

Poremećaji u ponašanju kod djece predškolske dobi

Tukač, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:123548>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKE STUDIJE

PREDMET: Primijenjena razvojna psihologija

INES TUKAČ

ZAVRŠNI RAD

**POREMEĆAJI U PONAŠANJU KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Zagreb, rujan 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKE STUDIJE
Čakovec

PREDMET: Primijenjena razvojna psihologija

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT: Ines Tukač

TEMA I NASLOV ZAVRŠNOG RADA: Poremećaji u ponašanju kod djece predškolske dobi

MENTOR: dr. sc. Tea Pahić

Zagreb, rujan 2017.

ZAHVALA

Kao što smo učili protekle tri godine školovanja, dijete najbolje uči kroz primjer odraslih. Stoga se želim zahvaliti svojim bakama, djedu i roditeljima što su mi uvijek bili dobar primjer i podrška kada je to najviše bilo potrebno, a posebice roditeljima koji su, od dana kada sam došla na svijet, uvijek stavljali moje potrebe ispred svojih i nesebično davali sve što su mogli.

Zahvaljujem se i svojim sestrama, koje su također bile primjer i inspiracija u najtežim danima.

Starijoj sestri koja je oduvijek bila primjer osobe kakvom želim postati i mlađom koja bi svojim zrelim razmišljanjem posramila i najveće filozofe i koja svojom pozitivnom energijom uvijek budi dobre emocije.

Hvala i mojem dečku koji je podrška u svemu što činim i koji je zajedno s mojim prijateljima činio svaki dan zabavnijim i sretnijim.

Zahvaljujem se i svojoj mentorici, Tei Pahić, na uloženom trudu i pomoći koju mi je pružila ne samo kao mentorica već i kao profesorica i koja svojim radom i djelovanjem nadahnjuje mene ali i mnoge druge na fakultetu.

Hvala svima od srca.

KAZALO

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
UVOD	3
1. INTERNALIZIRANI (PASIVNI) POREMEĆAJI U PONAŠANJU	6
1.1. Plašljivost.....	6
1.2. Povučenost	9
1.3. Potištenost.....	10
1.4. Nemarnost i lijenost	11
1.5. Neurotski uvjetovani internalizirani (pasivni) oblici poremećaja u ponašanju	14
1.5.1. Enureza	14
1.5.2. Poremećaj prehrane.....	15
1.5.3. Enkopreza	16
1.5.4. Poremećaji sna	17
1.5.4.1. Noćne more	18
1.5.4.2. Noćni strahovi.....	19
1.5.4.4. Noćno mokrenje	21
1.5.4.5. Medicinski razlozi lošeg spavanja.....	22
1.6. Pomanjkanje (deficit) pažnje- ADD.....	22
2. EKSTERNALIZIRANI (AKTIVNI) POREMEĆAJI U PONAŠANJU	24
2.1. Nedisipliniranost (nepoštivanje autoriteta i pravila)	24
2.2 Laganje.....	26
2.3. Hiperaktivnost, ADHD.....	28
2.4. Hipoaktivnost- sindrom iscrpljenosti.....	31
2.5. Agresivno ponašanje	31
ZAKLJUČAK.....	34
LITERATURA:.....	35
INTERNET IZVORI:.....	36
BIOGRAFIJA.....	37

SAŽETAK

Poremećaji u ponašanju kod djece predškolske dobi u zadnje vrijeme postali su sve češći problem. Razlog tome je osviještenost roditelja, ali i stručnjaka o važnosti pravovremene intervencije i reakcije na spomenuti problem. U ovom radu bit će riječ o poremećajima u ponašanju kod djece predškolske dobi, kako se oni manifestiraju, zbog čega se javljaju te kako oni utječu na dijete, njegovo funkcioniranje i njegovu okolinu. Također će biti riječ o tome kako se nositi sa tim poremećajima te kako bolje razumjeti dijete koje očituje probleme u ponašanju, a isto tako kako postupati s njime. Djeca mogu manifestirati različite oblike poremećaja u ponašanju. Iako se odrasli uglavnom fokusiraju na one koji se vide izvana, odnosno eksternalizirane, isto tako moraju obratiti pozornost na one koji su unutarnji, odnosno internalizirani. Kroz ovaj rad poremećaji u ponašanju podijeljeni su na one eksternalizirane i internalizirane. Unatoč tome što se eksternalizirani prvi zamijete zbog toga što su djeca koja očituju taj problem sklonija pokazivanju emocija, ne smiju se zanemariti internalizirani problemi koji su jednako ozbiljni i štetni za normalno funkcioniranje djece kao i ovi prvi. U svakom je slučaju odgovornost i dužnost na roditeljima i stručnjacima koji rade sa djecom, da čim prije primijete odstupanja u ponašanju, odnosno poremećaje u ponašanju, te da primjerenim postupcima pomognu djetetu kako bi se ono nesmetano moglo uključiti u svakodnevne aktivnosti i kako bi nesmetano obavljalo i izvršavalo svoje zadaće.

Ključne riječi: *poremećaji u ponašanju, eksternalizirani poremećaji, internalizirani poremećaji, devijantno ponašanje, intervencija*

SUMMARY

Behavioral disorders in preschool children are becoming more common. The reason why is the awareness of not only parents, but experts of the importance of a timely intervention and reaction to the aforementioned problem. In this paper the subjects are going to be behavioral disorders in preschool children, how they manifest themselves, why they appear and how they affect the child, its functioning and its environment. Also, another subject of this paper is going to be how to manage these disorders and how to better understand the child who shows behavioral problems and also how to treat that child. Children can manifest different forms of behavioral disorders. Although adults mostly focus on those seen from the outside, the externals, they also have to pay attention to those that are internal. In this paper, behavioral disorders are divided into external and internal disorders. Despite the fact that the external forms usually get noticed first, due to the fact that children who manifest these problems more often show their emotions, internalised problems which are equally serious and harmful to the normal functioning of the child mustn't be overlooked. In any case, parents and experts who work with children have the duty and the responsibility to notice any deviations in behavior, respectively behavioral disorders and to help the child to smoothly join everyday activities and to smoothly perform their tasks with appropriate measures.

KEY WORDS: *behavioral disorders, externalised behavioral disorders, internalised behavioral disorders, deviant behavior, intervention*

UVOD

Haralambos, Holborn, 2002. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako je ponašanje svakog čovjeka sklono procjenjivanju s obzirom na stvarne i deklarativne ciljeve mikrogrupa, odnosno makrogrupa kojima pripada. Ti ciljevi zajedno određuju kulturu nekog društva te ona uvelike determinira kako pripadnici društva misle i kako osjećaju. Članovi društva obično svoju kulturu smatraju neupitnom jer je ona u tolikoj mjeri postala dio njih da često nisu svjesni njezina postojanja.

McMahon i Wells, 1989. (prema Brajša- Žganec, 2003.) tvrde da se poremećaji u ponašanju javljaju najčešće u djetinjstvu, a predstavljaju širok spektar ponašanja koja mogu biti relativno beznačajna a sežu sve do oblika antisocijalnog ponašanja. Djeca koja očituju poremećaje u ponašanju često se nazivaju i problematična, antisocijalna i agresivna, a karakterizira ih kršenje društvenih normi, a samim time i kršenje temeljnih pravila ponašanja.

Svaka kultura sadržava velik broj naputaka koji upravljaju ponašanjem u posebnim situacijama pa, prema tome, ne mora svako ponašanje biti usklađeno s postojećim vrijednosnim, kao ni s pravnim sustavom društva kojem pripada pojedinac. U takvim je slučajevima riječ o rizičnim, odstupajućim, devijantnim ponašanjima koja uz određene uvjete mogu poprimiti obilježja asocijalnih, antisocijalnih i delikventnih ponašanja koja imaju obilježja poremećaja u ponašanju, a dio su sustava socijalnih devijacija (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Upotreba isključivo društvenog stajališta u procjenjivanju ponašanja općenito, ili pak određenog poremećaja u ponašanju, dovodi do svođenja ukupnog ponašanja na adaptaciju pojedinaca društvenim normama. Prema tome, svako ponašanje treba cijeliti uzevši u obzir mjeru u kojoj je usklađeno s društvenim normama, ali i mjeru u kojoj je usklađeno sa samim pojedincem koji ga manifestira (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Kovačević, Stančić i Mejovšek, 1987. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrde da su poremećaji u ponašanju društveni problem kojeg nazivaju socijalno neintegrirano ponašanje. Riječ je dakle o osobama koje nisu uključene, koje manifestiraju poteškoće pri uključivanju u uobičajenu društvenu sredinu ili pri uključivanju u određena područja društvenih aktivnosti. Zbog socijalne integracije tih osoba, njihova je ponašanja potrebno korigirati, odnosno usmjeriti prema određenim parcijalnim i općim društvenim ciljevima.

POREMEĆAJI U PONAŠANJU

Poremećaje u ponašanju vrlo je teško razgraničiti jer se oni isprepliću na najrazličitije načine. Svaka klasifikacija poremećaja u ponašanju umjetna je i nesavršena. Poremećaji u ponašanju dijele se na one pretežno pasivne, odnosno internalizirane i pretežno aktivne ili eksternalizirane. Isto dijete može manifestirati i jedne i druge oblike ponašanja, a neki oblici ponašanja sami po sebi uključuju komponente aktivnog i pasivnog (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Faktori rizika za razvoj poremećaja u ponašanju su: teški temperament, nedosljedna disciplina i popustljivi roditelji (Shapiro, 2002.).

Laganje, krađa i varanje isprepliću se u kombinaciji sazrijevanja i poremećaja u ponašanju. Takva su ponašanja društveno neprihvatljiva i nepoželjna, ali u jednoj od faza djetetovog učenja djetetova mašta igra veliku ulogu. Ona pomaže djetetu da istraži novi svijet bez opasnosti da pretjera, pa je stoga mašta važna u spoznavanju vlastiti ograničenja, a može vrlo lako dovesti do laganja i varanja (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Kod krađe, mala se djeca najčešće upuštaju u njih iz razloga što smatraju kako je ono punopravni vlasnik svega što ga okružuje, sve dok se djeci ne objasni kako tome nije tako. Pojava takve vrste ponašanja karakteristična je za djecu u dobi od tri do četiri godine. Krađa kod djece u dobi od tri do četiri godine sasvim je normalna pojava, no takve situacije potrebno je iskoristiti kako bi se dijete naučilo odgovornosti prema drugima (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Signaliziranje mogućih znakova neželjenog smjera razvoja kod male djece se može ali i ne mora kasnije manifestirati kao poremećaj u ponašanju. Ako dođe do toga da djeca manifestiraju poremećaje u ponašanju tada dolazi do različitih vrsta ponašanja počevši od onih bezazlenih do onih koje predstavljaju veliku opasnost za druge ljude (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Nemoguće je nabrojati sve oblike poremećaja u ponašanju, a i u praksi se vrlo rijetko susreće dijete koje manifestira samo jedan oblik poremećaja u ponašanju. U novije se vrijeme može reći da pojava poremećaja u ponašanju pokazuje promjene i na razini ponašanja kao i na razini poremećaja. Prema tome Žižak (2004.) naglašava kako se ponašanje ne gleda kao kumulativni fenomen već kao dio ciklusa stalne promjene. Te je stalne promjene vrlo teško opisati i odrediti (Bouillet i Uzelac, 2007.).

O današnjem vremenu možemo govoriti kao o vremenu postmodernizma u kojem se pogled na poimanje poremećaja u ponašanju znatno promijenio na način da svatko ima pravo manifestirati ponašanja koja su usmjerena zadovoljavanju njegovih vlastitih potreba, dokle god se tim ponašanjem ne ugrožavaju prava drugih osoba ili skupine osoba. No, ako se poremećaji u ponašanju gledaju samo iz perspektive postmodernističke kulture, što nije još stručno utemeljeno, odnosno ako se pretjera u toleranciji različitosti, tada to može dovesti do izostanka pravovremene stručne intervencije. Pravovremena intervencija povezana je s potrebom prevencije, poštivanjem općih i znanstveno utemeljenih socioloških, pedagoških, psiholoških i drugih zakonitosti, odnosno poštivanja znanstvenog pristupa u planiranju prevencije i tretmana poremećaja u ponašanju (Bouillet i Uzelac, 2007.).

