

## ***Psihoedukacija o eksternaliziranim poremećajima: dječja agresivnost i hiperaktivnosti***

### ***(za roditelje)***

Odgaj djece nije jednostavan i predstavlja veliki izazov za sve roditelje, međutim čini se da neka djeca kroz period odrastanja doživljavaju više poteškoća nego druga. Ako su te poteškoće jako izražene, govorimo o psihičkom poremećaju kojeg je potrebno tretirati kako bi dijete prevladalo problem i razvilo se u zdravu i sretnu odraslu osobu, pritom izuzetno važnu ulogu imaju roditelji. Kada govorimo o psihičkim poremećajima u djetinjstvu dijele se u dvije široke kategorije – eksternalizirani poremećaji koje karakteriziraju ljutnja, neprijateljstvo, agresija i delinkventna ponašanja te internalizirani poremećaji gdje prevladavaju osjećaji tuge i tjeskobe s tendencijom povlačenja i izbjegavajućeg ponašanja.

### ***Što su eksternalizirani poremećaji?***

Eksternalizirani poremećaji podrazumijevaju *nedovoljno kontrolirano* ponašanje koje je ometajuće za druge ljude i okolinu te u njih svrstavamo hiperkinetski poremećaj i poremećaj ophođenja. **Hiperkinetski poremećaj** obilježava smanjena pažnja i aktivnost. Uz nemir, nepažnju i impulzivnost prisutna je dezorganizacija aktivnosti tako da dijete započinje novu aktivnost prije nego što je završilo trenutačnu. Naziva se i hiperaktivnim poremećajem (eng. *attention deficit-hyperactivity disorder* ili **ADHD**). **Poremećaji ophođenja** kao glavne simptome imaju agresivnost, nedruštvenost i prkosno ponašanje, kao i nepriznavanje društvenih normi i potreba drugih ljudi.

### ***Hiperaktivni poremećaj (ADHD)***

Neki simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti koji uzrokuju oštećenje prisutni su prije 12. godine života, a vidljivi su u narušenom funkcioniranju kod kuće, u školi i s vršnjacima. U nastavku slijedi prikaz uobičajenih simptoma hiperaktivnog poremećaja – nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost.

#### ***Nepažnja***

Ne posvećuju pažnju detaljima ili rade pogreške u zadacima, imaju teškoća održavanja pažnje pri zadaći ili u igri, teškoće s organiziranjem zadataka i aktivnosti, čini da ne slušaju i kad im se izravno obraća, ne prate upute i ne dovršavaju zadatke, izbjegavaju zadatke koji zahtijevaju trajniji mentalni napor, gube stvari, zaboravljaju i dr.

#### ***Hiperaktivnost***

Tresu rukama ili nogama ili se vrpolje na stolici, ustaju sa stolice kada se očekuje da ostanu sjediti, pretjerano trče ili se penju u situacijama u kojima je to neprikladno, imaju teškoće ako se treba mirno i tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti, općenito su često „u pogonu“ ili kao da ih „pokreće motor“ te često pretjerano pričaju.

#### ***Impulzivnost***

Često „istrčavaju“ s odgovorima prije nego što je dovršeno pitanje, često imaju teškoća s čekanjem reda često prekidaju ili ometaju druge (npr. upadaju u razgovor ili igru).

Djeca s hiperaktivnim poremećajem već od predškolske dobi, kasnije tijekom školske dobi i adolescencije, zbog ometanja aktivnosti drugih, želje za dominacijom, neprepoznavanja socijalnih situacija te izljeva bijesa često bivaju izbjegavana od vršnjaka, nazivana „zločestima“ i/ili „neodgojenima“ od učitelja, što može dovesti do sniženog samopoštovanja, socijalne izolacije, osjećaja

krivnje i dr. U adolescenciji motorički simptomi se reduciraju, ali često ostaju osjećaj unutarnjeg nemira i simptomi nepažnje.

### *Poremećaj ophođenja*

Kada govorimo o poremećaju ophođenja obično su prisutne četiri skupine simptoma. To su agresivno ponašanje (fizička i/ili verbalna agresija), ponašanje koje dovodi do vandalizma (oštećenje ili gubitak imovine), obmanjivanje, laganje, krađa te kršenje pravila. S obzirom na dob javljanja postoji poremećaj s početkom u dječjoj dobi (do 10. godine života) te tada najčešće govorimo o poremećaju s prkošenjem i suprotstavljanjem. Karakterizira ga ljutnja/razdražljivo raspoloženje (brzo se uzruja, preosjetljivo je, ljutito je i uvrijeđeno), svadljivo/prkosno ponašanje (svađa se s odraslima/autoritetima, odbija poslušati zahtjeve, namjerno čini ono što drugima smeta) i osvetoljubivost. Kada se radi o poremećaj koji počinje u adolescenciji (nakon 10. godine života), opisuju ga delinkvencija, uzimanje psihoaktivnih tvari i dr. Karakteristično za djecu s poremećajem ophođenja je:

