

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata

Završni rad

Nicole Krstanović

Mentor: doc.dr.sc.Ana Kurtović

Osijek, 2016.

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Preddiplomski studij psihologije

Nicole Krstanović

Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata

Završni rad

Društvene znanosti, polje: psihologija, grana: klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc.dr.sc.Ana Kurtović

Osijek, 2016.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Internalizirani poremećaji	2
2.1. Depresivni poremećaji.....	3
2.1.1. <i>Terapija depresivnih poremećaja</i>	4
2.2. Anksiozni poremećaji	5
2.2.1. <i>Strahovi</i>	6
2.2.2. <i>Separacijska anksioznost</i>	7
2.2.3. <i>Socijalna povučенost</i>	7
2.2.4. <i>Terapija anksioznih poremećaja</i>	8
2.3. Suicidalnost	9
2.4. Psihosomatski simptomi	10
3. Prevalencija i kontinuitet internaliziranih poremećaja	11
4. Etiologija internaliziranih poremećaja	12
4.1. Rizični čimbenici	13
4.1.1. <i>Prisutnost psihopatologije kod roditelja</i>	13
4.1.2. <i>Sukobi među roditeljima</i>	14
4.1.3. <i>Odnos roditelja i djeteta</i>	15
4.1.4. <i>Odsustvo odnosa roditelja i djeteta</i>	16
4.1.5. <i>Socioekonomski status</i>	17
4.1.6. <i>Školsko okruženje</i>	17
4.2. Zaštitni čimbenici	18
5. Prevencija internaliziranih poremećaja	19
6. Zaključak	21
7. Literatura	22

Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata

Sažetak:

Internalizirani poremećaji su poremećaji pretjerano kontroliranog ponašanja usmjereni prema samom pojedincu; temelje se pretežno na emocijama tuge i tjeskobe, čine značajne poteškoće u funkcioniranju i prilagodbi djeteta ili adolescenta te predstavljaju velik rizik za poremećaje mentalnog zdravlja i psihosocijalne prilagodbe u odrasloj dobi. U ovom je radu opisan navedeni poremećaji u dječjoj i adolescentskoj dobi s posebnim naglaskom na depresivne i anksiozne poremećaje zbog njihove raširenosti i ozbiljnosti. Također, prikazani su podaci o prevalenciji i kontinuitetu tih poremećaja u Hrvatskoj i u svijetu. Rad se osvrće na brojne rizične i zaštitne čimbenike koji kombiniranim djelovanjem povećavaju ili smanjuju rizik nastanka i održavanja internaliziranih problema u ponašanju te naglašava važnost njihovog ranog prepoznavanja i pravovremenog uključivanja u tretmane radi što uspješnijih ishoda i potencijalnog oporavka. Naglašava se i važnost prikladnog pristupa djeci i adolescentima s izraženim poremećajima kako bi im se olakšalo nošenje s njima, kao i važnost unaprjeđenja preventivnih programa i njihovo učinkovito provođenje u obiteljskim i školskim okruženjima gdje dijete provodi najviše vremena i susreće se s brojnim rizičnim i zaštitnim čimbenicima. Preventivne mjere usmjerene na širu populaciju djece i adolescenata korisne su zbog mogućnosti prepoznavanja djece u potencijalnom riziku od razvoja poremećaja, uklanjanja stigme s djece koja poremećaj imaju već razvijen te ostvarivanja veće suradnje između vršnjaka, školskog kadra i roditelja.

Ključne riječi:

internalizirani poremećaji, djeca, adolescenti, rizični čimbenici, zaštitni čimbenici, prevencija

1. Uvod

Emocije utječu na ljudsko ponašanje i motivaciju, određuju životne ciljeve, ljudsku osobnost i način ophođenja s drugima, a emocionalno je doživljavanje od središnje važnosti za definiranje psihopatologije u djetinjstvu. Poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji koji uključuju emocije pojavljuju se u dvije široke kategorije; jedna su eksternalizirani, a druga internalizirani poremećaji u ponašanju. Ta podjela nije stroga jer internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi nego su često i povezani. Internalizirani poremećaji teže su uočljivi i dostupni opažanju kod djece i mladih, a odnose se na simptome poput depresivnosti, anksioznosti, povučenosti, osjećaja inferiornosti, sramežljivosti, osjetljivosti, osjećaja somatskih poteškoća, pa u nekim slučajevima i suicidalnosti. Većina svjetske literature manju pozornost pridaje internaliziranim poremećajima kod djece i adolescenata nego eksternaliziranim. Potencijalni razlog tomu je što internalizirani problemi stvaraju probleme samoj djeci, a eksternalizirani stvaraju probleme djetetovoj okolini. S obzirom na to da su internalizirani poremećaji važan prediktor mentalnog zdravlja i ishoda za budućnost te postoji velika potreba za povećanjem svijesti o njihovim posljedicama i utjecaju, u ovom će se radu pažnja pridati njima, napraviti će se detaljan pregled pojedinih internaliziranih poremećaja s obzirom na njihovu ozbiljnost i učestalost u populaciji djece i adolescenata te ukazati na njihovu simptomatologiju i raširenost. Poseban značaj dat će se depresivnim i anksioznim poremećajima kao najzastupljenijim među djecom i mladima te suicidalnosti. Cilj ovog rada također je i doprinijeti razumijevanju ove problematike i prikazati različite čimbenike iz dječjeg, ponajviše obiteljskog i školskog, okruženja koji su svojim utjecajem uključeni u nastanak i razvoj psihopatologije. Objasniti će se pojedine rizične činitelje koji pospješuju nastanak poremećaja te ih pojačavaju, ali i zaštitne činitelje koji umanjuju vjerojatnost nastupanja poremećaja i olakšavaju one već nastale. Neki od najvažnijih čimbenika su prisutnost psihopatologije u obitelji, odnosi rane privrženosti roditelja i djeteta, količina sukoba i sposobnosti konstruktivnog rješavanja problema u obitelji, prilagodba u školskom okruženju, podrška vršnjaka i odraslih i brojni drugi. Poseban se naglasak želi staviti i na važnost ranog prepoznavanja simptoma internaliziranih poremećaja poput povučenosti, bezvoljnosti, tjeskobe, sklonosti samoranjavanju, somatskih poteškoća, problema sa spavanjem i brojnih drugih koji zbog kasnog uočavanja mogu prerasti u ponašanja opasna za pojedinca i njegovu okolinu te se razviti u teži oblik poremećaja. Naglašava se i važnost provedbe sveobuhvatnih preventivnih programa i njihovo implementiranje u obiteljskom i školskom okruženju koji mogu imati višestruke koristi za djecu koja već imaju razvijene poremećaje, djecu u riziku, roditelje i sve s kojima provode vrijeme.

2. Internalizirani poremećaji

Internalizirani poremećaji nazivaju se još i poremećajima pretjerano kontroliranog ponašanja (Begić, 2014), to su pretežno pasivni problemi u ponašanju i odnose se na ponašanja koja su usmjerena prema sebi (Bouillet i Uzelac, 2007). Internalizirani se poremećaji temelje na emocijama tuge i tjeskobe zajedno s tendencijom povlačenja, a očite su promjene u raspoloženju, motivaciji, tjelesnom i motoričkom funkcioniranju te spoznaji (Macuka i Jurkin, 2014). Javljaju se kod djece koja imaju problema u emocionalnoj regulaciji, pa takva djeca češće plaču, iskazuju bijes, sram, stidljivost, imaju manjak adekvatnih načina reagiranja te visoku razinu inhibicije ponašanja (Macuka, 2008). Najuoobičajenija podjela internaliziranih poremećaja s obzirom na ozbiljnost kliničkih slika i raširenost u dječjoj i adolescentskoj populaciji jest na kategorije depresivnih i anksioznih poremećaja, zatim je tu i suicidalnost kao njihova potencijalna posljedica (Novak i Bašić, 2008) te ostale teškoće - poremećaji u socijalnom funkcioniranju, tikovi, enureza, enkopreza, mucanje, brz i konfuzan govor i drugi (Begić, 2014). Čini se da internalizirani simptomi relativno stabilni u vremenu i imaju tendenciju multipliciranja; ponašanja u djetinjstvu poput povučenosti, osamljenosti, manjka prijatelja i sklonosti maštanju imaju tendenciju trajanja i u kasnijoj dobi (Bašić, 2009; prema Maglica i Jerković, 2014). Također, iako se većina internaliziranih poremećaja dijagnosticira pretežno u adolescentskoj dobi, simptomi se manifestiraju ranije i relativno su stabilni od ranog djetinjstva pa sve do odrasle dobi (Ashford i sur., 2008). Internalizirani problemi su ponekad teže uočljivi i teže dostupni opažanju jer vanjsko ponašanje nije jedina komponenta ovih poremećaja, ali i zato što su često prikriveni razvojnim promjenama koje otežavaju prepoznavanje i pravodobnu prevenciju (Macuka, 2008). Uočavanje simptoma važno je prije svega jer su djeca i mladi koji imaju ove poremećaje u riziku za razvoj psihičkih poremećaja, ozbiljnih emocionalnih teškoća i problema u prilagođavanju u odrasloj dobi (Novak i Bašić, 2008). Kod dijagnostike dječje i adolescentne psihopatologije dolazi do poteškoća i zbog različitih izvora informacija; najčešće se koriste informacije dobivene od samog djeteta/adolescenta, zatim od roditelja, a često i od nastavnika, odgojitelja i rodbine. U dijagnostičkoj procjeni takav pristup omogućuje prikupljanje različitih podataka od svih važnih izvora u djetetovoj okolini, no takav pristup se više preporuča kod mlađe djece, dok se kod adolescenata smatra da su sami najbolji izvor podataka o vlastitu ponašanju i doživljavanju jer postoji veliko neslaganje u samoiskazima djece i informacijama dobivenim od roditelja i nastavnika (Macuka, Smojver Ažić i Burić, 2012). Učitelji i roditelji nisu dovoljno sigurni u prepoznavanju internaliziranih teškoća kod djece. Jedno istraživanje u Hrvatskoj je pokazalo da su emocionalne teškoće zastupljene kod 3,5% djevojčica i 4,2% dječaka, a učitelji izvještavaju