U nastavku rada biti će navedeni primjeri poremećaja u ponašanju te objašnjenje svakog od tih primjera prema Bouillet i Uzelac (2007.) koji govore o podjeli poremećaja u ponašanju na pretežito pasivne, odnosno pretjerano kontrolirane ili internalizirane i pretežito aktivne, odnosno nedovoljno kontrolirane, eksternalizirane. Među oblicima poremećaja u ponašanju postoje mnoga preklapanja, a djeca sa samo jednim oblikom poremećaja u ponašanju su iznimka.

1. INTERNALIZIRANI (PASIVNI) POREMEĆAJI U PONAŠANJU

1.1. Plašljivost

Vodak i Šulc, 1996. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako je plašljivost u ranom djetinjstvu normalna pojava. Sva se djeca više ili manje boje mraka, toga da ostanu sami, nepoznatih osoba i sličnih nepredvidivih situacija. O poremećaju u ponašanju se govori kada osjećaj straha ili uplašenosti nije razmjeran uzroku ili ako dijete nije odnosu sa izvorom straha.

Jedna od najstariji metoda nošenja sa osjećajem straha je pjevanje. Kada se dijete nađe u zastrašujućoj situaciji, ono treba znati da se osjećaj straha može promijeniti zviždanjem, pjevanjem na glas ili govorenjem. Najprije se postiže to da nešto iznutra se istisne van, primjerice, neka riječ ili ton. Taj se zvuk čuje, širi i potiskuje energiju straha. Poznato je kako snaga pjevanja i glazbe djeluje magično i u život donosi pozitivnu energiju koja pritom pomaže nositi se sa negativnom energijom straha (Ennulat, 2010.).

Uzelac, 1995. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi kako takvo ponašanje nije odraz neke trenutne situacije u kojoj se našlo dijete nego je to njegov stalni stav prema okolini ili prema samome sebi. Zapravo se može reći da se radi o poremećaju adaptacije s jedne strane te o pretjeranoj reakciji na prethodne konflikte i neodgovarajućem stavu prema poznatim situacijama.

Košiček i Košiček, 1967. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako je plašljivost pokazatelj djetetove nesigurnosti, osjećaja ugroženosti i manjka samopouzdanja. To je poremećaj u ponašanju koji ukazuje na to da dijete ne vjeruje u mogućnost vlastite afirmacije, da se ono ne usuđuje izraziti vlastitu osobnost, ne usude se stupiti s drugima u natjecanje ili pak braniti svoj društveni status. Plašljiva se djeca osjećaju bespomoćno, u svemu oko sebe vide opasnost, nemaju dovoljno energije da se odupru svojoj plašljivosti, boje se samostalno poduzeti bilo što, boje se suočavanja s nepoznato situacijom, s nepoznatim ljudima, zadaćama, odgovornošću, samostalnog nastupanja, pokazivanja vlastitih sposobnosti, znanja ili vještina.

Plašljivost se uglavnom manifestira u svakoj prilici u kojoj se može doživjeti neuspjeh, podsmjeh ili prigovor drugih ljudi (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Plasljive osobe su neodlučne i često zbog toga propuštaju situacije u kojima bi im neka brza odluka mogla donijeti više životnog zadovoljstva. Takvi se ljudi nalaze u začaranom krugu u kojem početna plasljivost na životne izazove djeluje obeshrabrujuće, prilikom čega su neuspjesi rezultat plasljivosti te se samopouzdanje još više umanjuje i pojačava se strah. Plasljivost također može biti povezana različitim neurozama poput mokrenja u krevet, mucanja, nedostatka apetita te školskih, noćnih i drugih fobija (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Plasljivost se može razviti kod djece koja nisu imala dovoljno društvenog kontakta, a naglo su stavljena u situaciju u kojoj je društveni kontakt neizbježan, primjerice, djeca u dječjem vrtiću. Također, može se razviti ako su djeca bila odvojena od poznatih odraslih osoba kao što je hospitalizacija u ranoj dječjoj dobi. Osim toga, plasljivost može biti i posljedica nekih organskih oštećenja poput disleksije, disgrafije, teške i kronične bolesti i slično. Plasljivost, u tom slučaju, uzrokuju pretjerane ambicije roditelja koji djetetu postavljaju zahtjeve kojima ono nije doraslo, odnosno strah roditelja koji se kroz njihovo ponašanje prenosi na dijete. Djeca su uplašena i razmažena kada se nađu u situaciji u kojoj gube stečene povlastice. Takva su djeca obično vrlo živahna, slobodna pa čak i nametljiva kod kuće dok su u vrtiću potpuno drugačija. U vrtiću su takva djeca povučena, šutljiva, plaha i plasljiva. Plasljivost razmažene djece pomiče odgojne postupke roditelja koji zatim gube strpljenje pa s jedne krajnosti prelaze na drugu, odnosno s popustljivog odgoja prelaze na autoritarni odgojni stil. (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Košiček i Košiček, 1967. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako djeca postanu plasljiva i zbog hladnog emocionalnog pristupa roditelja. Nedovoljna emocionalna prihvaćenost izaziva u djetetu osjećaj ugroženosti, a on se tada očituje kroz tjeskobu. Također, zbog pretjerano zaštitničkog odgoja, dijete doživljava strah svojih roditelja i uči taj strah imitacijom pa takvo ponašanje također može izazvati plasljivost kod djece. Plasljivu je djecu potrebno ohrabrivati i osamostaljavati, odnosno, češće ih izlagati situacijama koje im omogućuju afirmaciju te im uporno davati priznanja za stvarne vrijednosti u njihovu ponašanju.

Ukoliko se na plasljivost ne reagira pravovremeno određenim socijalnopedagoškim tretmanima, ona može dovesti do razvoja različitih vrsta fobija i paničnih strahova koji trebaju psihijatrijsku pomoć i liječenje. Fobije podrazumijevaju neurotsko stvaranje simptoma straha poput tjeskobe, ustrašenosti i panike koji su povezani s različitim predmetima i situacijama, a to obično biva bez realne podloge. Najčešće su fobije one povezane s odlaskom zubaru,

letenjem i krvlju, zatim se mogu javiti i socijalne fobije poput agorafobije (strah od otvorenih prostora), klaustrofobije (strah od zatvorenih prostora), eritrofobije (strah od crvenjenja) i fobofobije (strah od straha). Osoba koja pati od fobije, kada dođe u kontakt sa predmetom svoje fobije ili zna da će to uskoro uslijediti, može razviti akutne fizičke simptome tjeskobe koji su raznovrsni. Strah upućuje na fobičan poremećaj ako on ometa svakodnevno funkcioniranje ili ako osoba koja osjeća strahove, u ovom slučaju dijete, trpi. Fobija je prisutna ukoliko strah stvara poremećaje u ponašanju i onemogućuje obavljanje uobičajenih životnih funkcija (Bouillet i Uzelac, 2007.).

1.2. Povučenost

Klarin, 2002. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi da je povučenost karakteristična za djecu koja su pretežito tiha, mirna, osamljena, mnogo maštaju, često napuštaju igru, nezadovoljna su, nemaju stalne prijatelje, češće biraju društvo starijih ili pak mlađih osoba. Ono je česta popratna pojava plašljivosti, a odraz je nepovjerenja i nesigurnosti u druge osobe. Posrijedi je manjak zadovoljavajućih socijalnih odnosa, koji rezultiraju neugodnim emocionalnim stanjem, a najčešće su to potreba za ljubavi i pripadanjem. Krajnji rezultat oskudnih socijalnih veza i povučenosti jest usamljenost, odnosno manjak socijalnih odnosa. Usamljene se osobe često opisuju kao introvertirane, sramežljive, niskog samopoštovanja, nesretne, nezadovoljne životom, depresivne, socijalno anksiozne, pesimistične, socijalno nevješte u uspostavljanju kontakta sa drugim, neprijateljski raspoložene prema drugima, češće zbog toga izražavaju ljutnju, zatvorene su te samim time smanjuju mogućnost suradnje s drugim ljudima.

Samoća i usamljenost su dva različita pojma koja treba razlikovati. Samoća je pojava prekomjerne izoliranosti djeteta od društva koje dijete samo bira, a ono u nekim slučajevima može postati i obilježje njegove ličnosti dok je usamljenost posljedica socijalne izoliranosti koja je nametnuta djetetu i kojoj se ono ne uspijeva prilagoditi pri čemu je njegova potreba za druženjem i društvom ostaje nezadovoljena (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Istraživanje Lacković-Grgin, Penezić, i Sorić, 1999. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) ukazuje na to kako iskustvo usamljenosti obuhvaća osjećajnu, društvenu, aktivnu, tjelesnu i misaonu komponentu ponašanja, te da te komponentne zajedno čine doživljaj usamljenosti koji je jedinstven. Slijedom rezultata tih istraživanja, osamljenost se sastoji od osjećajne boli, interpersonalne izoliranosti, povlačenja, socijalne neadekvatnosti i tjelesne manifestacije. Osjećajna se bol javlja podjednako kod ljudi svih dobi, a javlja se često prilikom gubitka voljene osobe ili kod nedostatka intimnih veza. Interpersonalna izoliranost popraćena je osjećajem nepripadanja, odnosno nepovezanosti s drugima, napuštenosti ili nezadovoljstvom socijalnih veza. Socijalna neadekvatnost usko je povezana sa nesigurnošću, beznadnosti, nesposobnosti, strahom od budućnosti, nedostatkom kontrole nad vlastitim životom, manjkom samopoštovanja i drugim. A posljednja komponenta koju obuhvaća usamljenost, odnosno, tjelesna manifestacija, objašnjava kako su osobe koje su usamljene podložnije tjelesnim bolestima, te da je usamljenost povezana s brojnim psihosomatskim poremećajima (Lacković-Grgin, Penezić, i Sorić, 1999.; prema Bouillet i Uzelac, 2007.).

Etiološki su činitelji povučenosti vrlo različiti. Usamljenost može biti posljedica fizičkih bolesti kao što su slabokrvnost, pothranjenost, rahitičnost, ili može biti posljedica nedovoljne mentalne razvijenosti i drugih organskih oštećenja, stvarnih ili umišljenih tjelesnih nedostataka, pretjeranog roditeljskog nadzora, emocionalne zapuštenosti i slično (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Tijekom socijalnopedagoškog tretmana djecu koja su povučena potrebno je postupno uvoditi u društvo vršnjaka, prilikom čega se mogu koristiti različiti formalni oblici udruživanja poput sportskih klubova, umjetničkih društava i slično. Povučenu djecu potrebno je oprezno i postupno izlagati onim situacijama u kojima njihova povučenost najviše dolazi do izražaja, iako takva nastojanja mogu rezultirati pojačanim manifestiranjem početnog poremećaja. Ukoliko odgojitelj u takvim situacijama postupa profesionalno, vodi se svojim načelima i primjenjuje dostupne metode i sredstva socijalnopedagoške struke, tada vođeni proces može pomoći djetetu u postizanju odgovarajuće socijalne integracije (Bouillet i Uzelac, 2007.).

1.3. Potištenost

Potištenost je poremećaj u ponašanju koji prethodi depresiji, odnosno osjećaju očaja i beznađa, koji blaže i kratkotrajno, a ponekad intenzivnije i dugotrajnije, prevladava nad drugim osjećajima pojedinca. Uz to je jedan od simptoma na ugrožavajuće životne promjene kojima se osoba ne uspijeva prilagoditi, smanjuje mogućnost koncentracije, čitanja, pisanja, komunikacije, a odražava se i na cjelokupno socijalno funkcioniranje (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Lebedina- Manzoni, 2005. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi kako je depresivnost emocionalno stanje koje karakterizira osjećaj tuge, žalosti, neraspoloženja i utučenosti što je danas sve češće svakodnevno iskustvo svake osobe. Depresivnost se definira u terminima kontinuuma, od normalne, odnosno povremene i prolazne žalosti, do duboke depresije koja traje ili se vraća konstantno. Depresija je prema tome mnogo više od uobičajene tuge i žalosti. Depresija je patološko stanje u kojem trajanje i intenzitet žalosti nisu u skladu s pretrpljenim gubitkom i izvorom emocionalnog problema.