- često zastrašuje, prijeti ili napada druge
- često započinje fizičke sukobe
- korištenje oružja kojim se mogu nanijeti ozbiljne ozljede
- krađa uz suočavanje sa žrtvom
- fizička okrutnost prema ljudima i/ili životinjama
- prisiljavanje drugih na seksualne aktivnosti
- često laganje ili kršenje obećanja kako bi se zaradilo novce, bolje se prošlo ili izbjeglo obaveze
- često ostaje noću izvan kuće unatoč zabranama roditelja (počinje prije 13. godine)
- krađa predmeta veće vrijednosti bez suočavanja sa žrtvom (kod kuće i izvan kuće) i provaljivanje
- namjerno podmetanje požara s namjerom izazivanja veće štete
- namjerno uništavanje tuđe imovine
- često izostajanje iz škole (počinje prije 13. godine)

Agresivna djeca sklona su procjenjivati tuđe ponašanje prijetećim, neprijateljskim, nepravednim te im se često čini da drugi krše pravila. U kognitivnim procesima imaju poteškoće u održavanju pažnje i prisjećaju se manjeg broja pozitivnih karakteristika neke socijalne situacije u usporedbi s neagresivnom djecom. U socijalnim odnosima agresivna djeca su dominantna i osvetoljubiva zbog čega u socijalnim interakcijama poduzimaju neprikladne akcije. Pri tome rijetko nalaze rješenja koja uključuju suradnju, imaju manje verbalnih načina rješavanja problematičnih situacija, a više rješenja kroz direktnu akciju. Karakteristična je i niska empatija te očekivanje da će drugi agresivno reagirati u socijalnim interakcijama

### **Što nam kažu brojevi?**

Pojava hiperaktivnog poremećaja iznosi 2-7% djece školske dobi, dok 15-20% školske djece pokazuje određene simptome ADHD-a. Četiri do pet puta se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica. Djevojčice su manje agresivne i hiperaktivne, imaju tendenciju veće nepažnje. Teškoće ophođenja su jedne od najčešćih teškoća djece i mladih, 2-10%, a tri do četiri puta je češći u dječaka.

### ***Koji su uzorci eksternaliziranih poremećaja?***

Eksternalizirani poremećaji rezultat su međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Genetske studije pokazale su kako je učestalost hiperaktivnog poremećaja kod roditelja i braće 2 do 8 puta veća nego u općoj populaciji što znači da je veća vjerojatnost pojavljivanja ako poremećaj postoji kod bliskih članova obitelji. Od drugih bioloških čimbenika mogući uzroci su razlike u strukturi mozga, u njegovoj električnoj aktivnosti te osobito neuravnoteženost kemijskih tvari u mozgu, tzv. neuroprijenosnika dopamina i noradrenalina. Veća učestalost primijećena je i kod neurorizične djece koja su imala krvarenja u mozgu pri porodu, što se tumači nastankom strukturnih i funkcionalnih promjena u mozgu (prefrontalni korteks). Nadalje, biološki čimbenici objašnjavaju do 50% varijance agresivnog i antisocijalnog ponašanja, dok se psihološki čimbenici odnose se na socio-kognitivne procese koje karakterizira sklonost procjenjivanju tuđih ponašanja prijetećima, deficite u socijalnim vještinama i rješavanju problema i nedostatnu samokontrolu. Obiteljski čimbenici povezani s agresivnošću su česte roditeljske svađe, nasilje u obitelji, razvod roditelja, zlostavljanje, psihički poremećaj roditelja, neadekvatni i nedosljedni odgojni postupci roditelja, roditelji kao loš uzor i model djeci, nedostatak volje, brige i uključenosti, a značajnu ulogu u agresivnom ponašanju mogu imati i problemi u ranom razvoju privrženosti. Prema teoriji socijalnog učenja agresivno se ponašanje uči neposrednim iskustvom ili opažanjem po modelu.

### ***Kognitivno-bihevioralni tretman djece s eksternaliziranim poremećajima***

Eksternalizirani simptomi i agresivnost kod djece pokazuju stabilnosti u vremenu i prediktori su niza negativnih psihosocijalnih ishoda tijekom djetinjstva i odrasle dobi. U kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT) djeci se pomaže prevladati probleme, a temelji se na ideji da ono što mislimo utječe na to kako se osjećamo i što radimo. Razvijen je niz bihevioralnih i kognitivnih terapijskih tehnika koje su se pokazale učinkovite u modifikaciji ponašanja djece i mladih s eksternaliziranim simptomima. Bihevioralne tehnike odnose se na promjenu ponašanja i usvajanje novih, korisnijih obrazaca ponašanja, a kognitivne tehnike na promjenu načina razmišljanja djeteta kako bi dijete svoje negativne misli i procjenu situacija koje mogu dovesti do neprilagođenog ponašanja zamijenilo realnijim, točnijim i prihvatljivijim mislima.