kako im je to najmanji problem u održavanju nastave (Keresteš, 2005; prema Novak i Bašić, 2008) i uspijevaju prepoznati samo 26 do 34% takvih slučajeva kod djece, dok roditelji točno prepoznaju tek u 30 do 46% slučajeva da im dijete pati od internaliziranih poremećaja. Učitelji takvu djecu ne prepoznaju jer su tiha, nenametljiva, nevidljiva i ne ometaju nastavu, no ovi podaci su znak za potrebom edukacije učitelja i roditelja u prepoznavanju simptoma i identificiranju poteškoća (Novak i Bašić, 2008). U svrhe otkrivanja emocionalnih problema djece i adolescenata koriste se različite metode procjene, a jedan od široko prihvaćenih pristupa je korištenje standardiziranih instrumenata od kojih su najčešće korišteni u te svrhe Achenbachovi upitnici. Za dijagnostiku poremećaja nužni su i intervjui, drugi standardizirani instrumenti i neki vanjski izvori informacija, no Achenbachovi upitnici pomažu u prepoznavanju djece s najvećim rizikom za razvijanje poremećaja. Primjenom ovih upitnika mogu se dobiti podatci o simptomima određenih internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja, kontinuitet unutar poremećaja, a broj simptoma je mjerilo težine poremećaja (Macuka, 2008). Pri razmatranju pojedinih internaliziranih poremećaja treba imati na umu da među svim oblicima poremećaja u ponašanju postoji znatno preklapanje, da se internalizirani i eksternalizirani poremećaji često ne isključuju i da je na mnogo uzoraka potvrđena njihova pozitivna veza (Novak i Bašić, 2008) te da su djeca i mladi sa samo jednim oblikom poremećaja u ponašanju zapravo iznimka (Bouillet i Uzelac, 2007).

2.1. Depresivni poremećaji

Kako djeca odrastaju, normalna neraspoloženost i depresivnost postaju uobičajenije, a raspoloženja adolescenata općenito su tmurnija nego u djece (Oatley i Jenkins, 2007). Depresivnost je emocionalno stanje koje karakteriziraju doživljaji tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti što je sve češće životno iskustvo svake osobe, no depresija je mnogo više od uobičajene tuge i žalosti, ona je patološko stanje u kojem trajanje i intenzitet žalosti nisu u skladu s izvorom emocionalnih problema (Lebedina Manzoni, 2005). Depresija u dječjoj dobi, osim izraženog depresivnog raspoloženja uključuje emocionalno uzbuđenje i kombinaciju agresivnosti, neodlučnosti i prkosa. Osnovni simptomi dječje depresije jesu neraspoloženje, razdražljivost, nezainteresiranost, izbjegavanje odlaska u školu, manjkavo uključivanje u igru, teškoće koncentracije, tjelesne smetnje poput glavobolje i abdominalnih tegoba. U adolescenciji se pojavljuju gubitak energije, osjećaj krivice, bezvrijednosti i bespomoćnosti, oscilacije tjelesne težine (Begić, 2014), kao i potreba da se ode od kuće i odbijanje sudjelovanja u obiteljskim aktivnostima (Vulić Prtorić, 2004). Simptomi karakteristični za depresiju su također i osjećaj dosade, nemogućnosti koncentracije, nemogućnost spavanja noću, ali uspavanost danju, jutarnja lijenost, gubitak apetita, odustajanje od uobičajenih aktivnosti, a u nekim slučajevima i suicidalna

razmišljanja (Fitch, 2001). Depresivna djeca najčešće sama sebe opisuju negativnim terminima, govore monotonim glasom i usporena su. Depresija je često prikrivena i somatskim smetnjama poput glavobolje i boli u trbuhu, a može biti maskirana i različitim oblicima odstupanja u ponašanju, pa iza agresije, kršenja normi i otpora odrasli često ne prepoznaju o čemu je riječ (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004). Simptomi mogu manje ili više sniziti stupanj raspoloženja ugrožavajući funkcioniranje pojedinca odnosno njegovu sposobnost prilagodbe životu društva. Mogu se javiti kao reakcija na neki stresni događaj, ali i bez vanjskog povoda (Matković, 2014). Učestalost depresije se drastično povećava u adolescenciji, prema nekim istraživanjima čak deseterostruko u odnosu na djetinjstvo (Rutter i sur., 1976; prema Oatley i Jenkins, 2007). Dječaci su do trinaeste godine života depresivniji od djevojčica, no u adolescenciji i osobito ulaskom u odraslu dob žene su dvostruko češće depresivne nego muškarci (Glavina i Keresteš, 2007; prema Novak i Bašić, 2008). Kod dječaka je učestalost depresije i količina depresivnih simptoma relativno stabilna od ranog djetinjstva kroz čitavu adolescenciju (Angold, 1991; prema Oatley i Jenkins, 2007). Postoje spolne razlike i u načinima na koje dječaci i djevojčice pokazuju svoje smetnje; djevojčice su sklonije introspektivnom rješavanju problema, izražavanju straha i tuge, dok su dječaci skloniji pokazivanju kroz agresivna ponašanja. Potencijalni razlog tome je socijalizacijski utjecaj kroz koji roditelji prihvatljivijim smatraju pokazivanje takvih emocija kod djevojčica, a agresivnosti kod dječaka, no moguće je i objašnjenje da je kod različitih vrsta i u različitim društvima agresija uobičajenija kod muškog spola (Oatley i Jenkins, 2007). Utvrđeno je i da djeca s depresivnim poremećajima imaju i „depresogeni“ atribucijski stil, odnosno sklona su negativne događaje objašnjavati stabilnim („uvijek će biti tako“), unutrašnjim („ja sam za to kriv“) i globalnim („sve će situacije biti poput ove“) činiteljima. Također, djeca s depresijom više vrednuju povlačenje, poput tihog napuštanja sukoba, nego djeca koja nisu depresivna (Oatley i Jenkins, 2007).

2.1.1. Terapija depresivnih poremećaja

Što se depresivnom djetetu ili adolescentu prije postavi dijagnoza i prije se uključi u tretman, veća je vjerojatnost bržeg i sveobuhvatnijeg oporavka (Bouillet i Uzelac, 2007), a ako se ne uključi u odgovarajući tretman, poremećaj će sve snažnije utjecati na socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj djeteta i njegove odnose s okolinom (Lebedina Manzoni, 2005). Jedna od mogućnosti razlikovanja depresivnog raspoloženja i depresivnog poremećaja je da se obrati pažnja na trajanje i intenzitet određenih simptoma; iznenadne i nagle promjene navika te učestalost pojavljivanja ranije navedenih simptoma bi trebali biti znak za uzbunu i traženje pomoći (Winkel, 1996). Izbor terapijske tehnike ovisi o dobi djeteta i njegovim mogućnostima razumijevanja. Od individualnih

terapija najčešće se koriste terapija igrom kod najmlađih, kod djece od 6-12 godina suportivne psihoterapijske tehnike s fokusom na odnosima te bihevioralne terapije temeljene na pozitivnim podražajima i informacijama, kao i kognitivne terapije s djecom i adolescentima. Grupne terapije mogu pomoći djetetu da uspostavi empatiju s drugim članovima i lakše se izrazi, obiteljske terapije imaju za cilj poboljšanje međusobnih odnosa, a psihofarmakoterapija često je neizostavan dio terapije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004; Matković, 2014). U školi se takvoj djeci može pomoći davanjem sustavnih povratnih informacija, pružanjem osjećaja sigurnosti, a na socijalnom području i području uspjeha postavljanjem samo onih zahtjeva koje mogu svladati (Winkel, 1996). Iako većina djece s depresivnim poremećajima trebaju stručnu pomoć, u nekim situacijama od pomoći mogu biti i intervencije osoba bez profesionalne izobrazbe poput roditelja koji ohrabruju dijete da razgovara s njima o svojim problemima, a čak i slušanje ugodne glazbe može biti blagotvorno. Depresivno dijete treba poticati da se odmara, konfrontira se sa svojim osjećajima i ne ignorira ih, da ustraje u dobrim navikama hranjenja i uključi se u aktivnosti, no ne treba ih ni pretjerano siliti. Bilo bi dobro da ih roditelji na neko vrijeme zaštite, ako je to moguće, od velikih životnih promjena poput selidbe i suzdrže se od pretjeranog kritiziranja (Fitch, 2001).