Potištenost, kao preteča depresivnosti, česta je pratilja povučenosti i plašljivosti, pogotovo ako su ti poremećaji u ponašanju posljedica neprestanoga psihičkog zlostavljanja te ako djeca rastu nevoljena, odbačena i zapostavljena (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Košiček i Košiček, 1967. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode opis potištenog djeteta, te ga opisuju kao mrzovoljno, otresito, šutljivo, bezvoljno, pasivno, povučeno, umorno, tjeskobno, plačljivo i zabrinuto dijete koje se često tuži na bolove, spava nemirno, izostaje apetit, rastreseno je, nesnošljivo i razdražljivo.

Žitnik i Maglica, 2002. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako je stručnu pomoć potrebno zatražiti ukoliko se kod djeteta pojavi neka iznenadna pojava ponašanja koja traje dulje od dva tjedna i uključuje neke od sljedećih simptoma: nedostatak zanimanja za aktivnosti, nedostatak zanimanja za odnose s drugom djecom, promjena apetita, promjene ritma spavanja i budnosti, gubitak energije, neopravdano samooptuživanje, osjećaj tuge, negativno mišljenje o sebi, osjećaj beznađa i stalne zabrinutosti, nemogućnost koncentracije, maštanje ili misli o smrti, agresivno ponašanje, preosjetljivost i/ili izraženi trajni fizički bolovi. Među stresne situacije koje mogu pogodovati razvoju potištenosti i depresije u djece ubrajaju se: smrt roditelja, rastava braka, nerazumijevanje djetetu važnih osoba, sve vrste zlostavljanja u obitelji, odbačenost od strane vršnjaka, prekid prijateljske veze, izbjeglištvo, siromaštvo i slično.

Što se prije djetetu postavi dijagnoza i što se prije dijete uključi u tretman, veća je vjerojatnost oporavka. Osobito su bitni pritom kombinirani tretmani koji djeluju na povećanje samopoštovanja, vještine suočavanja, kvalitetu odnosa sa vršnjacima i roditeljima, a osim djeteta koje manifestira taj poremećaj, uključuju i njegovu okolinu, pogotovo obitelj (Bouillet i Uzelac, 2007.).

1.4. Nemarnost i lijenost

Društvo za psihološku pomoć (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrdi da je dijete ponosno na svoj uspjeh ukoliko ono samo razumije i prihvaća svoju odgovornost i izvršava svoje obveze. Uspjeh djeteta produkt je njegovog truda i rada zbog čega će dijete težiti da ponovi svoje ugodno iskustvo. Kod uspjeha, dijete razvija unutarnju motivaciju i razumije da

do uspjeha dovode trud i zalaganje. Međutim, neuspjesi su normalan dio života, a oni sami po sebi nisu isključivo loši ili potpuno negativni.

Iako posljedice doživljenog neuspjeha mogu biti poticajne, neka djeca se ne osjećaju dovoljno sigurnima da bi se sa neuspjehom suočila, dok neka djeca jednostavno ne znaju kako prevladati neuspjeh. Učestali neuspjesi ostavljaju dubok trag i mogu nepovoljno djelovati na razvoj samopouzdanja ili motivacije za daljnji rad kod djeteta, te također mogu nepogodno djelovati na usvajanje različitih znanja, navika i vještina. Tada djeca često odustaju od pokušaja da djeluju na vrijeme i onda kada se nešto može popraviti, što dovodi do nemarnosti (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Uzelac, 1995. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrdi da je nemarnost pasivno ponašanje i nedovoljno odgovoran odnos prema radnim zadaćama, u čemu se prepoznaje nedostatak radnih navika, što je popraćeno različitim izgovorima.

Košićek i Košićek, 1967. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako se ponekad nemarnost može uočiti već i kod djece predškolske dobi pri čemu su takva djeca troma, lijena, bez inicijative, ne prihvaćaju nikakve aktivnosti spontano, u svemu očekuju neki poticaj ili pomoć odraslih, sve rade preko volje, površno i neuredno. Na psihičko i socijalno podrijetlo nemarnosti upućuje činjenica da dijete nije uvijek jednako tromo i nezainteresirano u svim situacijama.

Kako navode Bouillet i Uzelac (2007.), dijete je najčešće sporo, nepokretno, nespretno, površno kada se treba počesljati, odjenuti, umiti, pospremiti igračke i slično. S druge strane, to isto dijete može postati vrlo živahno i aktivno kada se igra ili kada obavlja neku aktivnost koja u njemu izaziva osjećaj ugone, stoga nemarnost ne podrazumijeva potpunu neaktivnost i pasivnost, nego samo izbjegavanje rada kao prisile i modelima određene korisne djelatnosti, te zanemarivanje rada u korist igre kao nesputane i otvorene djelatnosti. S druge strane, lijenost se definira kao nedostatak želje za bilo kakvom aktivnošću, a u ekstremnim slučajevima opća tendencija za neaktivnošću može graničiti sa apatijom ili pak biti jedan od simptoma depresije. Izrazito lijeve osobe koje se odbijaju baviti bilo kakvim aktivnostima, ne uspijevaju ništa naučiti, ne razvijaju nikakvu vještinu ili talent te zbog toga gube samopouzdanje. Mnoga su djeca koja ostavljaju dojam lijeve osobe izabrala pasivan način suprotstavljanja strahovima i situacijama koje kod njih izazivaju nesigurnost.

Bouillet i Uzelac (2007.) navode nesamostalnost kao najčešći motiv nemarnosti i lijenosti. Nesamostalnost i osjećaj bespomoćnosti, odnosno kronični osjećaj nemoći u određenoj situacije ili vjerovanje kako će situacija završiti negativnim ishodom bez obzira na vlastito ponašanje. Zbog toga se pojavljuje pasivnost i povlačenje, uz postepeno gubljenje uvida u činjenicu da postoji moguće rješenje. Kada se neuspjeh očekuje i na njega se pravovremeno ne reagira, on počinje utjecati na učenje, postignuća, a na kraju i uspjehom u životu, što dovodi do ponašanja koje, kako autori navode (Jensen, 2000.; prema Bouillet i Uzelac, 2007.), se naziva naučenom bespomoćnošću.

Jensen, (2000.; prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi simptome uobičajene za naučenu bespomoćnost, a to su: apatija, bezvoljnost, oslabljeno aktiviranje reakcija kod šokantnih događaja, percipirani nedostatak kontrole nad okolinom i okolnostima, nedostatak asertivnosti, nedostatak neprijateljstva u situacijama kada je neprijateljstvo opravdano, nedostatak motivacije, izražen sarkazam, izjave koje potiču bespomoćnost, ponašanje poput automata, gubitak apetita i težine te problemi s kognicijom.

Nemarna djeca simptome bespomoćnog ponašanja manifestiraju samo kada su izložena zahtjevima, prilikom čega ta djeca često pružaju aktivan otpor. Takva djeca odbijaju pokoriti se zahtjevima, demonstrativno biraju ponašanja koja su suprotna od danih zahtjeva, izazivaju konflikte sa odgojiteljima, odbijaju bilo kakvu reakciju ili čine ono što se od njih očekuje uz iskazivanje neverbalnog otpora odnosno rade grimase, kolutaju s očima i slično. Aktivno pružanje otpora kod nemarne djece češće se manifestira kada dijete uvidi da odrasli lako odustaju od zahtjeva, odnosno kada primijete da odrasla osoba nije dosljedna. (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Razvoju nemarnosti i lijenosti pridonosi pretjerano maženje i popustljivost roditelja, prilikom čega dolazi do razmaženosti. Osim neprimjerenih odgojnim postupaka, nemarnost i lijenost mogu uzrokovati osvetoljubivost, ljubomora, neprikladni odgojni zahtjevi, ali i organska oštećenja, kronične bolesti i slično (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Kod socijalnopedagoškog tretmana ovog poremećaja najviše se orijentira na transformaciju ponašanja. Bitna sastavnica tretmana jest usvajanje radnih navika i poticanje na aktivnosti koje djetetu omogućuju spoznaju uspjeha i zadovoljstva koje proizlazi iz radnih aktivnosti (Bouillet i Uzelac, 2007.).

1.5. Neurotski uvjetovani internalizirani (pasivni) oblici poremećaja u ponašanju

Rijetko se u praksi susreću djeca koja očituju samo jedan oblik poremećaja u ponašanju. Isti etiološki činitelji pogoduju razvoju različitih poremećaja u ponašanju pa stoga ne iznenađuje visoka razina povezanosti internaliziranih poremećaja u ponašanju s različitim psihičkim poremećajima. Uz psihičke poremećaje (koji mogu nastati ukoliko pravovremena intervencija izostane), posebna se pozornost mora obratiti i na psihičke poremećaje koji uz psihološki ili medicinski, zahtijevaju i odgojni tretman. Primjer tome su neuroze, psihosomatske smetnje, poremećaj ili deficit pažnje, psihoze i druge smetnje (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Uzelac 1995. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi kako su ti poremećaji česti kod ponašanja koja se susreću kod pasivnih poremećaja u ponašanju, a očituju se kroz ponašanja kao što su rastresenost, plačljivost i nezainteresiranost.

Najčešći psihički poremećaji u dječjoj dobi su neuroze. Kod njihovog nastajanja važnu ulogu imaju egzogeni i odgojni činitelji. Česti znakovi neuroze su: sisanje prsta, grickanje noktiju, povećana ceremonijalnost, mucanje, tepanje, tikovi, hipohondrična jadikovanja, poremećaji prehrane, enureze i enkopreze, poremećaji sna i drugo (Bouillet i Uzelac, 2007.).

1.5.1. Enureza

Primarna noćna enureza (PNE) čest je poremećaj kod djece predškolske dobi (Cvitković Roić, Palčić, Jaklin Kekez, Roić, 2015.). Kako autori navode, mnoga istraživanja unazad dvadesetak godina su dokazala kako je primarna noćna enureza multifaktorske etiologije. Enureza je uzrokovana prvenstveno nesrazmjerom između noćnog stvaranja mokraće i kapaciteta mokraćnog mjehura, a usko je povezano i sa djetetovim čvrstim snom. Prije se smatralo kako je noćno mokrenje posljedica psihičkih čimbenika, no novija su istraživanja pokazala kako psihičke promjene nisu uzrok već posljedica noćnog mokrenja. Te su spoznaje promijenile pristup djeci s enurezom pa se danas stoga preporuča liječenje noćnog mokrenja nakon navršene pete godine života. Enureza se može podijeliti na primarnu i sekundarnu. Sekundarna noćna enureza prisutna je kod djece koja su uspostavila kontrolu mokrenja i bila suha u kontinuitetu minimalno šest mjeseci, nakon čega su ponovno počela mokriti u krevet, dok je primarna noćna enureza prisutna kod djece koja nikad nisu postigla

suhoću tijekom noći u kontinuitetu duljem od šest mjeseci. Kod djece se kontrola mokrenja najčešće uspostavlja danju. Od druge djeca uče sama kontrolirati mokrenje, a do četvrte godine sva djeca s normalnom funkcijom mjehura razvijaju tu mogućnost. Primarna noćna enureza ima utjecaj na djetetovo samopoštovanje pa iz tog razloga djeca s noćnim mokrenjem češće očituju probleme u ponašanju. Oni se osjećaju drugačije od svojih vršnjaka i zbog toga osjećaju ljutnju, stid, ne mogu sudjelovati u dječjim aktivnostima poput putovanja, kampiranja i slično. Terapijski pristup liječenja enureze započinje detaljnim objašnjenjem uzroka noćnog mokrenja, zatim slijede potpora i demistificiranje cjelokupnog problema. Djeci i roditeljima potrebno je omogućiti pomoć kod nošenja sam problemom pa prilikom toga mogu prolaziti edukacije pijenja i mokrenja, mogu učiti o važnosti redovite defekcije i promjene prehranbenih navika te važnosti unošenja dovoljne količine tekućine tijekom jutra i popodneva u različitim vremenskim razmacima.