U tretmanu se koriste tehnike prilagođene razvojnoj razini djeteta kao što su npr. igre, priče, igračke, crteži, stripovi ili misaoni oblačići. Dijete uči kako procijeniti vlastiti osjećaj ljutnje te ga naučiti kako se opustiti (tehnike relaksacije, samoumirujuće rečenice) i kontrolirati (tzv. trijada samokontrole). Djetetu se demonstrira poželjno, ciljano ponašanje i primjereno nagrađivanje istog. Propitkuju se misli djeteta koje mogu dovesti do nepoželjnog ponašanja. Igranjem uloga djecu se uči kako da uspješnije rješavaju svakodnevne probleme u socijalnim situacijama.

Rezultati nekoliko meta-analiza upućuju na učinkovitost KBT u prevenciji i smanjenju agresivnog i ometajućeg ponašanja kod djece s eksternaliziranim poremećajima. Liječenje je potrebno prilagoditi individualnim potrebama djeteta, a ADHD tretman može uključivati KBT i primjenu psihofarmaka.

### ***Uloga roditelja u tretmanu djece s eksternaliziranim poremećajima***

Uključenost roditelja u KBT djece s eksternaliziranim poremećajima povećava učinkovitost tretmana. Roditelji kao koterapeuti pomažu djetetu u uvježbavanju vještina terapijskog programa te generalizaciji, odnosno prenošenju stečenih vještina u svakodnevni život (osvještavanje i imenovanje osjećaja i procjena njihovog intenziteta, samokontrola i kognitivna restrukturacija). Naročito je značajna uloga roditelja u potkrepljivanju pozitivnih obrazaca ponašanja koje dijete uspije postići pohvaljivanjem i materijalnim nagradama. Važno je da roditelji prate uspješnost terapijskog programa te uočavaju nedostatke o čemu izvještavaju terapeuta i s njim dogovaraju nastavak terapije. Osim rada s djetetom, roditelje se potiče da rade i na vlastitoj samokontroli ljutnje i anksioznosti te kognitivnoj restrukturaciji vlastitih automatskih negativnih misli i disfunkcionalnih vjerovanja (npr. negativna

automatska misao roditelja „Nikad ne uspijem izaći na kraj s ovim djetetom“ zamijenjena je u „Moje je dijete zahtjevno, ima teških situacija u odgoju s njim, ali u većini situacija ih uspijemo prebroditi.“). Kod mlađe djece u dobi od 4 do 8 godina uključivanje roditelja kao koterapeuta povećava učinkovitost KBT te dolazi do smanjenja agresivnosti i drugih eksternaliziranih ponašanja, a poboljšavaju se strategije rješavanja konflikata. Od dugoročnih ishoda uključivanje roditelja u KBT smanjuje delinkvenciju i poboljšava izvršavanje školskih obveza u razdoblju i 4 godine nakon terapijskih intervencija.

### ***Što još mogu učiniti kao roditelj?***

Svome djetetu možete pomoći tako da mu pružite podršku:

- Budite pozitivan model svome djetetu i pokažite mu kako pristupiti i uspješno se suočavati s teškim situacijama umjesto da ih izbjegava.
- Zapamtite da se dijete ne ponaša tako zato što je zločesto ili teško, iako vama i drugima ponašanje vašeg djeteta može biti teško podnijeti.
- Budite strpljivi, nagradite uspjeh i zapamtite da su privremeni zastoji česti. Potaknite dijete nastavi pokušavati i da ne odustaje.
- Potaknite dijete da vježba i koristi novonaučene strategije i vještine.
- Promatrajte što vaše dijete čini i pomognite mu da pronađe stvari koje su krenula nabolje.
- Pružite svome djetetu pažnju kada vježba ili koristi nove vještine. Dogovorite se s djetetom što bi mogla biti posebna nagrada.
- Razgovor s djetetom može mu pomoći da osjeti podršku i da spozna da je shvaćeno. Tako mu se daje do znanja da vas zanima što govori, što pomaže samopouzdanju. Osim toga, razgovor o seansi nudi način ponavljanja glavnih točaka o kojima je učio i naglašavanje glavnih poruka, no izbjegavajte gnjaviti dijete pitanjima nakon svake seanse.