2.2. Anksiozni poremećaji

Najčešći oblici internaliziranih poteškoća o kojima izvještavaju djeca i adolescenti su simptomi i problemi vezani uz anksioznost. Dječja se anksioznost pojavljuje u nekoliko oblika; generalni anksiozni poremećaj, separacijska anksioznost, fobični strahovi, socijalna tjeskoba i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Zabrinutost, uznemirenost i napetost karakteristike su anksioznosti koja se u djetinjstvu podjednako javlja i kod dječaka i kod djevojčica, dok je u adolescenciji više prisutna kod djevojaka. Važno je razlikovati normalnu anksioznost od patološke, koja dugo traje i ometa funkcioniranje pojedinca (Begić, 2014). Neki anksiozni simptomi mogu biti normalna pojava u procesu sazrijevanja svakog djeteta kao odgovori na opasne situacije koji djeluju motivacijski ili karakteriziraju slabiju prilagodbu koju većina djece prevlada odrastanjem, no ako se ti simptomi razviju i intenziviraju, ukoliko su izvan kontrole pojedinca i neprilagođeni po trajanju govorimo o patološkoj anksioznosti. S druge strane, ako ti simptomi iščeznu s dobi i nemaju kao posljedicu disfunkcionalno ponašanje djeteta, ne mogu se promatrati kao dokaz psihopatologije (Mišćević, 2007). Tijekom djetinjstva se anksioznost povećava s dobi, osobito u razdoblju od tri do osam godina, dok je između srednjeg djetinjstva i adolescencije prilično stabilna. Pojedini oblici anksioznih poremećaja su karakteristični za određenu dob, tako je separacijska anksioznost češća u ranom djetinjstvu, a generalizirani anksiozni poremećaj u adolescenciji (Oatley i Jenkins, 2007). Očekivano je i razumljivo da će se određeni anksiozni

simptomi pojaviti u prijelaznim razdobljima u dječjem životu poput upisa u vrtić, polaska u osnovnu ili srednju školu i u svim situacijama koje predstavljaju izazov u prilagodbi (npr. rana hospitalizacija) (Mišćević, 2007). Separacijska anksioznost javlja se u ranom djetinjstvu, dok su ostali oblici češći kod školske dobi. Socijalna je anksioznost jedini oblik koji ima vidljive i upadljive simptome dok drugi oblici češće prođu neopaženo; anksiozna djeca često prikrivaju svoje strahove jer ih se srame, pa ostaju neprimijećeni zbog čega rjeđe dobivaju primjerenu pomoć što dovodi do dramatičnijih kliničkih slika (Novak i Bašić, 2008). Što se anksiozni simptomi ranije pojave kod djeteta, što su dugotrajniji i što se kasnije počnu liječiti, to je lošija prognoza. Za oko trećinu djece koja imaju dječji anksiozni poremećaj se procjenjuje da će imati psihičkih problema u odrasloj dobi (Begić, 2014). Uobičajeno je i da se dvije ili više različitih vrsta anksioznih poremećaja pojavljuju zajedno, a često se pojavljuju i u kombinaciji s depresijom (Oatley i Jenkins, 2007).

2.2.1. Strahovi

Strah je reakcija na percipiranu prijetnju uz izbjegavanje situacije ili objekta, subjektivni osjećaj nelagode te prateće fiziološke promjene. Za strahove se pretpostavlja da uključuju reakcije na podražaje poput prirodnih događaja ili apstraktnih pojmova (Mišćević, 2007). Normalan strah od patološkog može se razlikovati po situacijskoj primjerenosti, intenzitetu i trajanju simptoma, stupnju u kojem simptomi ometaju svakodnevno funkcioniranje i po razvojnoj primjerenosti straha ili anksioznosti (Vulić Prtorić, 2002). Intenzivan strah može se prepoznati po uznemirenosti, bljedilu, pojačanom znojenju, kočenju, napetosti i zbunjenosti (Bouillet i Uzelac, 2007). Oblici dječjih strahova su različite negativne emocionalne reakcije uglavnom vezane za objekte i uzroke koji se mogu opisati; oblike strahova se ne može jasno odvojiti jedne od drugih jer se često preklapaju, no neki od njih su strah od osoba, kazne, konflikata, neuspjeha, etiketiranja, irealnih moći, škole i budućnosti. Fobije se najčešće dijele na socijalnu fobiju i specifične fobije. Socijalna fobija ustrajni je i iracionalni strah općenito povezan s nazočnošću drugih ljudi te može prerasti u iznimno teško i onesposobljavajuće stanje. Osobe koje pate od ove fobije obično nastoje izbjeći neke određene situacije koje izazivaju krajnje intenzivnu tjeskobu (Davison i Neale, 1999). Socijalna fobija najčešće je vezana uz povjerenje u samog sebe i u druge, uz osobni gubitak značenja i važnosti, bojazan da neće odgovoriti na zahtjeve u obiteljskom i školsko-socijalnom okruženju te da će se izgubiti ljubav i priznanje važnih osoba (Winkel, 1996). Specifične se fobije odnose na neutemeljeni, izraziti i stalni strah od određenih objekata ili situacija. Izloženost tim objektima ili situacijama ili zamišljanje istih gotovo odmah izaziva anksiozni odgovor koji može u ekstremnim slučajevima prerasti i u napad panike. Te reakcije su gotovo uvijek pretjerane, nisu

u skladu sa zahtjevima situacije, javljaju se bez volje i traju duže vrijeme. Djeca koje pate od ovih fobija često ne prepoznaju da je strah pretjeran i nerazuman, a podražaje koji ga izazivaju obično izbjegavaju ili se suočavaju s njim uz iznimnu nelagodu (Mash i Barkley, 1996). Prema jednom istraživanju pokazalo se da su neki od najčešćih specifičnih strahova predškolske dobi strah od mraka, da će se nešto dogoditi voljenim osobama, od imaginarnih bića, od zlih ljudi, samoće, medicinskih pretraga i liječnika, grmljavine, noćni strahovi i drugi. Po intenzitetu u predškolskoj dobi najjači se pokazao strah od pauka, zatim od liječnika, imaginarnih bića i zlih ljudi (Tatalović Vorkapić i Knapić, 2015). Strah od raznih životinja, fizičkih ozljeda i boli uobičajeniji su za djevojčice, dok su kod dječaka češći strahovi od ekonomskog i akademskog neuspjeha (Miščević, 2007). Srećom, većina fobija dopušta djeci funkcioniranje bez većih poteškoća, iako u kliničkim slučajevima djeca mogu imati panične napade zbog preplavljujućeg straha u trajanju od desetak minuta sa simptomima poput vrtoglavice ili nemogućnosti disanja i gušenja. Bez obzira na ozbiljnost i jačinu straha, većina djece obično u nekom trenutku prepozna da su takve reakcije pretjerane (Fitch, 2001).

2.2.2. Separacijska anksioznost

Separacijska anksioznost je ustrašenost do panike koje nastaje zbog odvajanja od roditelja ili druge osobe koja skrbi o djetetu i za koje je dijete vezano. Ovaj oblik anksioznosti javlja se u ranom djetinjstvu (Begić, 2014). Normalna separacijska anksioznost pojavljuje se kod djece nakon 5 ili 6 mjeseci starost i raste do oko 12 ili 16 mjeseci starosti, nakon čega počne opadati. Simptomi normalne dječje separacijske anksioznosti su kratkotrajni nakon odvajanja od roditelja ili skrbnika, no ako dijete pati od patološkog oblika separacijske anksioznosti ono ustraje nekoliko tjedana u burnim reakcijama pri odvajanju koje mogu biti popraćene nerealnim strahovima da će biti oteti ili ubijeni. Takve reakcije mogu rezultirati i djetetovim burnim reakcijama i odbijanjem da ide u školu, da prespava kod nekoga kad roditelji trebaju negdje otići i slično (Fitch, 2001; Vulić Prtorić, 2002).

2.2.3. Socijalna povučенost

Djeca koja su socijalno povučena ponašaju se pretežito mirno, osamljeno, mnogo maštaju, tiha su i nemaju puno prijatelja zbog osobne nesigurnosti i nepovjerenja u druge osobe. Oni se često neugodno osjećaju kad moraju nešto glasno reći, usporeni su u društvenim kontaktima, kontroliraju i prikrivaju izražavanje vlastitih osjećaja, čekaju da drugi ostvare kontakt s njima, ali često i ignoriraju tuđe obraćanje (Bouillet i Uzelac, 2007). Socijalno povučena djeca igraju se

samo s članovima obitelji ili dobro poznatim vršnjacima te izbjegavaju nepoznatu djecu i odrasle. Zbog nesigurnosti i stidljivosti ne uspiju razviti zadovoljavajuće socijalne vještine, stoga se uključuju u puno manje društvenih aktivnosti i osjećaju manje zadovoljno od svojih vršnjaka. S ukućanima, članovima i prijateljima obitelji obično imaju ugodne i tople odnose te iskazuju spremnost za povezivanjem. Iznimno stidljiva i povučena djeca mogu u novim socijalnim okolnostima potpuno odbijati govoriti, a to se ponašanje naziva selektivnim mutizmom (Davison i Neale, 1999). Selektivni mutizam je pojava u kojem govor izostaje u nekim situacijama dok je u drugima prisutan, a ako se ne počne povlačiti do desete godine, velika je vjerojatnost da će se kasnije pretvoriti u anksiozni ili depresivni sindrom (Begić, 2014). Djeca koja ne govore u novim socijalnim situacijama često se i skrivaju iza pokućstva, zavlače u kutove i čvrsto privijaju uz roditelje te im kad dođu kući postavljaju brojna pitanja vezana uz situacije koje ih zabrinjavaju. Oni doživljavaju anksioznost tri puta češće od svojih neanksioznih vršnjaka, pri suočavanju sa stresnim situacijama srčani otkucaji im se dramatično ubrzavaju, počnu zamuckivati, plaču i tuže se na tjelesne tegobe (Beidel, 1991; prema Davison i Neale, 1999). Uzroci socijalne povučenosti mogu biti brojni, kako genetske predispozicije i psihološke osobine roditelja, tako i obiteljski međuodnosi, različita prethodna iskustva, krive interpretacije događaja i najranije traume zbog kojih mnoge potencijalno ugodne situacije procjenjuju kao prijetnju i time stvaraju napetost. Također, roditelji koji uskraćuju djetetu autonomiju potkrepljuju njegovu povučenost jer mu uskraćuju priliku da se samo za nešto izbori i stekne pozitivna iskustva (Lebedina Manzoni, 2007).