1.5.2. Poremećaj prehrane

Pipes, 1996. (prema Berk, 2008.) navodi da je prehrana važna u svim razdobljima razvoja, ali utjecaj prehrane je najveći u prve dvije godine života iz razloga što u to vrijeme djetetovo tijelo i mozak rastu najvećom brzinom. Prema tome, energetske potrebe djeteta su dvostruko veće od onih kod odraslih osoba. Od ukupne unesene količine kalorija, dojenče potroši 25% na rast, a dodatne su kalorije potrebne kako bi se organima koji također intenzivno rastu omogućilo pravilno funkcioniranje.

Današnja je prehrana daleko od one prirodne koja je čovjeku nužna za zdravlje. Čovjek jede neprirodnu hranu koja mu uništava zdravlje, pa tako danas ljudi jedu prekomjernu količinu slastica, a premalo prirodnih vitamina i hranjivih tvari. Rezultat takve prehrane je sve više bolesti kod djece, pa tako već malena djeca imaju dijagnoze pretilosti, alergija, pogrbljenih leđa i slično. Kako stablo prima hranu preko korijenja, tako i čovjek prima hranjive tvari preko crijeva. Međutim, štetne tvari poput aditiva mogu probiti stijenke crijeva te dospjeti u mozak i u njemu poremetiti moždani metabolizam. Ukoliko djeca ne podnose određene namirnice, tada može biti riječ o alergiji ili osjetljivosti na namirnice. Osjetljivost na namirnice znatno je češća i može nestati nakon kratkog vremena, a simptomi se pojavljuju ukoliko se unese veća količina dotične namirnice, dok je kod alergije suprotno, odnosno kod alergije je dovoljna i najmanja količina namirnice za izazivanje neželjene

reakcije. Alergija je vrlo uporna i ponekad traje cijeli život, a alergijska reakcija može izazvati čak i ako se ne unese dotična namirnica. Otrovi iz okoliša u namirnicama su najveća opasnost jer najintimniji odnos prema okolišu, čovjek ostvaruje preko hrane (Klammrodt, 2007.).

Problematika hranjenja kod djece može biti uvjetovana različitim čimbenicima poput: nerazvijene ili nedovoljno razvijene oralnomotoričke vještine, reducirani pokreti usana, vilice ili jezika, loše prehrambene navike, odnosno preferiranje nezdrave hrane, neprimjerena tekstura hrane za dob djeteta, teškoće žvakanja kao posljedica promjene zuba ili posljedica neiskustva s krutom hranom te smanjena ili povećana potreba za hranom. Kada dijete ima poteškoće u hranjenju tada je potrebno za vrijeme obroka: isključiti TV, udaljiti igračke od djeteta, jesti zajedno kao obitelj kako bi dijete uživalo u obiteljskoj atmosferi, dozirati postepeno količinu hrane, razgovarati sa djetetom o hrani, uključivati dijete u pripremu jela, dopustiti djetetu da izvodi jednostavne zadatke kao što je miješanje hrane i slično. Tijekom hranjenja dijete se nikako ne smije: uspoređivati sa drugom djecom, prijetiti, grditi, požurivati, hraniti kroz trikove i igru, nuditi nezdravu hranu kao nagradu ili inzistirati da dijete pojede cijeli obrok (Korunić i Jurišić, 2013.).

1.5.3. Enkopreza

Rosenfeld 1968., Flynn 1987., Forth 1992. i Barrows 2002. navode da je enkopreza neugodan i stresan simptom za djecu i roditelje zbog kojeg se često obraćaju za pomoć od stručnjaka poput psihologa ili psihijatra (Poliklinika Terapija, 2015.).

Enkopreza je nekontrolirano defeciranje, odnosno poremećaj u pražnjenju crijeva kod kojeg dijete nužnu obavlja na neprikladnim mjestima. Kriterij za postavljanje dijagnoze kod enkopreze je dob djeteta. Enkopreza se dijagnosticira djeci koja su starija od četiri godine, iz razloga što se od djece starije od četiri godine očekuje da su naučila kontrolirati pražnjenje crijeva. Kada se isključe organski uzroci, tada treba razmotriti one psihološke. Psihološki razlozi mogu biti nešto jednostavniji, a to su: nelagoda korištenja javnog wc-a ili nerado prekidanje igre zbog čega dijete odbija odvojiti vrijeme za pražnjenje crijeva. Unatoč ovim razlozima, češće je riječ o kompleksnijim psihološkim uzrocima koji uzrokuju enkoprezu. Enkopreza stoga može biti uzrokovana promjenama u okolini, stresnim situacijama u obitelji kao što je to primjerice razvod braka, poteškoćama u odnosima sa skrbnicima, a isto tako i

stresnim situacijama u dječjem vrtiću. Enkopreza se često pojavljuje u obiteljima u kojima roditelji pridaju preveliku važnost usvajanju kontrole stolice kod djeteta. Prilikom pojave enkopreze, potrebno je potražiti savjet stručnjaka kao što su to psiholog ili psihijatar (Križan, 2012.).

1.5.4. Poremećaji sna

Prema Lovrinčević (2012.), spavanje se dijeli na dvije faze, a to su: REM faza, odnosno razdoblje spavanja i ne- REM faza, odnosno duboki san. U prvom stupnju sna ljudi se potpuno isključuju iz svoje okoline te tonu u san iz kojeg se lako mogu trgnuti. u trećem i četvrtom stupnju sna aktivnost mozga se usporava i mijenja. Disanje i rad srca u tom su stupnju sna jednolični i smireni, a mozak šalje mišićima neznatne impulse. Iz te se faze sna teško probuditi, pa stoga u toj fazi sna može smetati samo jaka buka. Nakon buđenja iz te faze sna, karakterističan je osjećaj zbunjenosti. Nakon dva ili tri sata ovakvog sna, slijedi sanjanje, odnosno REM faza. U toj fazi oči se pomiču brzo ispod kapaka, pa od tud i naziv REM (*eng. rapid eye movement*) što, kada se prevede na hrvatski znači brzo micanje očiju. Rad srca i disanje se ubrzavaju stoga organizam traži više kisika i energije. Mozak također ubrzava svoju aktivnost te šalje impulse u mišiće koji se blokiraju u leđnoj moždini. Iz tog razloga za vrijeme spavanja tijelo potpuno miruje. Eventualno se događaju mali trzaji lica, ruku ili nogu.

Tijekom prosječnog sna koji traje osam sati, odrasli mogu provesti dva sata u REM fazi sna, a šest sati u ne- REM fazi sna. Obje faze su vrlo bitne za dobrobit određene osobe, jer ne- REM je potreban za oporavak i odmor tijela, dok je REM san nužan za moždani razvoj (Sears i sur., 2015.).

Kod djece, kao i kod odraslih, faze sna se izmjenjuju tijekom noći, no neke razlike ipak postoje. Kod nedonoščadi REM faza sna čini 80% ukupnoga spavanja, a kod novorođenčadi taj postotak iznosi 50%, dok kod trogodišnjaka taj postotak iznosi 30%, a kod starije djece i odraslih svega 25% (Lovrinčević, 2012.).

Sears i sur. (2015.) tvrde da se dojenčad često budi zato što spavaju na drugačiji način od odraslih osoba. Njihovi ciklusi sna se razlikuju od ciklusa odraslih osoba. Dojenčad tone u san duže, odnosno kakvih dvadesetak minuta, što nije slučaj s odraslima ili starijom djecom koja brže zaspe. Što je dijete mlađe, više mu vremena treba da utone u dubok san. Obrasci

djetetovog spavanja se mijenjaju s njegovim rastom. Oko 50% sna kod novorođenčeta otpada na REM san, a taj je postotak i viši kod nedonoščadi. Prvih nekoliko mjeseci djeca spavaju ukupno šesnaest do sedamnaest sati na dan. Spavaju u navratima od tri do četiri sata, a provode u snu jednako vremena i danju i noću. U toj se dobi djeca pretežno bude zbog potrebe za hranom. Između šestog i osmog tjedna djeca počinju kontrolirati svoje spavanje, pa stoga više vremena provode spavajući po noći, a manje po danu. U toj se dobi također bude ponoći, a glavni razlog tome je potreba za bliskošću, odnosno strah od usamljenosti. u razdoblju od tri do šest mjeseci djeca spavaju ukupno petnaest sati na dan, odnosno spavaju dva do tri puta, a preostalo vrijeme provode sanjajući u noći. U dobi od šest mjeseci dojenčad spava u razdoblju od pet do šest sati te se počinju skraćivati REM faze sna, a produljuju se ne-REM. U razdoblju od šest do devet mjeseci djeca spavaju oko četrnaest sati na dan i u mogućnosti su izostaviti jedno drijemanje na dan. Većina djece se i dalje budi nekoliko puta noću, ali ubrzo se sama smire te se vrate natrag na spavanje. U toj dobi počinje noćno buđenje koje je potaknuto razvojnim promjenama, a česti problem predstavlja i bol zbog izbijanja zuba. U razdoblju od devet do dvanaest mjeseci većina djece spava petnaest do šesnaest sati na dan, te im je potrebno jedno ili dva drijemanja po danu. Iako je djeci i dalje potrebno jutarnje i popodnevno drijemanje, ono jutarnje se u ovom razdoblju skraćuje. U razdoblju od jedne do dvije godine djeca spavaju trinaest do četrnaest sati na dan, a od toga deset do dvanaest sati spavaju noću, te uzimaju dva kraća drijemanja danju. U razdoblju od dvije do tri godine uglavnom sva djeca spavaju od jedanaest do trinaest sati na dan, te prestaju drijemati ujutro. U tom se razdoblju javljaju noćne more i strah od mraka i sna. U dobi od tri do četiri godine obrasci spavanja postaju isti kao i kod odrasle osobe, te djeca prestaju spavati tokom dana, a noću im je potrebno jedanaest do dvanaest sati sna.

Česti poremećaji spavanja kod djece javljaju se u obliku noćnih mora, noćnih strahova, hodanja u snu, noćnog mokrenja te nekih medicinskih razloga (Lovrinčević, 2012.).

1.5.4.1. Noćne more

Noćne more su strašni snovi koje dijete sanja, a nakon što se probudi iz sna, dijete ima osjećaj nelagode, straha i uznemirenosti. Noćne more se odvijaju noću, a povezane su s nekim dnevnim događanjima i emocionalnim konfliktima koji su se dogodili tokom dana. Noćne

more imaju sva djeca u određenim fazama i one nisu dio patološke pojave. Emocionalni razvoj djeteta je spiralan proces kod kojeg je normalna emocionalna osjetljivost, kao i pojava strašnih snova. Noćne more mogu se javiti bez ikakvog razloga, a ako se javljaju rijetko nema razloga za brigu, no ako se javljaju često, dijete vjerojatno na neki način emocionalno trpi, odnosno postoji nešto što dijete muči (Lovrinčević, 2012.).

Kod djece u dobi do tri godine noćne more su izazvane strahom od odvajanja od roditelja. Djeca u dobi od tri do šest godina imaju noćne more zbog straha od gubitka roditeljske ljubavi. Noćne more mogu nastati i zbog agresivnih prizora koje je dijete možda vidjelo negdje te su ti prizori djelovali na njega uznemirujuće, pa je pritom važno obratiti pozornost na sadržaje koje dijete gleda tokom dana. Djeca koja su starija od šest godina uglavnom imaju noćne more zbog straha od odlaska u školu te promjene koje odlazak u školu nosi sa sobom. Kako bi djetetu koje ima noćne more pomogli, važno je pružiti mu razumijevanje i podršku. Ako se one ponavljaju potrebno je razmisliti što opterećuje dijete u posljednje vrijeme, te je potrebno olakšati emocionalne tenzije. Također, vrlo je važno umiriti dijete nakon noćne more, zagrliti ga i uvjeriti ga kako je samo ružno sanjalo i kako to nije dio stvarnosti. Ukoliko noćne more traju duže od mjesec ili dva, potrebno je zatražiti stručnu pomoć (Lovrinčević, 2012.).

