder and conduct disorder in children. *John Wiley & Sons, Ltd., Publication*.
56. Mikami, A. Y., & Normand, S. (2015). The Importance of Social Contextual Factors in Peer Relationships of Children with ADHD. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(1), 30–37.
57. Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100:674–701.
58. Moffitt, T.E. (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and research agenda. *In Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. :49–75.
59. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition, intervention and

management (National clinical guideline 158). *British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists*. Available from: [http:// www.nice.org.uk/guidance/CG158](http://www.nice.org.uk/guidance/CG158)

60. Newcomb, A.F. i Bagwell, C.L. (1995). Children's friendship relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *117*, 306-47.
61. Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. i Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(7), 703–713.
62. Olivier, E., Archambault, I. iDupéré, V. (2018). Boys' and girls' latent profiles of behavior and social adjustment in school: Longitudinal links with later student behavioral engagement and academic achievement? *Journal of School Psychology*, *69*, 28–44.
63. Osbourne, J. (2013). A comparison of social adjustment between children in home school and alternative educational placements. *Unpublished doctoral dissertaton. Alliant International University, California, USA*.
64. Patrick, C. J. (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology*, *31*, 319–330
65. Patterson, G. R., i Capaldi, D. M. (1990). A media- tional model for boys' depressed mood. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. *New York: Cambridge University Press* (pp. 141-163).
66. Polier, G. G., Vloet, T. D., Herpertz-Dahlmann, B., Laurens, K. R. i Hodgins, S. (2011). Comorbidity of conduct disorder symptoms and internalising problems in children: investigating a community and a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(1), 31–38.
67. Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*(2), i18-128.
68. Raine, A. (1993). *Psychopathology of Crime*. *San Diego, CA: Academic Press*.

69. Reinecke, M. A. (1995). Comorbidity of conduct disorder and depression among adolescents: Implications for assessment and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*(2), 299–326.
70. Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 75*, 275-29
71. Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J. M., Silberg, J. L., Maes, H. H., Loeber, R., et al. (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 801–808.
72. Simons i sur. (1994). Two routes to delinquency: differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology, 32*, 247-75.
73. Simons, R. L., Wu, C.-I., Conger, R. D., & Lorenz, F. O. (1994). Two routes to delinquency: differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology, 32*(2), 247–276.
74. Steiner, H. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(10), 122S–139S.
75. Vermeiren, R., (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective. *Clin Psychol Rev, 23*:277–318.
76. Vitaro, F., Brendgen, M., Pagani, L.; Trembley, R.E., i McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer association and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology, 11*, 287-304.
77. Vitaro, F., Tremblay, R.E., Kerr, M., Pafani, L. I Bukowski, W.M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development, 68*, 676-89.
78. Walker, J. L., Lahey, B. B., Russo, M. F., Christ, M. A. G., McBurnett, K., Loeber, R., et al. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 187–191

79. Webster-Stratton, C. i Hammond, M., (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *J Consult Clin Psychol*; 64: 540–5.
80. Winther, J., Carlsson, A. i Vance, A. (2013). A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(2), 181–189.