2.2.4. Terapija anksioznih poremećaja

Neke od svojih strahova djeca će postupno nadvladati odrastanjem i sazrijevanjem, no određene terapije bitno pospješuju dječji oporavak. Bihevioralna je terapija najuspješnija kada juiskusni terapeut individualizira prema djetetovom razvoju. Općenito se smatra da je izlaganje objektu straha i izbjegavanja najučinkovitiji način odstranjivanja neutemeljenog straha. Također, učinkovite su i tehnike koje se koriste operantnim uvjetovanjem, djetetu može biti poticajno i ohrabrujuće ako ga se nagrađuje kada se primakne objektu straha ili dobro podnese zastrašujuću situaciju. Korisno je i učenje oponašanjem, u brojnim se studijama i primjerima kliničke terapije pokazalo da su prestrašena djeca sklona oponašati drugo dijete koje objektu, koje prestrašenom djetetu izaziva nelagodu, pristupa bez straha. Od pomoći djeci pri suočavanju sa strahom bit će i ako im roditelji i terapeuti pruže informacije koje obogaćuju njihovo znanje o objektu straha i tako steknu znanje i vještine za suočavanje s takvim situacijama. Slična terapiji dječjih strahova je i terapija socijalne povučenosti koja uključuje poticanje djeteta na uključivanje u igru s drugom djecom. Ono može biti u obliku prikazivanja filmova u kojima se druga sramežljiva djeca

uključuju u igru s vršnjacima ili direktnim usmenim poticanjem i ohrabrivanjem djeteta da se uključi u grupne igre. Nadalje, interakcijom terapeuta i djeteta mogu se naučiti novi oblici ponašanja i razviti specifične socijalne vještine koje mu nedostaju kroz rad i igru (Davison i Neale, 1999). Djecu se podučava o nepoželjnim emocionalnim, kognitivnim i ponašajnim reakcijama, a potom strategijama kako se suočiti s negativnim uzbuđenjem i relaksirati. Također, kognitivni tretman pokazao se efikasnim, a on uključuje pokušaj mijenjanja negativnog načina razmišljanja i stjecanje pozitivnih iskustava koji bi mogli promijeniti negativne sheme (Lebedina Manzoni, 2007). Igra je sastavni dio dječjeg života, ima sposobnost potpuno zaokupiti dječju pozornost, probuditi kreativnost, maštu i osjećaj neopterećenosti. Kroz igru djeca simuliranjem proučavaju realnost i sjedinjuju ju s maštom, testiraju svoje mogućnosti, uspostavljaju odnose s drugom djecom i odraslima te razvijaju svoja razmišljanja, osjećaje i ponašanja. Terapija igrom vrlo je efikasna za dječje otpuštanje napetosti i smanjenje stresa, imaju mogućnost prikazati svoje osjećaje ili proživjeti situacije s distancom u sigurnom okruženju i steći osjećaj kontrole nad svojim svijetom. Kroz terapijsku igru dijete može naučiti verbalizirati svoje osjećaje, pokazati ih na društveno prihvatljiv i kreativan način, suočiti se s problemom i razmotriti moguća rješenja te osnažiti kontakte (Dudić, 2015).

2.3. Suicidalnost

Samoubojstvo je u razvijenim zemljama treći vodeći uzrok smrti u djece i adolescenata, incidencija pokušaja suicida doseže vrhunac u kasnoj adolescenciji, a istraživanja su pokazala da je suicidalnost visoko povezana s anksioznim poremećajima (Matković, 2014). Hrvatska se nalazi na osmom mjestu europske liste po stopi samoubojstava kod mladih (Folnegović Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac, 2001). Najčešći znakovi suicidalnih tendencija kod djece i adolescenata su potištenost, promjene u ponašanju, povlačenje iz okoline, gubitak interesa za ranije aktivnosti, hobije i prijatelje, kao i problemi u učenju, koncentraciji, bezvoljnost i umor. Školski problemi, stresni događaji, loša komunikacija s obitelji i suicidalnost u obitelji su visoko rizični čimbenici (Novak i Bašić, 2008). Suicidalnost je često povezana s depresijom i anksioznošću, a kao depresivni simptom češće je izražena kod djevojčica i to posebice u dobi iznad 11 godina (Mišćević, 2007). Velik broj adolescenata koji počine samoubojstvo imaju simptome nekog psihičkog poremećaja, ponajviše anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, a neki od znakova za opasnost od suicida su potisnuta ljutnja kao znak beznadnosti i nisko samopoštovanje (Vulić Prtorić, 2004). Nažalost, često znakovi koji upućuju na probleme i potencijalnu opasnost nisu prepoznati zbog mita da je djetinjstvo period sreće i bezbrižnosti i da djeca nemaju razloga za tugu. Svaku osobu koja ispoljava takvo ponašanje potrebno je uputiti stručnjaku da procijeni radi li se o ozbiljnijem

poremećaju; prvenstveno se naglašava da bi promjene u ponašanju trebali prepoznavati učitelji i pedagozi te ih sukladno tome treba edukacijama senzibilizirati za takve simptome (Folnegović Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac, 2001).

2.4. Psihosomatski simptomi

Internalizirani poremećaji često su prikriveni raznim somatskim smetnja među kojima su najčešće glavobolja i bolovi u trbuhu (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004), bolovi u mišićima, vrtoglavica i pospanost (Zolog i sur., 2011). Brojna istraživanja proučavala su odnos između somatskih tegoba i psihopatologije u djece i adolescenata, osobito anksioznih poremećaja i depresije. Istraživanja su pokazala da djeca s čestim pritužbama na somatske simptome imaju veću vjerojatnost da će im biti dijagnosticiran neki internalizirani poremećaj (Jellesma, Rieffe, Terwogt i Kneepkens, 2006; prema Zolog i sur., 2011), da će se djeca i adolescenti više žaliti na somatske smetnje što imaju teži oblik anksioznosti ili depresije (Muris i Meesters, 2004; prema Zolog i sur., 2011) te da djeca koja pate od anksioznosti ili depresije češće imaju somatske smetnje od djece koja nemaju poremećaja (Egger, Costello, Erkanli i Angold, 1991; prema Zolog i sur., 2011). Depresija se od tjelesnih smetnji najčešće povezuje s boli u trbuhu, glavoboljom (Begić, 2014), poteškoćama u spavanju, promjenama apetita, smanjenom energijom, tjelesnom težinom i tjelesnom aktivnošću (Mash i Barkley, 1996). Tjelesni simptomi koji karakteriziraju skupinu anksioznih poremećaja su uznemirenost, bolovi u trbuhu, crvenilo u licu, lupanje srca, mišićna napetost, znojenje i drhtanje (Ginsburg, Riddle i Davis, 2006). S obzirom na tip anksioznog poremećaja, istraživanja najčešće pokazuju povezanost pojedinih somatskih simptoma sa separacijskom anksioznošću, a to su pritužbe na mučninu, povraćanje i drugi gastrointestinalni problemi na gotovo dnevnoj bazi s ciljem odgađanja odlaska u školu i odvajanja od roditelja, kao i glavobolje (Mash i Barkley, 1996), abdominalni bolovi, bolovi u nogama i vrtoglavice. Drhtanje, pojačano znojenje i jako lupanje srca česti su simptomi socijalne fobije (Zolog i sur., 2011). Istraživanja ukazuju na tjelesne simptome kao jednu od ključnih značajki internaliziranih poremećaja i ukazuju na potrebu uočavanja i liječenja istih kod djece i adolescenata koji od tih poremećaja pate (Ginsburg, Riddle i Davis, 2006). Terapijski rad trebao bi biti usmjeren na razvijanje otvorene i jasne komunikacije kako o somatskim teškoćama, tako i o svakodnevnim problemima s kojima se dijete susreće (Vulić Prtorić, 2002). Idealnim se čine terapije koje se usmjeravaju istovremeno i na pritužbe o tjelesnim simptomima i na emocionalne smetnje. Vrlo učinkovito se pokazala kognitivno-bihevioralna terapija koja dovodi do smanjenja tjelesnih tegoba vezanih uz internalizirane poremećaje tako što se djecu uči strategijama uočavanja tih tegoba i tehnikama relaksacije (Zolog i sur., 2011).