1.5.4.2. Noćni strahovi

Kod noćnih strahova dijete se budi uz glasan i paničan uzvik ili vrištanje koje izgleda izuzetno uznemireno. Dijete se pritom može obično znojiti, a puls mu se toliko ubrza da ponekad dosegne i do sto otkucaja u minuti. Noćni se strahovi javljaju u prva tri do četiri sata sna. Dijete koje ima noćne strahove ponaša se kao da uopće ne prepoznaje svoje roditelje, a na pokušaje roditelja da ga smire, reagira još većim strahom i još većom uznemirenošću. Ako je dijete koje ima noćne strahove mlađe od pet ili šest godina, tada se taj strah, odnosno situacija noćnog straha treba prihvatiti kao dio procesa sazrijevanja djeteta, a ne kao njegova patologija. Djeci koja imaju problema sa noćnim strahovima potrebno je omogućiti više sna, pa je stoga ponekad potrebno vratiti poslijepodneвно spavanje ili ga se navečer treba staviti ranije na spavanje. Također, potrebno je voditi računa o ritmu djetetovih aktivnosti i tokom dana, odnosno treba inzistirati na ustaljenom dnevnom ritmu. Tijekom same epizode noćnog

straha potrebno je držati se postrani i ne buditi dijete. Kod djece mlađe od šest godina najčešće ne postoje psihološki razlozi pojavljivanja noćnih strahova, dok je kod djece starije od šest godina suprotno, odnosno kod djece starije od šest godina noćni strahovi mogu biti posljedica potiskivanja osjećaja, emocionalnih tenzija ili traumatične situacije poput smrti u obitelji i slično. U takvim se slučajevima potrebno posavjetovati sa stručnjacima te zatražiti psihološku pomoć (Lovrinčević, 2012.).

Iako su noćne more i noćni strahovi poprilično slični, važno je razlikovati ta dva pojma. U skladu s time Lovrinčević (2012.) navodi kako je razlika između noćnih mora i noćnih strahova u tome što su noćne more jako strašni snovi koji se događaju tijekom REM faze, a nakon noćne more kod djece slijedi potpuno buđenje, dok kod noćnih strahova djeca se djelomično bude iz dubokog sna ne-REM faze. Noćne more javljaju se u drugoj polovini noći, kada san postaje intenzivan, a noćni strahovi javljaju se između jedan do četiri sata nakon što dijete zaspi, odnosno nakon što je faza ne sanjanja najdublja. Kod manifestiranja noćnih mora djeca se osjećaju uplašeno te često plaču i boje se čak i nakon buđenja, dok kod manifestiranja noćnih strahova dijete se može uspraviti u krevetu, ustati i normalno se kretati. Pritom se djeca mogu i pojačano znojiti, plakati, vikati, pričati i mogu djelovati ljutito ili uplašeno, a to sve nestaje prilikom buđenja. Kada se djeca bude nakon noćnih mora, ona su svjesna svega i traže zagrljaj i prisutnost roditelja, dok djeca koja se bude nakon noćnih strahova u potpunosti ili djelomično nisu svjesna roditeljske prisutnosti te ne traže roditelje ili ih pak guraju od sebe, a na pokušaj roditelja da ga umire djeca se samo uznemire. Povratak snu kod noćnih mora otežan je zbog straha kojeg djeca osjećaju, dok je kod noćnih strahova povratak snu vrlo brz. Djeca nakon noćnih mora mogu drugo jutro prepričati san, ukoliko su dovoljno zrela, dok se djeca koja imaju noćne strahove drugog jutra ničeg ne sjećaju te ne mogu ispričati što se dogodilo.

1.5.4.3. Hodanje u snu

Hodanje u snu uvjetovano je nasljeđem pa se stoga češće javlja u određenim obiteljima (Lovrinčević, 2012.). Hodanje u snu najčešće se javlja tijekom prva tri do četiri sata sna, a na oprez upućuju slučajevi hodanja u snu koje se ne javlja u tom razdoblju, već

pred jutro. Ukoliko se hodanje u snu javlja ujutro tada je njegov uzrok uglavnom neurološke naravi pa su stoga potrebne i neurološke pretrage. Djeci koja hodaju u snu potrebno je omogućiti više sna te ih vratiti na poslijepodnevno spavanje ili ih navečer staviti ranije na spavanje. Treba voditi računa o djetetovom ritmu aktivnosti tokom dana, te kao i kod noćnih strahova, treba se držati ustaljenog dnevnog ritma. Potrebno je izbjegavati bučne i uznemirujuće aktivnosti prije spavanja i ukloniti iz sobe stvari i namještaj na koje se dijete može spotaknuti prilikom hodanja u snu ili ozlijediti (Lovrinčević, 2012.).

1.5.4.4. Noćno mokrenje

Noćno je mokrenje česti i uznemirujući problem, kod kojeg je dijete izuzetno uznemireno i opterećeno. Ono se javlja kod 40% svih trogodišnjaka i 22% petogodišnjaka, a 60% djece koja očituju problem noćnog mokrenja čine dječaci (Lovrinčević, 2012.). Jedan od uzroka noćnog mokrenja je sazrijevanje. Kako bi dijete moglo kontrolirati mokriti, potreban je određeni stupanj zrelosti. Sljedeći urok jest maleni kapacitet mjehura, prilikom čega djeca mokre češće te imaju manje količine mokraće. Kod takve je djece potrebno primjenjivati vježbe kako bi se poboljšao kapacitet mjehura. Nije neuobičajeno da djeca koja se pomokre u snu kažu kako su sanjala vodu. To se događa zato što je mokrenje u snu izazvalo san o vodi. Još jedan od uzroka mokrenja u snu jest osjetljivost na hranu. neki autori stoga preporučuju da djeca koja mokre u snu izbjegavaju mliječne proizvode, limun, kakao, gazirana pića i slično. Emocionalni problemi također mogu biti uzrok noćnog mokrenja, iako je šansa za to vrlo mala. Emocionalni problemi uglavnom su usko povezani s djetetovom okolinom. Nasljeđe je također važan čimbenik na što ukazuju i statistički podaci u kojima obitelji u kojima ni jedan roditelj nije očitovao probleme s noćnim mokrenjem tek 15% djece ima taj problem, dok se šanse povećavaju ukoliko je jedan od roditelja imao taj problem, stoga taj postotak iznosi 45%. Ukoliko su oba roditelja mokrila u krevet, tada će čak 77% djece imati ponovno taj problem. Kod liječenja noćnog mokrenja vrlo je velika važnost podrške roditelja. Nikakvi oblici kažnjavanja djeteta ne dolaze u obzir. Kod djeteta je potrebno jačanje odgovornosti, zatim se mogu primijeniti vježbe za jačanje mjehura, a krajnje rješenje su lijekovi koji se koriste kod djece koje ne reagiraju na prve dvije metode (Lovrinčević, 2012.).

1.5.4.5. Medicinski razlozi lošeg spavanja

Kod akutnih bolesti koje su popraćene visokom tjelesnom temperaturom, djeca mogu imati probleme sa spavanjem. Izbijanje zubića također može biti jedan od problema jer uzrokuje razdražljivost kod djece. Dvije su vrste medicinskih tegoba koje mogu duže trajati i samim time imati utjecaj na san djeteta, a to su grčevi i upala srednjeg uha. Grčevi se kod beba javljaju nekoliko tjedana nakon njihovog rođenja, a uglavnom traju do trećeg mjeseca života. Djeca koja imaju grčeve jako se teško umire i često plaču. Kako bi se djeci pomoglo potrebno je osigurati im ustaljeni dnevni ritam i izbjegavati uzbudljiva događanja i posjete poslijepodne. Treba izbjegavati snažna ljuljanja djece i poželjno je koji puta ostaviti dijete na nekoliko minuta samo u kolijevku kako bi se dijete samo smirilo. Kod upale ili infekcije srednjeg uha djeca trpe velike bolove. Upalni proces se povećava kada dijete leži i to uvelike utječe na djetetov san. Problemi sa spavanjem u ovom slučaju ustvari postaju sekundarni, a upala postaje primarni problem koji se mora riješiti kako bi dijete moglo normalno funkcionirati i kako bi imalo nesmetani san (Lovrinčević, 2012.).

1.6. Pomanjkanje (deficit) pažnje- ADD

Već prilikom rođenja neki podražaju pobuđuju zanimanje ili orijentacijski refleks kod novorođenog djeteta, dok neki dovode do odbacivanja. Još uvijek nije utvrđeno što upravlja pažnjom novorođenog djeteta. Starija djeca za razliku od one novorođene imaju bolju selektivnu pažnju, a s dobi dolazi do promjene u upravljanju pažnjom. Pažnjom najprije upravljaju vanjski podražaji, a tek s vremenom dolazi do sve veće samokontrole. Četiri su aspekta pažnje koji se razvijaju sukladno s dobi djeteta, a to su: kontrola, planiranost, prilagodljivost i strategije (Vasta, Haith, Miller, 1997.).

Jensen, 2004. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrdi da je poremećaj pod nazivom pomanjkanje (deficit) pažnje, odnosno Attention- Deficit Disorder ili pak skraćeno ADD, najčešći dijagnosticirani poremećaj u ponašanju učenika. Djeca koja pate od pomanjkanja pažnje obično nisu u mogućnosti planirati budućnost. Najveći se poremećaji uočavaju u obavljanju dnevnih obaveza koje zahtijevaju suzdržavanje te osjećaj za vrijeme. Djeca sa ovim poremećajem mogu znati svoje zadatke, ali nisu ih u stanju uvijek provesti zbog

nesposobnosti upravljanja vlastitim reakcijama. Dijagnostički kriteriji za pomanjkanje pažnje su sljedeći: simptomi ili ponašanja se pojavljuju prije sedme godine života i traju najmanje šest mjeseci, razina smetnji je češća i teža nego što je to predviđeno za određenu dob, ponašanja izazivaju stvarni hendikep u barem dva područja života.

Na pomanjkanje pažnje mogu uputiti ponašanja poput: lošeg računanja na pamet, lošeg planiranja događaja u budućnosti, loših vještina pripreme, neosjetljivost na pogreške, rijetkog završavanje započetog, nemogućnosti čekanja, pomanjkanja mogućnosti predviđanja i uvida u prošlo iskustvo (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Cvetković- Lay, 2006. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi kako stručnjaci o pomanjkanju pažnje govore kao o poremećaju niskog samopoštovanja jer djeca mogu svaku pozitivnu stvar okrenuti na negativno i pritom ne vjeruju svojim sposobnostima pa im treba pomoć kako bi prepoznala svaki uspjeh. Zbog toga je roditeljima i svima koji rade s djecom najvažnije pomoći da takvu djecu nauče usvajanju samokontrole ponašanja i da potiču njihovo samopouzdanje. Od odgojitelja se zahtjeva da budu dosljedni i čvrsti, a istovremeno topli i osjećajni, što je vrlo teško postići.

Pravovremenom i stručnom intervencijom u mnogim se slučajevima prevenira nepovoljan razvoj djeteta te dolazi do konačne fiksacije psihičkih poremećaja. Iz tog je razloga presudno poštivati sve postavke socijalnopedagoške profesije kao što su: načela proporcionalnosti, načela nediskriminacije, načela nestigmatizacije, načelo učinkovitosti te načela najmanje moguće intervencije. Načela proporcionalnosti podrazumijevaju primjenu intervencije koja je razmjerna stupnju rizičnosti ponašanja djeteta. Načela nestigmatizacije podrazumijevaju primjenu intervencije koja ne okrivljuje niti posramljuje djecu ili njihove obitelji. Načela nediskriminacije podrazumijevaju dostupnost intervencija svoj djeci bez obzira na spol, boju kože, rasu, jezik, vjersku pripadnost, političko ili drugo mišljenje, socijalno ili nacionalno podrijetlo, materijalni status i pripadnost nacionalnoj manjini. Načelo učinkovitosti podrazumijeva postizanje planiranih ciljeva i pravovremenu primjenu, pri čemu je ozbiljnost ciljanog činitelja rizika usklađena s razinom mogućnosti i razinom sredstava. Zadnje načelo, odnosno načelo najmanje moguće intervencije podrazumijeva to da je intervencija usklađena s potrebama, a prisila se svodi na najmanju moguću razinu. Poštivanjem ovih načela i usmjeravanjem profesionalaca na dobrobit djece i mladih zasigurno će pridonijeti upoznavanju posebnosti svakog djeteta. Kreiranje intervencija koje su usmjerene otkrivanju etioloških činitelja pojedinih ponašanja, utvrđivanje razine individualne

i društvene štetnosti ponašanja te odabir odgovarajućeg tretmana umanjit će mogućnost stigmatizacije i nanošenja dodatne štete razvoju djece (Bouillet i Uzelac, 2007.).

2. EKSTERNALIZIRANI (AKTIVNI) POREMEĆAJI U PONAŠANJU

2.1. Nedisipliniranost (nepoštivanje autoriteta i pravila)

Koller- Trbović, 2005. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrdi da nedisiplinirano ponašanje obuhvaća manifestacije ponašanja koje su više ili manje izravno povezana s nepriznavanjem odgojnog autoriteta, a uz to se još i aktivno suprotstavljaju autoritetu. Riječ je o aktivnoj ili pasivnoj neposlušnosti koja može biti produkt otpora, neprihvatanja svih ili sasvim određenih autoriteta, ali i ostalih etioloških činitelja. Normalno je i prirodno da svako dijete ponekad prkosi disciplini, a o ozbiljnijem se poremećaju govori kada takvo ponašanje neko dijete neprekidno manifestira duže vrijeme i kada takvo ponašanje znatno remeti njegovo socijalno funkcioniranje te je štetno i na društvenoj ali i individualnoj razini. Taj oblik ponašanja karakterizira tvrdoglavost, otpor zapovijedima, nespремnost na kompromise, popuštanje ili pregovore s odraslima ili čak pregovore s vršnjacima. Može biti riječ o namjernom ili trajnom ispitivanju granica, koje karakterizira ignoriranje naredbi, svađe ili nepriznavanje vlastite krivnje za učinjene pogreške. Neprijateljstvo može biti usmjereno prema odraslima ili vršnjacima i to s namjernom da se ometaju drugi ili se pak dijete može koristiti verbalnom agresijom. Takvo ponašanje može biti stalno prisutno kod kuće, ali ne znači da je prisutno i drugdje, jer simptomi su obično prisutni u interakciji s osobama koje dijete dobro poznaje. Takva djeca ne smatraju sebe problematičnom djecom, već takva djeca svoja ponašanja opravdavaju reakcijom na nerazumne zahtjeve drugih ili na okolnosti.

Vodak i Šulc, 1966. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako od odgojnih činitelja, nedisipliniranosti potpomažu zahtjevni, popustljivi, neodlučni ili nejedinstveni odgojitelji. Zahtjevni odgojitelji svojim zahtjevima premašuju djetetove mogućnosti, ne toleriraju iznimke i ne poštuju djetetove stavove. Takvi su odgojitelji često nemilosrdni i od djeteta zahtijevaju bezuvjetnu poslušnost, strogi su i zbog toga često kod djece izazivaju strah, sputavaju djetetovu samostalnost i individualnost. Popustljivi odgojitelji djetetu ne postavljaju ograničenja i zabrane pa iz tog razloga dijete nije u mogućnosti razvijati osjećaj za poslušnost. Neodlučni odgojitelji nisu dosljedni i postavljaju međusobno suprotne odgojne zahtjeve pa iz tog razloga dijete ne može razumjeti što se od njega uistinu očekuje. Nejedinstveni odgojitelji

ne mogu se zajednički dogovoriti oko odgojnih zahtjeva prema djetetu, pa dijete prihvaća one zahtjeve koje je njima lakše izvršiti.

Ukoliko dijete procjeni kako je izloženo bezrazložnim, nerealnim ili promjenjivim zahtjevima, prestat će poštivati odrasle i slijediti njihove upute, a to postupno vodi k nepoštivanju autoriteta te pravila ponašanja. Kako neposlušnost uvelike remeti proces odgoja, zbog manifestiranja tog poremećaja u ponašanju dolazi do mnogih zastoja i odstupanja. Dijete koje očituje ovaj poremećaj u ponašanju u svim odgojnim sredinama kontinuirano krši pravila pa znatno otežava realizaciju odgojnih sadržaja, posebice u odgojno- obrazovnim sredinama (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Uzelac, 1995. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) nediscipliniranost s obzirom na duljinu razvoja i učvršćivanje kao trajni model ponašanja dijeli na dva oblika, a to su nefiksirana i fiksirana nedisciplina. Nefiksirana je nedisciplina bez dugog razvoja, bez rigidnih oblika i s razmjerno dobrom prognozom dok je fiksirana nedisciplina s rigidnim oblicima i s ozbiljnim društvenim posljedicama. Prema tome, nediscipliniranost se kreće na kontinuumu od nepoštovanja ili remećenja pravila ponašanja lakše etiologije do poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem. Analize prkosnog ponašanja najčešće operiraju s dvije glavne skupine oblika, a to su otvoreni i prikriveni prkos.

Otvoreni prkos prepoznaje se u nizu ponašanja kao što su odbijanje zahtjevima, uporni plač bez opravdanog razloga, udaranje nogama o pod, napadaji bijesa, lupanje šakom po stolu, valjanje po podu i slično, a prikriveni je prkos pretežno se očituje kroz ponašanje koje se opaža kao površno obavljanje zadaća ili njihovo sustavno izbjegavanje, zatim nekontrolirano mokrenje, regresivno ponašanje, indiferentnost na kazne i slično. Prkosno ponašanje autori često shvaćaju kao prethodnicu agresivnog ponašanja (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Horst, Nickel i Schmidt- Denter (prema Rumpf, 2006.) uzroke prkosnog ponašanja kod djece vide u razvojnom napretku kod kojeg se između ostalog javlja i želja za samostalnošću. Djeca sa dvije godine razvijaju jezik toliko da se već mogu dobro sporazumjeti, pa se tako rastuća samostalnost može primijetiti onog trenutka kada dijete prelazi iz trećeg lica u prvo lice kada govori o sebi.

Koller- Trbović, 2005. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navodi kriterije kao karakteristične za prkosno ponašanje. Jedan od kriterija je prkosno, neposlušno i neprijateljsko ponašanje prema autoritetima koje traje najmanje šest mjeseci i čija značajka je

česta pojava najmanje četiri od ovih načina ponašanja: često se razbjesne i svađaju sa odraslima, često se aktivno suprotstavljaju ili se odbijaju pokoriti zahtjevima i pravilima odraslih, često namjerno rade ono što smeta drugim ljudima, često okrivljuju druge za vlastite pogreške, zlobni su i osvetoljubivi. Također, kod prkosnog ponašanja smetnje moraju dovesti do znatnog oštećenja socijalnog funkcioniranja.

Period prkosa odrasli mogu shvatiti kao vrlo opterećujući, no činjenica jest da je ovo vrlo važan period koji od odraslih zahtijeva strpljenje i razumijevanje. U to vrijeme, kada se kod djece razvija prkos, počinje se razvijati i savjest, odnosno tek tada dijete može naučiti razliku između dobrog i lošeg. Pritom, djeca ispituju svoje granice, pitaju se o svojem ponašanju, a od odraslih očekuju objašnjenje na sva pitanja koja postavljaju (Rumpf, 2006.).

Sa prkosnim je djetetom vrlo važno steći njegovo povjerenje, odnosno uspostaviti autoritet i stvoriti odnos u kojem postoji međusobno poštivanje. Dijete mora uvidjeti da prkosom ne može postići određeni cilj i da je prkošenje besmisleno. Dijete treba što češće iskusiti prirodne posljedice svojeg ponašanja, što zahtijeva indirektno vođenje odgojitelja, ali i strpljivost i dosljednost istog. Proces odgoja mora se događati bez prisile, uz postepeno postavljanje zahtjeva i otvoreno isticanje svakog djetetovog postignuća ili uspjeha. Iznimno je važno s djetetom imati dogovorena pravila ponašanja i utvrditi odgovornost i zadaće svih sudionika odgojnog procesa. Sadržaj odgojnog procesa ovisi o samoj etiologiji, prognozi i trajanju konkretnog poremećaja. U radu s takvom djecom treba uključiti sve komponente i sva područja, a to su: obitelj, stavovi, interesi, navike i konkretno ponašanje (Bouillet i Uzelac, 2007.).

2.2 Laganje

Prvi oblici laganja pojavljuju se najčešće u ranom djetinjstvu, odnosno između četvrte i pete godine života, a rijetko kad i prije. Djeca lažu u svrhu postizanja željenog cilja, opravdavanja, prikrivanja i izbjegavanja kazne, neželjenog posla, dobivanja nagrade i slično. Modaliteti laganja svode se na iskrivljavanje istine ili prešućivanje, dopunjavanje djelomično poznate istine ili izmišljanje pojedinosti i priča koje ne postoje. Lažima dijete pokušava postići neizravnu ili izravnu korist, a mogu biti motivirane oponašanjem odraslih koji pribjegavaju društvenim lažima. U društvu vršnjaka dijete može lagati vrlo olako, a laganje

autoritetima najčešće dolazi u pratnji sa neodlučnošću, mucanjem, crvenjenjem i drugim znakovima. Dijete nije sposobno uočiti razliku u društvenoj štetnosti i nemoralnosti pojedinih laži, a dugoročno je odgojno pogubno ukoliko odrasli ne razlikuju laganje i maštu. Stoga, svako izravno upućivanje djeteta na „bezazleno“ laganje uvelike pridonosi usvajanju takvog modela ponašanja (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Vodak i Šulc, 1966. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako je bitno razlikovati dječju laž, zablude i neistine. Dječje zablude su vezane za nedostatak mogućnosti za proces uopćavanja i nesposobnost razlikovanja stvarnosti od fikcije. Prema tome, zablude logički prate razvoj dječjeg spoznavanja, govora i mišljenja. Dječje neistine se pojavljuju u razdoblju takozvanog naivnog realizma, a one se odnose na nepravilne, nelogične i netočne stavove i doživljavanja stvari, pojava i bića. Laganje je pak s druge strane usmjereno rješenju neke situacije, a ovo su vrste laži: obrambena laž, laž iz navike, laž iz mašte, laž u kojoj prevladavaju agresivne tendencije i laž kao simptom bolesnih stanja. Obrambena laž podrazumijeva potrebu djeteta da se obrani, a ukoliko se ona često ponavlja, ona postaje dio stalne navike. Laž iz navike može biti uvjetovana svojevrsnom patologijom, iako je češće posrijedi odgojna etiologija, a o toj laži govorimo pri učestalom manifestiranju bilo koje vrste laži. Kod lažu kod kojih prevladavaju agresivne tendencije, radi se o agresivnom i bezobzirnom laganju u svrhu postizanja koristi, bez obzira na druge ljude, ili radi osvete. Za laži iz mašte karakteristično je da se pojavljuju u društvu vršnjaka te se očituju pretjerivanjem ili izmišljanjem situacija i događaja. Kod takvih je laži najčešće riječ o želji za postizanjem prestiža u društvu. O laži kao simptomu bolesnih stanja može se govoriti kada su ispunjeni sljedeći kriteriji: namjera stjecanja izravne ili neizravne koristi je mala ili nije uopće izražena, pojavljuje se sustavnost bez utjecaja primjera iz sredine djeteta, laže se bez objektivnih razloga, jasno je izražena povezanost s drugim simptomima bolesti i emocionalna komponenta ponašanja je pretjerana, a ponekad čak premalo izražena.