3. Prevalencija i kontinuitet internaliziranih poremećaja

Pouzdanih podataka o prevalenciji i incidenciji internaliziranih poremećaja u djece i adolescenata u Hrvatskoj ima vrlo malo (Novak i Bašić, 2008), a provedena su istraživanja uglavnom nepovezana, metodološki neusklađena i provedena na različitim populacijama u različitim vremenskim razdobljima (Maglica i Jerković, 2014). Da bi se dobile informacije o pravoj prevalenciji nekog poremećaja u određenoj populaciji nije ih dobro temeljiti samo na osobama koje dolaze u klinike jer su problemi prisutni puno prije javljanja stručnoj pomoći, a svega 10-30% djece s psihijatrijskim poremećajima dobije pomoć. Učestalost psihijatrijskih poremećaja među dječjom populacijom u zapadnim zemljama kreće se između 15 i 22%, a eksteralizirani poremećaji i anksiozni poremećaji su najučestaliji psihijatrijski poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji (Oatley i Jenkins, 2007). Unatoč tome što je prevalencija internaliziranih poremećaja najveća u adolescenciji, većina simptoma počinje puno ranije, postaju relativno stabilni u kasnom djetinjstvu, preko adolescencije do odrasle dobi. Neka istraživanja pokazuju da kada bi se ti simptomi ranije prepoznali da bi se incidencija internaliziranih poremećaja mogla smanjiti i do 57% (Ashford i sur., 2008). Prema novijim istraživanjima oko 10% djece i mladih zapadnih zemalja doživljava klinički značajnu depresiju (Dadds, 2007; prema Novak i Bašić, 2008). Nadalje, kod 40% djece koja pate od glavobolja radi se o depresiji, a depresija se opisuje kod 28% djece liječene na psihijatrijskim odjelima i 7% opće pedijatrijske populacije (Kocijan Hercigonja i Hercigonja Novković, 2004). Stopa depresije povećava se s dobi, a nakon adolescencije postaje dvostruko učestalija kod žena nego muškaraca (Begić, 2014). Sukladno porastu stope depresije s dobi, povećava se i stopa suicida među mladima koja doseže vrhunac u kasnoj adolescenciji (Matković, 2014). Anksiozni poremećaji se u dječjoj dobi pojavljuju kod 8-9% dječje populacije, no incidencija se razlikuje s obzirom na oblik poremećaja. Generalizirani anksiozni poremećaj pojavljuje se kod 1-3% djece i adolescenata, separacijska anksioznost kod 3-5%, socijalna fobija među 1%, a specifične fobije, prisutne su kod 2-9% djece i mladih (Oatley i Jenkins, 2007; Anderson i sur., 1987; prema Mišćević, 2007). U istraživanjima provedenim na općoj populaciji, internalizirani poremećaji pokazali su se nešto manje stabilnim od eksteraliziranih (Oatley i Jenkins, 2007), iako se ponovno pojavljivanje psihopatologije pokazalo vrlo visokim, osobito za depresivni poremećaj. Istraživanja pokazuju da je pojava depresije u dječjoj i adolescentskoj dobi značajan prediktor prisutnosti iste u odrasloj dobi (Kovacs i sur., 1984; prema Oatley i Jenkins; Garber, Kriss, Koch i Lindholm, 1988; prema Mash i Barkley, 1996), što pokazuju i istraživanja kod depresivnih osoba u odrasloj dobi koja pokazuju da su imali simptome depresije u ranoj dobi (Harrington i sur., 1990; prema Oatley i Jenkins, 2007; Davies 1986; prema Mash i Barkley, 1996).

Općenito, problemi koje djeca razvijaju u ranoj dobi često ne nestaju s odrastanjem te imaju visoku prediktivnu vrijednost za kasnije klinički značajne simptome (Bouillete i Uzelac, 2007). Čak 60% djece koja su imala neki poremećaj u ranom djetinjstvu, ima isti i li neki drugi oblik psihopatologije i nakon nekoliko godina (Richman, Stevenson i Graham, 1982; prema Oatley i Jenkins, 2007). Kod osoba s anksioznim poremećajima u djetinjstvu i adolescenciji moguće je iznenadno vraćanje simptoma u kasnijoj dobi, a ono je karakteristično za razdoblja važnih razvojnih promjena ili povećanog stresa (Mash i Barkley, 1996). Istraživanja pokazuju da djeca koja se ne oporave na vrijeme od separacijske anksioznosti imaju velik rizik od anksioznosti i depresije te povećan rizik za socijalnu fobiju i panični poremećaj u odrasloj dobi (Black 1995; prema Mash i Barkley, 1996). Važan utjecaj na postojanost problema ima spol; internalizirani problemi pokazuju znatno veći kontinuitet kod djevojčica, a eksternalizirani kod dječaka. Također, okolina znatno utječe na postojanost poremećaja kod djeteta; netipične emocije i ponašanja često proizlaze iz netipičnih okolina, a okoline s vremenom ostaju stabilne i često nastavljaju izazivati isti poremećaj (Oatley i Jenkins, 2007).

4. Etiologija internaliziranih poremećaja

Procesi koji su uključeni u razvoj psihopatologije često su ekstremnija verzija onih procesa koji čine normalnu emocionalnost. Poremećaji u dječjoj dobi rijetko kada su uzrokovani samo jednim činiteljem, najčešće se oni kombiniraju i na taj način povećavaju ili smanjuju rizik od poremećaja, a mogu biti genetski, biokemijski i okolišni odnosno socijalni i intrapsihički (Matković, 2014; Oatley i Jenkins, 2007). Istraživači i stručnjaci u području razvojne psihologije uvidjeli su da je potrebno koristiti sistematičan i integrativan pristup u razumijevanju dječjih poremećaja i sagledavati problematična ponašanja kao dio šireg sustava koji je pod utjecajem raznih direktnih i indirektnih činitelja. Čimbenici su međusobno isprepleteni; genetski i drugi činitelji stvaraju emocionalnu sklonost i čine predispozicije za određene vrste poremećaja, a životne teškoće i događaji mogu djelovati kao stresori i okidači koji mogu pokrenuti nastanak poremećaja te ga održavati (Oatley i Jenkins, 2007). Valja istaknuti i da različiti kako rizični, tako i zaštitni čimbenici, variraju u svom utjecaju tijekom razvojnog ciklusa djeteta, a varira i snaga interakcije tih čimbenika (Ferić Šlehan, 2008). S obzirom na to da postoji velik broj rizičnih čimbenika koji pospješuju pojavu problema u ponašanju i pojačavaju ih, ali i onih zaštitnih koji umanjuju mogućnost pojave poteškoća u ponašanju, fokusiranje samo na rizične ili promoviranje samo zaštitnih neće biti efikasno kao kada se usmjeri na jedne i druge u preventivnim mjerama i liječenju poremećaja (Maglica i Jerković, 2014).

4.1. Rizični čimbenici

Najvažniji rizični činitelji ili stresori za dječju psihopatologiju su česti sukobi između roditelja, zanemarivanje, zlostavljanje i drugi neprilagođeni stilovi roditeljstva, karakteristike djeteta ili adolescenta, prisutnost psihijatrijskih poremećaja kod roditelja, loši socioekonomski uvjeti, velik broj članova u obitelji i kriminalitet u obitelji. Važni činitelji su i nedovoljna uključenost oca u odgoj, hostilnost i stroga disciplina u odgoju, pretjerana uključenost roditelja, stresni događaji u dosadašnjem životnom iskustvu i odbačenost od strane vršnjaka. Prisutnost dvaju od ovih činitelja zajedno povećava rizik za pojavljivanje internaliziranih poremećaja 4 puta, a četiri činitelja zajedno čak 20 puta (Vulić Prtorić, 2002; Novak i Bašić, 2008).

4.1.1. Prisutnost psihopatologije kod roditelja

Djeca roditelja s izraženim psihijatrijskim problemima u povećanom su riziku za razvoj dječjih poremećaja (Oatley i Jenkins, 2007). Psihopatologija u roditelja učinkovito predviđa internalizirane probleme kod njihovih potomaka u adolescentskoj i predadolescentskoj dobi (Ormel i sur., 2005; prema Ashford i sur., 2008). Najčešće se kod djece radi o sličnim vrstama poremećaja kao u roditelja; primjerice, djeca depresivnih roditelja pokazuju tendenciju istom poremećaju kao roditelji (Vulić Prtorić, 2004; Fitch, 2001). U djece depresivnih roditelja depresivni se poremećaji javljaju ranije nego u djece nedepresivnih roditelja, a što je roditelj mlađi u vrijeme nastupanja simptoma poremećaja veća je vjerojatnost da će mu i djeca patiti. Ovaj veći rizik za djecu roditelja s poremećajem ne odnosi se samo na depresiju; većem riziku izložena su i djeca čiji srodnici imaju anksiozni poremećaj, poremećaj ophođenja i ADHD kao i alkoholizam. U prilog ovom genetskom objašnjenju idu brojna istraživanja depresivnih obitelji koji pokazuju kontinuitet među članovima obitelji i učestalost među rođacima (Matković, 2014). Postoje dokazi i da su roditelji djece koji doživljavaju školske fobije također fobični ili imaju panične poremećaje, a mnogi od njih pokazuju i znakove depresije ili anksioznosti (Fitch, 2001). Roditeljska negativna emocionalnost je pozitivno povezana s čestim problemima u ponašanju kod djece, nesigurnom privrženosti, više negativnih afekata u interakciji, malo topline u odnosu i više kontroliranog ponašanja. Osim što su utvrđeni značajni koeficijenti nasljednosti negativne emocionalnosti, u okolini postoji niz čimbenika zbog kojih su djeca odrasla uz takve roditelje češće sklona ispoljavati slična ponašanja; česta izloženost tuzi i razdražljivosti roditelja, modeliranje, kroz interakcije dijete izgrađuje kognitivne sheme o vlastitim emocijama i emocijama roditelja, izgrađuje i prilagođava svoje obrasce reagiranja emocionalnim stanjima majki i očeva, ako je blisko s roditeljem koji je depresivan identifikacijom preuzima depresivni način ponašanja, a takva se

dječja ponašanja prenose i na interakcije s drugim ljudima (Winkel, 1994; Oatley i Jenkins, 2007). Prisutnost psihopatologije kod roditelja smanjuje roditeljske kapacitete za pružanje adekvatne brige za djecu te djeca zbog toga nemaju osigurano zdravo okruženje za odrastanje i ispunjavanje njihovih potreba. Također, djeca iz depresivnog i problematičnog obiteljskog okruženja mogu razviti kognitivne sheme koje su adaptivne u njihovom obiteljskom okruženju i prenositi ih na druge okolnosti. Primjerice, majke depresivnim ponašanjem mogu smiriti agresivne reakcije oca, a otac ispoljavati svoju agresiju negdje dalje što dijete podučava da izražavanje tuge sprječava druge da se ljute i da se emocije ne moraju nužno izraziti prema osobi prema kojoj emociju doživljavaju (Oatley i Jenkins, 2007).

4.1.2. Sukobi među roditeljima

Obiteljsko se okruženje, koje tijekom ranih godina najizravnije utječe na dijete, sastoji od niza faktora koji su potencijalni prediktori internaliziranih poremećaja. Situacije roditeljskih sukoba neizbježan su događaj za većinu djece, no ako se radi o izrazitom neprijateljstvu i čestim sukobima koji se ne razrješuju konstruktivno mogu imati veliki nepovoljni utjecaj na djetetovo psihosocijalno funkcioniranje. Bračni su sukobi pozitivno povezani s neprilagođenošću djece i grubom disciplinom, a povezani su i s manjom uključenošću roditelja u odgoj djece. Loše se obiteljsko funkcioniranje očituje kroz svađe, zanemarivanje djeteta i nisku razinu socijalizacije kod djece. Smanjena razina obiteljske kohezije i visoka razina konflikta je povezana s velikim rizikom za razvoj internaliziranih poremećaja, ponajviše kod djece od 6 do 11 godina. Roditeljski sukobi mogu na dva načina utjecati na dijete, indirektno preko mijenjanja roditeljskog ponašanja i direktno, izravnim sudjelovanjem (Macuka i Jurkin, 2014; Ferić Šlehan, 2008). Koliki će utjecaj sukobi imati na dijete ovisi o djetetovoj interpretaciji sukoba, percipiranoj prijetnji i doživljavanju krivnje; djeca se mogu bojati da će svađa prerasti u agresiju, da će biti sami uključeni u sukob ili da će sukob dovesti do razvoda – što percipiraju veće prijetnje, veća je vjerojatnost razvoja internaliziranih problema. Ako djeca percipiraju sebe kao krivca za bračni sukob mogu osjećati stres i sram, a to značajno doprinosi i ponašajnim problemima, osobito kod dječaka kod kojih je samookrivljavanje češće nego kod djevojčica. Također, ako dijete očekuje daljnje kontinuirane sukobe vjerojatno će se pojaviti tuga, anksioznost, ljutnja ili bespomoćnost. Sukob među roditeljima predstavlja važan aspekt obiteljskog konteksta u kojem djeca uče adaptivne ili neadaptivne načine rješavanja sukoba i emocija koje sukob prate (Macuka i Jurkin, 2014).

4.1.3. Odnos roditelja i djeteta

Stil privrženosti i teškoće u odnosu roditelja i djeteta su važni za razumijevanje djetetovih obrazaca emocionalnosti, a predviđaju kasnije kognitivne i emocionalne kompetentnosti. Dvije su dimenzije roditeljstva posebno važne; jedan je od njih *roditeljska toplina* odnosno količina ljubavi, ohrabririvanja i podrške koju roditelji pružaju nasuprot postidiivanju, odbacivanju ili neprijateljstvu, a druga dimenzija je *roditeljski nadzor* odnosno stupanj u kojem je dijete disciplinirano i upravljano. Na autoritarni stil roditeljstva s niskom dimenzijom topline i visokom dimenzijom nadzora većina djece reagira uzrujanošću i problemima u ponašanju, a iz ravnodušnog stila roditeljstva s niskom dimenzijom topline i niskom dimenzijom nadzora proizlazi neprimjerenost dječjeg ponašanja u igri i socijalnim interakcijama. Optimalno roditeljstvo uključuje i toplinu i nadzor (Vasta, Haith i Miller, 2005). Neadekvatni odgojni postupci roditelja, hladna, neiskrena i nedostatna komunikacija, nedostatak zajedništva u obitelji, individualizam, kritiziranje djece te omalovažavanje i negativne poruke povezane su s razvijenim poremećajima u dječjem ponašanju, nedostatkom otvorenosti i aktivnosti u socijalnim odnosima te nepoštivanjem pravila ponašanja kod adolescenata. Mnogo djece pati zbog roditeljskog odbijanja ili podcjenjivanja, bilo u obliku direktnih izjava koje naglašavaju djetetovu bezvrijednost ili suptilno i indirektno u ponašanjima bez poštovanja, brige i povezanosti (Winkel, 1994). Ovakvo je ponašanje osobito nepovoljno u adolescenciji, kada dijete intenzivno teži nezavisnosti od roditelja i kada bi roditelji trebali poticati psihološku nezavisnost svojega djeteta (Macuka, Smojver Ažić i Burić, 2012). Kritike i negativne poruke upućene od strane majke lakše se prihvaćaju nego kada ih uputi otac. Depresivna i anksiozna djeca više negativnih poruka dobivaju od oca i općenito procjenjuju značajnijima ono što im govore očevi od poruka koje im šalju majke (Chorpita i sur., 1996; prema Vulić Prtorić, 2002). U istraživanjima provedenim u Hrvatskoj pokazalo se da je očevo odbacivanje aspekt roditeljskog ponašanja koji je najviše povezan s različitim oblicima agresivnog, delikventnog i ovisničkog ponašanja, depresivnosti, anksioznosti i beznadnosti te prilagodbe u školi i među vršnjacima. Nadalje, izraženi simptomi anksioznosti, depresije i agresivnosti zbog toga što su roditelji grubi ili ih na neki način zanemaruju, puno su češći kod dječaka nego kod djevojčica (Vulić Prtorić, 2002). Djeca koja imaju psihijatrijske poremećaje četiri puta češće imaju majke i očeve koje ih kritiziraju i vrijeđaju te je toplina roditeljskog odnosa procijenjena niskom (Oatley i Jenkins, 2007). Također, tragične za dječju emocionalnost su i situacije u kojima se roditeljska ljubav nikad ne izražava jer roditelji iako možda žele voljeti to ne mogu, ili to barem ne mogu pokazati te nastaje potpuna blokada u odnosu roditelja i djeteta (Winkel, 1994). Nedostatak pozitivnih emocija u odnosu roditelja i djeteta snažniji je prediktor djetetovih problema i psihopatologije nego što su to negativne emocije (Oatley i Jenkins, 2007). S druge strane, osim emocionalnih blokada, odbacivanja, kritiziranja ili slabe privrženosti, u odnosu roditelja i djeteta

moguće je i fizičko nasilje. Iako je u većini situacija obitelj izvor sigurnosti i zaštite za malu djecu, moguće je upravo suprotno. U nekim je domovima zlostavljanje djece realnost i svakodnevica, a zlostavljanje ima tragične posljedice na djetetov kognitivni i socijalni razvoj, a problemi se pojavljuju već od prve godine života i održavaju u kasnijem djetinjstvu i adolescenciji (Vasta, Haith i Miller, 2005). Mnogi se rizici za zdravlje mogu pojaviti kao posljedica zlostavljanja djece kojeg doživljava više od 10% djece u zapadnim društvima, no najznačajniji je porast u učestalosti internaliziranih simptoma i poremećaja od čega su vodeći depresivni i anksiozni poremećaji. Roditelji s pretjerano stimulirajućim stilom brige često djecu tjelesno kažnjavaju, upadaju u njihov dječji svijet i stvaraju aktivno neprijateljstvo; oni dijete znaju siliti da uradi nešto što ne želi i ponašati se u skladu sa svojim, a ne djetetovim potrebama (Vasta, Haith i Miller, 2005). Kažnjavanje djeteta jedan je od bitnih čimbenika koji dovodi i do niskog samopoštovanja i inhibicije što u kasnijem životu nalazimo kao karakteristike osoba sa suicidalnim ponašanjem (Folnegović Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac, 2001). Takvi roditelji ne razvijaju učinkovitu komunikaciju sa svojom djecom te će djeca unatoč lošoj skrbi postati privrženima tim roditeljima iz čega se najčešće javlja anksiozni obrazac privrženosti. Evolucija je osigurala da dijete postane privrženo čak i skrbniku koji se neadekvatno brine za njega. To kasnije jasno utječe na kvalitetu tog odnosa, no i na djetetov socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj (Vasta, Haith i Miller, 2005).

4.1.4. Odsustvo odnosa roditelja i djeteta

Prema teoriji privrženosti Johna Bowlbija (1969; prema Novak i Bašić, 2008) odsustvo ostvarivanja ranog odnosa privrženosti može djecu trajno pogoditi i biti povezano sa psihopatologijom; primjeri su djeca koja su napuštena prije druge godine života i smještena u institucije, takva djeca pokazuju veći broj simptoma traženja pažnje, nemira, svadljivosti, agresivnosti i teže se slažu s vršnjacima od djece koja su odrasla uz roditelje. Međutim, ako su posvojeni do polaska u školu u obitelji koji se oko njih trude i doista im je stalo, zbog davanja prilike djetetu da bude voljeno, u obiteljskom okruženju mogu imati bliske i privržene odnose (Oatley i Jenkins, 2007). Pod većim rizikom za razvoj internaliziranih problema su djevojčice i u domskim i u udomiteljskim okruženjima. Kod djece u domovima s internaliziranim problemima značajno je povezana i dob izdvajanja iz obitelji, što su djeca starija to imaju više anksioznih i depresivnih smetnji i više se povlače (Ajduković i Sladović Franz, 2004). Smrt roditelja u ranoj dječjoj dobi također je povezana s visokim rizikom od psihopatologije kako u djetinjstvu, tako i u odrasloj dobi. Simptomi žalovanja obično nestanu kroz godinu dana, no kod nekih ostanu prisutni. Djeca preminulih roditelja sklonija su depresivnim simptomima u odrasloj dobi, a njihov razvoj

uvelike ovisi o kvaliteti skrbi o djetetu nakon smrti jer drugi bliski ljudi ponekad mogu nadoknaditi negativna iskustva. Nedostatak ranog odnosa privrženosti zaista može trajno oštetiti duševno zdravlje i sposobnost ostvarivanja bliskih odnosa s drugim osobama, no mlade osobe koje pronađu iskrenu partnersku ljubav često se izvanredno oporave od svojih ranih iskustvima i uspješno uspostavljaju nove emocionalne odnose (Oatley i Jenkins, 2007).

4.1.5. Socioekonomski status

Veza socioekonomskog statusa i općeg funkcioniranja te mentalnog zdravlja pojedinca počinje u najranijoj dobi. Siromaštvo u industrijaliziranim društvima znači oskudicu i raspolaganje s malo resursa što dovodi do povećane razine stresa u obitelji. Ono ima utjecaj na mentalno zdravlje i prevalenciju psihopatologije kod djece i adolescenata jer je obitelj u tom razdoblju najvažnija okolina, a obilan stres može uzrokovati promjene u psihološkom funkcioniranju roditelja, pa i aspekte roditeljstva. Pretpostavlja se da ekonomski problemi utječu na discipliniranje, dosljednost roditelja i iskazivanje topline, a povezano je i s negativnim emocijama prema djeci, bračnim neskladom i psihopatologijom kod roditelja. Socioekonomski status određuje i susjedstvo, prijatelje i škole dostupne djetetu, potencijalnu diskriminaciju među vršnjacima, a zbog nedostatka materijalnih resursa dijete može osjećati da je spriječeno u ostvarivanju svojih ciljeva i da nema pristup različitim aktivnostima i dostignućima koji su drugim ljudima dostupni što dovodi do frustracije i negativnih emocija (Oatley i Jenkins, 2007; Škrokov, 2014).

4.1.6. Školsko okruženje

Pohađanje škole u život djeteta uvodi pozitivne i negativne ocjene od strane roditelja, učitelja i drugih važnih osoba, dijete počinje koristiti socijalne usporedbe prilikom ocjenjivanja sposobnosti i kao kriteriji uspješnosti. Javlja se i shvaćanje razloga za uspjeh i neuspjeh. Ocjenjivanje sebe kao uspješnog ili neuspješnog i razumijevanje razloga za uspjeh i neuspjeh mogu dovesti do stresa i razvoja naučene bespomoćnosti. Neuspjeh u školi teško je definirati jer različiti pojedinci i određene društvene skupine nemaju jednaka očekivanja od škole, no neuspjehom se smatra sve u vezi školskih postignuća što uzrokuje nezadovoljstvo ili patnju kod djeteta i njegove obitelji. U školi i zbog škole razvijaju se različiti doživljaji sebe i svijeta, stoga školsko okruženje može biti velik izvor stresa, za neke adolescente možda i najveći (Subotić, Brajša Žganec i Merkaš, 2008; Mikas, 2012). U školskom okruženju brojni su rizični čimbenici, neki od njih su nedostatak akademskih vještina, nedostatak povezanosti i privrženosti školi, disciplinski problemi, nisko očekivanje uspjeha, slaba predanost edukaciji, izostanak prijatelja i zaostajanje u školi. U današnje

vrijeme školskoj se djeci postavljaju visoki zahtjevi socijalnog funkcioniranja pri čemu je nužno da učenici aktivno sudjeluju u nastavi, surađuju s drugim vršnjacima i odraslima, pokazuju zavidnu razinu različitih vještina i imaju visoku vještinu prezentiranja, a to sve povučenoj i pasivnoj djeci zadaje poteškoće, ometa ih u ostvarivanju socijalnih i akademskih uspjeha. Oni se u takvim situacijama iz želje da izbjegnu osjećaj straha od poraza i osjećaja nesposobnosti mogu povlačiti iz socijalnih situacija te na taj način snižavati samopouzdanje i pojačavati internalizirane probleme. Zbog nedostatka socijalnih i akademskih vještina takva se djeca povlače, vršnjaci ih izoliraju i kao posljedica pojavljuju se tuga, usamljenost i depresivno raspoloženje (Maglica i Jerković, 2014). Istraživanja koja su pratila interakciju školskog uspjeha i internaliziranih problema pokazuju da djeca s izraženim internaliziranim simptomima imaju lošije socijalne kompetencije i postižu slabiji školski uspjeh, a s druge strane problemi i loš uspjeh u školi mogu uzrokovati negativne promjene u internaliziranim simptomima (Mikas, 2012). U adolescenciji je moguće da školski stres i neuspjeh u školi potaknu osjećaje nekompetentnosti i bespomoćnosti, a time i neke oblike autodestruktivnog ponašanja. Što je jači intenzitet doživljenoga školskog stresa, što je veći doživljaj nemogućnosti kontrole događaja u životu i nekompetentnosti kod mladića i djevojaka, veća je vjerojatnost da će biti skloni samooptuživanju, samoprijeziru i samoozlijeđivanju, u nekim slučajevima takvi osjećaji rezultiraju i samoubojstvom (Subotić, Brajša Žganec i Merkaš, 2008).

4.2. Zaštitni čimbenici

Brojni čimbenici u obiteljskom i školskom okruženju i okruženju zajednice mogu smanjiti simptome, spriječiti daljnje pogoršanje ili čak spriječiti nastanak internaliziranih poremećaja u djece i adolescenata, održavati zdravi razvoj te imati snažne implikacije na prognozu i tretman. Roditeljstvo koje uključuje osiguravanje pozitivnih potkrepljenja, otvoreno pokazivanje privrženosti, nadgledanje djetetova ponašanja, uključenost u njegove aktivnosti i dosljedna, ali ne prestroga disciplina povezana je s psihosocijalnom prilagodbom djeteta, visokim samopoštovanjem, više pozitivnih odnosa i manje problema u ponašanju. Pozitivno za dječji razvoj u obiteljskom okruženju jest kada roditelji imaju jasna očekivanja koja daju djeci do znanja, usmjereni su na promatranje ponašaju li se djeca u skladu s tim te stalno podupiru pozitivna ponašanja djece, ali i određuju posljedice za neprihvatljiva ponašanja odnosno kada roditelji imaju podržavajući oblik odgoja s prikladnom kontrolom. Takvi pozitivni i dinamični odnosi u obitelji rezultiraju većom bliskošću, boljim socijalnim vještinama i manje internaliziranih problema. Zaštitni su čimbenici i dobra bračna komunikacija među roditeljima, njihovo zadovoljstvo brakom

i odsutnost sukoba što rezultira i većom posvećenošću djetetu, a vrlo je važna uključenost oba roditelja u odgoj i fleksibilna obiteljska organizacija (Vulić Prtorić, 2002; Ferić Šlehan, 2008). U situacijama koje su za njih stresne djeca će se bolje prilagoditi ako imaju braću sestre s kojima su bliski kao i bake i djedove koji će im u pružiti podršku i skrbiti o njima (Oatley i Jenkins, 2007). U školskom okruženju također su brojni čimbenici koji mogu olakšati prilagodbu; podupiranje socijalne kompetentnosti, vještine rješavanja problema, kritička savjest i autonomija preko brižnih odnosa i prilika za sudjelovanje i doprinos. Za bolje nošenje s problemima nužno je da djeca i adolescenti u školi stalno dobivaju sustavne povratne informacije te da im se pruži osjećaj sigurnosti i zaštićenosti (Winkel, 1994). Prilika za iskustvo prijateljstva i smanjenje izolacije od vršnjaka mogu djeci pomoći u smanjenju depresivnih raspoloženja; razvijene socijalne vještine od rane dobi rezultiraju s puno manje simptoma internaliziranih poremećaja u kasnijoj dobi. U zaštitne se čimbenike mogu ubrojiti i inteligencija, smisao za humor, samostalnost, prisutnost odrasle osobe kao mentora u školi, pozitivan model učitelja, brižno školsko osoblje, prosocijalno ponašanje kao i zdrava susjedstvo i lokalna zajednica te dostojanstveni ekonomski uvjeti za odrastanje djeteta (Maglica i Jerković, 2014). Važno je imati na umu ove činitelje preko kojih se djeci u riziku značajno može poboljšati stanje i olakšati prilagodba.

5. Prevencija internaliziranih poremećaja

Prevencija podrazumijeva učinkovitu primjenu metoda, tehnika i postupaka kojima će biti uspostavljeni uvjeti u kojima neće doći do pojave, jačanja i napredovanja rizičnih čimbenika, nego njihova eliminacija, onemogućavanje djelovanja ili omogućavanje učinkovitog suočavanja s njihovim posljedicama (Ljubetić, Mandarić i Zubac, 2010). Pravovremeno poduzimanje preventivnih aktivnosti vodi većem zdravlju, socijalnoj i ekonomskoj dobrobiti, smanjenju zdravstvenih troškova, redukciji rizika za mentalne i ponašajne poremećaje i povećanju socijalne uključenosti. Što ranije uključivanje djece i mladih u preventivne programe i pravovremeno reagiranje na simptome omogućuju bolje prognoze i ishode (Novak i Bašić, 2008). Obitelj je, kao temeljna socijalizacijska jedinica, najvažniji kontekst za prevenciju mnogih problema, poremećaja i bolesti te jedna od najlogičnijih početnih točaka za preventivne aktivnosti. Važno je da preventivne mjere budu usmjerene i na rizične i na zaštitne faktore u obiteljskom okruženju i da se obitelji ponudi pomoć i podrška kada im je to potrebno. Jasna je potreba za osvješćivanjem roditelja o rizičnim i zaštitnim čimbenicima koje nose oni ili njihova djeca i za razvojem edukacija i programa namijenjenih roditeljima kako bi počeli ulagati u razvoj vještina koje utječu na stvaranje boljih odnosa s djetetom, usmjeravanje na povjerenje prema djeci, prihvaćanje djeteta i

njegovo nadgledanje, mirno rješavanje konflikata te vještine pregovaranja i vođenja obitelji kako bi dijete raslo u zdravoj okolini (Ferić Šlehan, 2008). Takvi bi preventivni programi koje mogu provoditi brojne institucije trebali rezultirati povećanjem roditeljske kompetencije, povećanim zadovoljstvima roditelja i djece, toplijim i privrženijim odnosima, također povećati vještine rješavanja problema i razumijevanja emocija, kod djeteta stvoriti bolju prilagodbu na različite situacije i adekvatnije ponašanje u njima i ojačati brojne druge zaštitne čimbenike (Novak i Bašić, 2008). Osim roditelja koji imaju najznačajniju ulogu u razvoju i učenju djeteta, nadopuna obiteljskom odgoju su i odgojitelji i učitelji te ostali članovi obiteljske zajednice. U odgojnim bi ustanova trebale biti osigurane materijalne, organizacijske i kadrovske pretpostavke za rano otkrivanje poremećaja, ali i njihovu prevenciju; kvalitetno educirani i senzibilizirani odgojitelji i učitelji trebaju biti osposobljeni za prepoznavanje nepovoljnih obiteljskih utjecaja te ih kvalitetnim preventivnim programima ublažiti ili ukloniti, a nastavni programi imaju u cilju podizanje razine pedagoške kompetencije roditelja kao preduvjet kvalitetnog obiteljskog okruženja (Ljubetić, Mandarić i Zubac, 2010). Školsko je okruženje dobro mjesto za implementiranje preventivnih programa jer djeca većinu svog vremena provode tamo, a iskustva iz škola i vrtića značajno utječu na razvojne ishode. Škola je i dobro mjesto za prevenciju jer se pozitivni utjecaji na mentalno zdravlje ne postižu samo tretiranjem onih koji već imaju poremećaje, nego i uključivanjem svih s namjerom utjecaja prije nastanka problema. Također je važno i što uključivanje svih učenika u programe uklanja stigmatu s djece koja su već razvila neki poremećaj ili su u riziku (Maglica i Jerković, 2014). Prevencija u ustanovama ranog, predškolskog i školskog odgoja odnosi se i na podizanje kvalitete življenja obogaćivanjem materijalnih uvjeta, omogućivanjem vršnjačke interakcije, odsustvom prisile, unaprjeđivanjem partnerskih odnosa škole i roditelja te provedbom ciljanih programa osnaživanja roditelja kao suptilnu i nenasilnu intervenciju (Ljubetić, Mandarić i Zubac, 2010). Pozitivne učinke pokazuju i preventivni programi usmjereni na svu školsku populaciju, kao i na ciljane skupine za koje se pretpostavlja da su u većem riziku, ali i na individualnoj razini. Kvalitetnim se preventivnim mjerama smatraju sve one koje u osnovi imaju socijalno i emocionalno učenje (npr. internalizacija prosocijalnih stavova, unaprjeđivanje vještina surađivanja i interpersonalne komunikacije) jer su učenici s kompetencijama na tim poljima bolje prihvaćeni i manje manifestiraju internalizirane poremećaje (Maglica i Jerković, 2014). U Hrvatskoj postoje dobri programi koji unatoč subjektivnoj dobrobiti za sudionike nisu do kraja teorijski utemeljeni i adekvatno evaluirani; s vremenom se prepoznaje napredak koji će se vjerojatno nastaviti u budućnosti, no standardi nažalost još uvijek nisu do kraja zadovoljeni (Novak i Bašić, 2008).

6. Zaključak

Internalizirani poremećaji često su zastupljeni u populaciji djece i mladih, a prepoznavanje simptoma i pridavanje pažnje nenametljivom ponašanju djece koja od njih pate vrlo je nisko ili se im se pažnja pridaje kada su već duboko ukorijenjeni, stoga je od ključne važnosti poraditi na senzibiliziranju i educiranju odgojnog i obrazovnog osoblja u školama i vrtićima te roditelja čije je rano prepoznavanje vrlo važno. Ovi poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji mogu imati dalekosežne posljedice, važan su prediktor kasnijeg mentalnog zdravlja i prilagodbe, pa kasno prepoznavanje često rezultira težim kliničkim slikama, čestom hospitalizacijom, većim smetnjama i višim stopama suicidalnosti u odrasloj dobi. Osim prepoznavanja onih koji već pate od ovih poremećaja, postoji velika važnost prepoznavanja djece u riziku, nastojanja da se uklone ili smanje rizični i naglase zaštitni čimbenici koji ih osnažuju te se tako osigura zdrava okolina za odrastanje. Rano identificiranje poremećaja i pravovremeni tretmani osiguravaju bolju prognozu i ishode čemu mogu pomoći preventivni programi usmjereni kako na djecu u riziku, tako i na svu populaciju djece i adolescenata, ali i roditelja. U Hrvatskoj ti programi nisu razvijeni na razini svjetskih standarda i još postoje brojna pitanja kako ih uspješno implementirati u dječje i adolescentsko okruženje, no kroz praksu i napredak će se na te izazove vjerojatno sve uspješnije odgovarati.

7. Literatura

- Ajduković, M. i Sladović Franz, B. (2004). Samoprocjene ponašanja djece i mladih u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja* 13 (6), 1031-1054.
- Ashford, J., Smit, F., van Lier, A.C.P., Cuijpers, P. i Koot, M.H. (2008). Early risk indicator of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 774-780.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
- Davison, G.C. i Neale J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Dudić, A. (2015). *Anksiozni poremećaji kod djece i terapija igrom*. Neobjavljeni diplomski rad. Zenica: Odsjek za socijalnu pedagogiju Islamskog pedagoškog fakulteta u Zenici.
- Ferić Šlehan, M. (2008). Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(1), 15-26.
- Fitch, S.K. (2001). *Child development in the 21st century*. Redding: North West Publishing.
- Folnegović Šmalc, V., Kocijan Hercigonja, D. i Barac, B. (2001). *Prevenција suicidalnosti*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor i Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju.
- Ginsburg, G.S., Riddle, M.A. i Davis, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (10), 1179-1187.
- Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13 (1), 89-93.
- Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lebedina Manzoni, M. (2005). Poremećaji emocija. *Dijete i društvo*, 7 (1), 76–102.
- Ljubetić, M., Mandarić, A., i Zubac, V. (2010). Ustanove ranog i predškolskog odgoja – polja primarne prevencije poremećaja u ponašanju (nove paradigme). *Unapređenje kvalitete života djece i mladih*, 1, 47-56.
- Macuka, I. i Jurkin, M. (2014). Odnos sukoba roditelja i psihosocijalnih problema mlađih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(1), 65-84.

- Macuka, I., Smojver Ažić, S. i Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja*, 2 (116), 383-403.
- Macuka, I. (2008). Uloga dječje percepcije roditeljskoga ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. *Društvena istraživanja*, 17 (6), 1179-1202.
- Maglica, T. i Jerković, D. (2014). Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju. *Školski vjesnik - časopis za pedagoška i školska pitanja*, 63(3), 413-431.
- Mash, E.J. i Barkley, R.A. (Eds.). (1996). *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Matković, I. (2014). *Depresija kod djece i adolescenata*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Mikas, D. (2012). Utjecaj emocionalnih i ponašajnih problema na školski uspjeh učenika. *Pedagojska istraživanja*, 9 (1-2), 83-101.
- Miščević, M. (2007). *Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske dobi*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498.
- Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2007). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Subotić, S., Brajša Žganec, A. i Merkaš, M. (2008). Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. *Psihologijske teme*, 17 (1), 111-131.
- Škrokov, L. (2014). *Uloga socioekonomskog statusa obitelji u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema i školskog uspjeha kod mlađih adolescenata*. Neobjavljeni diplomski rad. Zadar: Odjel za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru.
- Tatalović Vorkapić, S. i Knapić, I. (2015). Čega smo se bojali kad smo bili djeca? – Važnost ranih iskustava budućih odgajateljica za njihov rad s djecom. *Metodički obzori*, 10 (21), 62-76.
- Vasta, R., Haith, M.M. i Miller, S.A. (2005). *Dječja psihologija: moderna znanost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5 (2), 271-293.
- Vulić Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5 (1), 31-51.

Winkel, R. (1994). *Djeca koju je teško odgajati: opis slučajeva iz odgojne i školske svakodnevice*. Zagreb: Educa.

Zolog, T.C., Jane-Ballabriga, M.C., Bonillo-Martin, A., Canals-Sans, J., Hernandez-Martinez, C., Romero-Acosta, K. i Domenech-Llaberia, E. (2011). Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. Functional impairment and implications for treatment. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11 (2), 191-208.