Nagomilavanje etioloških činitelja koji vode k laganju u nekim okruženjima može biti toliko izraženo da dijete gotovo neprestano laže. Uvijek se radi o sredini koja ima oskudne odgojne vrijednosti u kojoj se laganje nije korigiralo i u kojoj se nije reagiralo na laž. Radi se također o sredini u kojoj u pravilu, izostaje pozitivni odgojni utjecaj. Protiv dječjih zabluda i neistina ne treba ništa poduzimati zato što su to sasvim normalne pojave koje nestaju s intelektualnim razvojem djeteta. Zapravo je dugoročno štetno i neproduktivno ispravljanje neistina u dječjim izjavama. Kada je prisutna laž iz navike koja je usmjerena postizanju neizravne ili izravne koristi, prvi važan korak odgojitelja je da osvijeste postojanje tog oblika

poremećaja u ponašanju. Ukoliko djeca dulje vrijeme uspijevaju laganjem postizati zavrtane ciljeve, oni će ustrajati u tom svojem ponašanju. Kada odgojitelj shvati da je riječ o lažima koje se koriste radi izbjegavanja izvršenja nekih zadata, tada je nužno ostati dosljedan u svojim zahtjevima. Jedini način odvikavanja od laganja je kreiranje odgojnih sredina u kojima je laganje nepotrebno, odnosno u kojoj se umanjuje djelovanje etioloških činitelja koji su doveli do te laži, a ujedno to mora biti sredina u kojoj se njeguje istinoljubivost i međuljudski odnosi (Bouillet i Uzelac, 2007.).

2.3. Hiperaktivnost, ADHD

Sekušak- Galešev, 2005. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) tvrdi kako su hiperaktivnost, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, hiperaktivni poremećaj/ pomanjkanje pažnje, jedni od naziva za poremećaj nedostatka inhibicije ponašanja koji se očituje kao razvojno neprikladan stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti.

ADHD nije samo razvojna faza koju dijete prerasta i nije uzrokovana roditeljskim neuspjehom u odgoju, niti je znak da je dijete „zločesto“. To je poremećaj, ili problem, koji je često izvor zabrinutosti roditelja, nastavnika ali i same djece kod koje je poremećaj uočen. Vrlo je bitno razlikovati hiperaktivnost i pretjeranu aktivnost koja je normalno dječje ponašanje koje dijete manifestira kroz određene faze razvoja, a najčešće je to do dobi od četiri godine. Kako bi se hiperaktivnost dijagnosticirala, simptomi moraju zadovoljavati dijagnostičke kriterije, te prema tome moraju biti izraženiji od onoga što se smatra normalnim s obzirom na dob djeteta i razvojni stupanj. Također, kako bi se dijagnosticirala hiperaktivnost, ona mora znatno narušavati funkcioniranje u različitim aspektima života djeteta. Osnovni simptomi i modeli ponašanja zadržavaju se godinama, no, polovica djece sa poremećajem hiperaktivnosti pokazuje velike pomake kako se približavaju odrasloj dobi, odnosno, simptomi nestaju (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Sherman, Iacono i McGue, 1997. (Prema Berk, 2008.) navode kako kod ADHD-a glavnu ulogu igra naslijeđe. Taj poremećaj se pojavljuje unutar nekih obitelji i jednojajčanih blizanaca češće nego u onih dvojajčanih.

Bernier i Siegel, 1994. (prema Berk, 2008.) tvrde kako se ADHD povezuje s okolinskim činiteljima, te kako djeca koja imaju ADHD češće dolaze iz obitelji nesretnih brakova, te visoke razine stresa u obitelji.

Cvetković- Lay, 2006. (prema Bouillet i Uzelac 2007.) navodi navode nekoliko obilježja djece sa poremećajem hiperaktivnosti, pa prema tome djeca koja imaju taj poremećaj teško sjede mirno, često im se pozornost narušava vanjskim podražajima, ne mogu se mirno igrati, često govore previše, često upadaju drugima u riječ ili prekidaju tuđu igru, često djeluju kao da ne slušaju kada im se osoba obraća, često se bave fizički opasnim aktivnostima i pritom ne uviđaju moguće posljedice i slično.

Obzirom na svoje sposobnosti, hiperaktivna djeca mogu razvijati negativne osjećaje što ih često sputava u tome da postignu uspjeh ali i da prepoznaju i prihvate činjenicu da su u nekim stvarima dobra. Budući da hiperaktivna djeca obično imaju loše mišljenje o sebi, sa takvom se djecom nikako ne može pretjerati sa pohvalama. Takva djeca trebaju pomoć kako bi se mogla kritički osvrnuti na svoje neuspjehe kako bi ih mogla sagledati u pozitivnom svjetlu. Na taj način djeca mijenjaju svoje osjećaje i sliku o sebi. Hiperaktivna su djeca često vrlo kreativna i mogu skrivati u sebi mnoge talente. Otkrivanje, naglašavanje i njegovanje djetetovih talenata jest način mijenjanja njegova niskog samopoštovanja (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Hiperaktivna djeca vrlo teško sklapaju i održavaju prijateljstva sa vršnjacima. Iz tog razloga, hiperaktivna djeca imaju vrlo malen broj prijatelja. Njihova nemogućnost sklapanja i održavanja prijateljstava često je posljedica njihove impulzivnosti i kratkog opsega pažnje koji ih sprječavaju da nauče socijalna pravila te da prepoznaju socijalne poruke i znakove. Takva djeca su često svjesna svoje izoliranosti i odbačenosti i unatoč tome što pokušavaju to promijeniti, ona to ne znaju, niti su u stanju učiniti to sama (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Fedeli (2015.) navodi kako je stručnu pomoć poželjno potražiti ako se ponavljaju sljedeći simptomi: dijete manifestira impulzivno i hiperaktivno ponašanje znatno više u odnosu na svoje vršnjake; dijete je u potpunosti odsutno, unatoč opomenama odraslih; drugi roditelji ili učitelji primjećuju i tvrde da je dijete mnogo nemirnije u odnosu na drugu djecu iste dobi; roditeljima je potrebno mnogo više vremena i energije za kontroliranje djetetovog ponašanja; ostala djeca se ne žele igrati sa djetetom iz razloga što je dijete jako agresivno ili nemirno; dijete stalno upada u male nevolje; dijete ima epizode bijesa i pri najmanjim

nepovoljnim okolnostima; roditelji su iscrpljeni i lako planu kada se suoče sa problemima svojeg djeteta.

Taylor (2008.) navodi pet nutrijenata koji mogu pomoći u kontroliranju ADHD-a. Vitamini pomažu da stanice mozga ostanu žive i zdrave, a kada su stanice u mozgu u dobrom stanju, tada je dijete sposobno jasno razmišljati i biti u budnom stanju. Kada dijete dobiva dovoljnu količinu vitamina, tada se ono osjeća bolje, odnosno utječu na djetetovo raspoloženje. Oni se mogu uzimati u obliku tableta ili tekućina, a vrlo je bitno unositi ih kroz raznovrsne namirnice bogate istim. Uz vitamine, bjelančevine isto igraju važnu ulogu kod normalno funkcioniranja djece s ADHD-om. Bjelančevine služe kao prenositelji poruka između različitih dijelova mozga te pospješuju funkcioniranje i suradnju različitih dijelova mozga kako bi se on mogao koncentrirati i održavati tijelo smirenim. Sljedeći po redu su minerali. Oni pomažu stanicama slati poruke mozgu. Mogu se zamisliti kao nakupine energije koje su potrebne mozgu za međusobnu komunikaciju, a budući da mozak radi neprestano, svaki dan mu je potrebna nova doza minerala. Dobre masnoće i ulja pomažu u zadržavanju dobrog raspoloženja kod djeteta s ADHD-om, zato je vrlo bitno unositi dobre masnoće i ulja poput ribljeg ulja. Zadnja po redu je voda koja pomaže mozgu da se održava na potrebnoj temperaturi te mu pomaže kod rješavanja štetnih tvari. Vrlo je bitno da dijete unosi čim više nutrijenata u svoj organizam kako bi mu bilo lakše nositi se sa simptomima ADHD-a, te održavati njegovo manifestiranje pod kontrolom, odnosno svesti ga na minimum.

U odgoju hiperaktivne djece važno je razviti osjećaj prihvaćanja i pomoći, te je važno naučiti dijete kako da funkcionira u različitim socijalnim okruženjima. Taj proces može znatno olakšati odgojitelj koji pozornost pridodaje bitnim ponašanjima i ne zadržava se na detaljima i pravilima koja nisu osobito bitna za usklađeno socijalno funkcioniranje. Kažnjavanje se preporučuje primjenjivati tek u iznimnim situacijama, a čak ni onda se ne bi smjelo raditi o kazni već o snošenju unaprijed dogovorene posljedice za određeno ponašanje. Takav način kažnjavanja jest sastavni dio postupka discipliniranja. Najvažnije je znati kako hiperaktivna djeca također imaju potrebu za pripadanjem i prihvaćanjem, iako se njihovo ponašanje razlikuje od ponašanja njegovih vršnjaka (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Kako je hiperaktivnoj djeci prvenstveno potrebno nagrađivanje, a ne kažnjavanje, preporuča se prakticiranje odgojnih ugovora. Riječ je o pravom ugovoru koji se sklapa sa djetetom i koji nalaže da ukoliko se dijete ponaša primjereno, ono osvaja bodove koji se kasnije mogu zamijeniti za nagrade. Ako se dijete ponaša loše, bodovi mu se oduzimaju te se

smanjuje šansa za dobivanje nagrada. Potrebno je napraviti spisak sa poželjnim i nepoželjnim obrascima ponašanja te nagrađivati one koji su izuzetno poželjni, a oduzimati bodove za one koji su izuzetno nepoželjni (Fedeli, 2015.).

2.4. Hipoaktivnost- sindrom iscrpljenosti

Hipoaktivna djeca imaju mnogo toga zajedničkog u odnosu na hiperaktivnu djecu, no ipak, ima i mnogo znatnih razlika. Kod hipoaktivaca ne funkcioniра alarmni uređaj za poziv u pomoć pa iz tog razloga oni rjeđe od hiperaktivne djece izazivaju pozornost, a samim time im se i rjeđe pruža profesionalna pomoć. Hipoaktivnost je izraz iscrpljenosti umno-duševnih snaga, a pretežne reakcije takve djece su: plač, samosažaljenje i povlačenje u sebe (Klammrodt, 2007.). Takva su djeca rezignirana i povlače se u sebe, a svoju agresivnost ne usmjeravaju prema vanjskom svijetu nego prema sebi samima. Unutrašnje se napetosti kod takve djece ne smanjuju nego pojačavaju i tu počinje samouništavanje koje ih kasnije čini sklonijima depresiji i ostalim teškim duševnim bolestima. Djeca koja očituju hipoaktivni poremećaj češće završavaju kasnije u kakvoj psihijatrijskoj klinici, dok s druge strane djeca koja očituju hiperaktivni poremećaj završavaju u kojekakvim kaznenim ustanovama. O uzrocima hipoaktivnosti do sad se samo nagađalo, a jedna od pretpostavki jest pogreška u odgoju, zatim slijede: neprevladani doživljaji iz raznog djetinjstva, društvena sredina, pogreške u prehrani i drugo (Klammrodt, 2007.).

2.5. Agresivno ponašanje

Rigby, 2000., Debarbieux, 2002. i dr. (prema Bouillet i Uzelac, 2007.) navode kako agresivno ponašanje obuhvaća širok raspon ponašanja kojima je zajedničko obilježje nanošenje štete ili povrede osobama ili stvarima, ili pak namjera da se nanese šteta općenito. Prema različitim kriterijima, taj se velik broj ponašanja može svrstati u manji broj vrsta ili kategorija agresivnosti. Jedna od najčešćih i najpoznatijih podjela agresivnosti, dijeli agresivnost na: fizičku, socijalnu i psihološku. Fizičko agresivno ponašanje uključuje sve vrste udaraca, guranja ili razbijanja, dok psihološko uključuje verbalne uvrede, dobacivanja, ponižavanje, ucjene, prijetnje i slično.

Berk (2008.) agresiju u ranoj i predškolskoj dobi dijeli na instrumentalnu i hostilnu, odnosno neprijateljsku agresiju. Kod instrumentalne agresije djeca žele neki predmet, prostor ili privilegiju i u nastojanju da to dobiju napadaju osobu koja im stoji na putu. Kod hostilne ili neprijateljske agresije, namjera je povreda druge osobe. Hostilna se agresija dijeli na još dvije vrste agresije. Prva je otvorena agresija, a druga relacijska ili odnosna agresija. Kod prve se vrste hostilne agresije šteta nanosi drugima putem tjelesne povrede ili se pak prijete tjelesnom povredom, dok se kod druge nanosi šteta putem odnosa, primjerice putem socijalnog izoliranja ili širenja tračeva.

U ranim međuljudskim konfliktima mala djeca razvijaju i uče učinkovite socijalne strategije kojima se mogu izboriti za svoja prava i sama rješavati socijalne konflikte. U doticaju sam konfliktima, djeca uče važne lekcije koje im pomažu da se kasnije aktivno kreću u širem socijalnom okruženju. Određena doza agresije ne samo da olakšava razvoj tih vještina, već potiče i suparničko ponašanje tijekom igranja i dovodi do uspješnijeg savladavanja zahtjeva koje svakodnevnica donosi. Doduše, oblici i uzorci agresivnosti mijenjaju se tokom razvoja djeteta (Essau i Conradt, 2006.).

Istraživanje koje su proveli Cummings i sur., 1989. (prema Essau i Conradt, 2006.) ukazuju na to kako napadaji bijesa dosežu vrhunac u dobi od tri i pol godine, a od treće godine na dalje raste tendencija reagiranja na napad ili frustraciju. Između treće i pete godine smanjuje se fizička agresivnost, što je usko povezano s moralnim razvojem djeteta. Kako se moralni razvoj djeteta razvija, tako dijete ima sposobnost sve veće samoregulacije. Govorni razvoj također pridonosi smanjenju agresivnosti, jer djeca napokon mogu verbalno izraziti svoju agresiju.

Tijekom odrastanja agresivnost se sve više izražava simbolički i verbalno, što je djelomično posljedica razvoja djetetovih jezičnih sposobnosti. Govor daje djeci mogućnost verbaliziranja bijesa, što u ranom djetinjstvu oni nisu bili u stanju. Kognitivni napredak i sve veće značenje socijalnih odnosa su također razlog zbog kojeg socijalni oblici agresivnog ponašanja unutar odnosa dobivaju sve više na važnosti (Essau i Conradt, 2006.).

Važni preduvjeti za razvoj djece su: poticanje, vođenje i na kraju - mir. Poticanje podrazumijeva mogućnost igre, odnosno prostor i vrijeme za igru. U poticanje također spadaju interes za sve ono što dijete donosi kući, povjerenje koje se da djetetu te stalno ohrabrivanje djeteta. S druge strane, vođenje podrazumijeva postavljanje jasnih granica, potpomaganje, primjereni zahtjevi i učestalo davanje primjera (Rumpf, 2006.).

Kod djece predškolske dobi tretmani za suzbijanje agresije usmjereni su na obitelj te odgojne metode, odnosno roditelje kao predstavnike okruženja koje socijaliziraju dijete. Polazi se od toga da su roditelji najvažniji pojedinci koji mogu omogućiti djeci da nadvladaju negativne obrasce ponašanja. Roditeljima je bitno dati upute za prikladne odgojne postupke i stjecanje sposobnosti nadzora ponašanja i potrebno je surađivati s njima kako bi se unaprijedio razvojni plan koji oni provode kod kuće (Essau i Conradt, 2006.).

Vrlo je važno pomoći djeci koja očituju oblike agresivnog ponašanja da promijene svoje neprijateljsko i negativno ponašanje, a samim time i stav prema okruženju. Također, važno je i pokazati kako agresivno ponašanje nije dopušteno i da se ne tolerira te dogovoriti jasna pravila ponašanja i inzistirati na njihovom provođenju i poštivanju. Inzistiranje na poštivanju dogovorenih pravila uključuje isticanje situacija u kojima ih dijete poštuje, a s druge strane i reakcija na ponašanja koja se krše. Odgovarajuća reakcija na kršenje pravila podrazumijeva postupak koji omogućuje djetetu da popravi načinjenu štetu i da se kod djeteta potakne osjećaj samopoštovanja. Kod inzistiranja u poštivanju pravila ponašanja ne smije biti prisutno vrijeđanje, kažnjavanje, zanemarivanje ili nedosljednost u odgoju (Bouillet i Uzelac, 2007.).

Patterson, 1982. (prema Berk, 2008.) tvrdi kako se tretman agresivne djece mora početi rano, prije nego se njihovo antisocijalno ponašanje uvježba do te razine da ono postaje gotovo nepromjenjivo. Važno je prekinuti krugove hostilnosti između članova obitelji te ih zamijeniti interakcijskim stilovima koji su učinkoviti.

ZAKLJUČAK

Poremećaje u ponašanju kod djece je potrebno čim prije uočiti kako bi se moglo pravovremeno reagirati na njih, odnosno intervenirati u svrhu postizanja čim boljeg socijalnog funkcioniranja djeteta. Kod djece koja očituju poremećaje u ponašanju potrebno je utvrditi uzrok tome ponašanju te je potrebno ih voditi i pomagati im kako bi ispoljavali društveno prihvatljiva ponašanja. Djeca sa poremećajima u ponašanju svoje ponašanje koriste kao poziv u pomoć. Oni pozivaju odrasle svojim ponašanjem da im se pomogne, da uvide da se nešto događa u njihovom životu što ih muči i ne dozvoljava im da funkcioniraju u društvu te da spremno prihvate svoje zadaće i zahtjeve koje život nameće. Kod onih poremećaja koji se ne primijete u pravo vrijeme te se ne intervenira, može doći do napredovanja poremećaja, pa takva djeca jednog dana mogu postati delinkventna te opasnost za sebe kako i za socijalnu sredinu u kojoj se nalaze. Mnoga djeca koja pokazuju znakove poremećaja u ponašanju poput agresije, anksioznosti, depresije i slično kasnije mogu postati vrlo problematične odrasle osobe koje narušavaju red i mir te krše zakone, zbog čega takvi ljudi često završavaju u određenim institucijama poput zatvora ili pak različitih klinika.

Na stručnjacima je da roditeljima i djeci pomognu da se nose sa problemima koje izazivaju poremećaji u ponašanju, te da pomognu kod suzbijanja istih. Kroz taj proces bitno je zadobiti djetetovo povjerenje te pomoći djeci da izgrade samopouzdanje i samopoštovanje, odnosno dobru sliku o sebi samima kako bi se mogla bolje nositi sa problemima. Rezultati neće biti vidljivi nakon jednog dana već je potrebno kontinuirano raditi sa djecom i poticati ih na pravilno ponašanje, a tu mogu uvelike pomoći dogovorena pravila ponašanja te kazne ukoliko se dijete ne drži dogovorenih pravila ponašanja. Samo međusobnom suradnjom, dijalogom i prihvaćanjem se može postići pozitivni pomak u životu djeteta, jer se samo na međusobnom povjerenju može graditi bolje sutra za dijete, ali i osobe koje rade sa njime.

LITERATURA:

1. Berk, E. L. (2008.). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Zagreb: Naklada Slap.
2. Bouillet, D., Uzelac, S. (2007.). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
3. Bouillet, D. (2010.). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Brajša- Žganec, A. (2003.). *Dijete i obitelj: Emocionalni i socijalni razvoj*. Zagreb: Naklada Slap.
5. Cvitković Roič, A., Palčić, I., Jaklin Kekez, A., Roić, G. (2015.). Suvremeni pristup noćnom mokrenju u djece. *Paediatrica Croatica*, Vol. 59 No.4. Prosinac 2015 dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=225490 (preuzeto: 2.9.2017.)
6. Ennulat, G. (2010.). *Strahovi u dječjem vrtiću: Pomognimo djeci pri njihovu suočavanju sa strahovima*. Split: Harfa.
7. Essau, C.A., Conradt, J. (2006.). *Agresivnost u djece i mladeži*. Zagreb: Naklada Slap.
8. Fedeli, D. (2015.). *Hiperaktivno dijete: Sindrom „malog Ivica“*. Zagreb: TRSAT.
9. Klammrodt, F. (2007.). *Prehrana i poremećaji u ponašanju*. Zagreb: Planetopija.
10. Korunić, D., Jurišić, D. (2013.). *Terapijsko hranjenje*. Zagreb: Dnevni centar za rehabilitaciju djece i mladeži „Mali dom- Zagreb“.
11. Lovrinčević, N. (2012.). *Naučite dijete spavati: Od novorođenčeta do predškolarca: preduhitrite i riješite probleme spavanja*. Zagreb: Profil.
12. Rumpf, J. (2006). *Vikati, udarati, uništavati*. Zagreb: Naklada Slap.
13. Sears, W., Sears, R., Sears, J., Sears, M. (2015.). *Kako uspavati dijete: Sve što trebate znati kako biste lakše uspavali dijete i cijeloj obitelji omogućili zdrav i okrepljujući san*. Zagreb: Mozaik knjiga.
14. Shapiro, E. L. (2002.). *Malo prevencije: Kako roditelji mogu spriječiti probleme u ponašanju i emocionalne probleme*. Zagreb: Mozaik knjiga.
15. Taylor, F. J. (2008.). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
16. Vasta, R., Haith M. M., Miller A. S. (1997.). *Dječja psihologija*. Zagreb: Naklada Slap.

INTERNET IZVORI:

1. Poliklinika Terapija (2015.). Dostupno na: <http://poliklinika-terapija.hr/enureza-i-enkopreza/> (preuzeto: 14.9.2017.).
2. Križan, V. (2012.). Dostupno na: <http://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/razvoj-djece/o-enurezi-i-enkoprezi-kako-pomoci-djetetu/> (preuzeto: 14.9. 2017.).

BIOGRAFIJA

Ines Tukač rođena je 28. prosinca 1995. godine u Varaždinu. Živi u Brezničkom Humu gdje je pohađala istoimenu Osnovnu školu. Po završetku osnovne škole upisuje Prvu gimnaziju Varaždin, opći smjer. Nakon završetka srednjoškolskog obrazovanja upisuje studij Ranog i predškolskog odgoja na Sveučilištu u Zagrebu, Odsjek u Čakovcu.

IZJAVA

o odobrenju za pohranu i objavu ocjenskog rada

kojom ja _____, OIB: _____, student Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao autor ocjenskog rada pod naslovom: Poremećaji u ponašanju kod djece predškolske dobi, dajem odobrenje da se, bez naknade, trajno pohrani moj ocjenski rad u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Sveučilišta te u javnoj internetskoj bazi radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu, sukladno obvezi iz odredbe članka 83. stavka 11. Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

Potvrđujem da je za pohranu dostavljena završna verzija obranjenog i dovršenog ocjenskog rada. Ovom izjavom, kao autor ocjenskog rada dajem odobrenje i da se moj ocjenski rad, bez naknade, trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim:

a) široj javnosti

b) studentima i djelatnicima ustanove

c) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

**Zaokružite jednu opciju. Molimo Vas da zaokružite opciju a) ako nemate posebnih razloga za ograničavanje dostupnosti svog rada.*

Vrsta rada: a) završni rad preddiplomskog studija

b) diplomski rad

Mentor/ica ocjenskog rada: _____

Naziv studija: _____

Odsjek _____

Datum obrane: _____

Članovi povjerenstva: 1. _____

2. _____

3. _____

Adresa elektroničke pošte za kontakt: _____

U Čakovcu, _____

(vlastoručni potpis studenta)

Ja, Ines Tukač, izjavljujem da sam ovaj završni rad na temu Poremećaji u ponašanju kod djece predškolske dobi izradila samostalno uz vlastito znanje, pomoć stručne literature i uz pomoć svoje mentorice.

Potpis: