

Povezanost stila privrženosti i kliničke dijagnoze poremećaja ponašanja u adolescenciji

Štrosar, Ivana

Doctoral thesis / Disertacija

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:517164>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Ivana Štrosar

**Povezanost stila privrženosti i kliničke
dijagnoze poremećaja ponašanja u
adolescenciji**

DISERTACIJA



Zagreb, 2020.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Ivana Štrosar

**Povezanost stila privrženosti i kliničke
dijagnoze poremećaja ponašanja u
adolescenciji**

DISERTACIJA

Zagreb, 2020.

Disertacija je izrađena u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu.

Voditelj rada: Prof.dr.sc. Vlasta Rudan

Zahvaljujem mentorici Prof.dr.sc. Vlasti Rudan na podršci, pomoći, savjetima i smjernicama prilikom izrade disertacije. Zahvaljujem svim djelatnicima Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb, dr. Zrinki Čavar iz Centra za prevenciju ovisnosti dr. Andrija Štampar i prof. Ireni Vajdovčić, ravnateljici XVIII. gimnazije Zagreb koji su omogućili provedbu istraživanja u njihovim ustanovama. Posebno zahvaljujem svojoj obitelji i suprugu Ivanu bez čije moralne, emocionalne i financijske pomoći ova edukacija ne bi bila moguća.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Privrženost	
1.1.2. Teorija privrženosti	
1.1.3. Razvoj privrženosti	
1.1.4. Stilovi privrženosti	
1.1.5. Majka kao figura privrženosti	
1.1.6. Otac kao figura privrženosti	
1.2. Poremećaji u ponašanju	
1.2.1. Klinička dijagnoza poremećaja u ponašanju djece i adolescenata	
1.2.2. Odnos psiholoških i ponašajnih faktora u nastanku kliničke dijagnoze	
1.2.3. Model klasifikacije Poremećaja u ponašanju prema MKB-10 klasifikaciji	
1.2.4. Dijagnostički kriterij za poremećaje ophođenja prema Višeosnoj klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata MKB-10 (WHO, 2003)	
1.2.5. Etiologija	
1.2.6. Epidemiologija	
1.2.7. Klinički aspekti liječenja poremećaja ponašanja	
1.2.8. Prevencija poremećaja u ponašanju u Republici Hrvatskoj	
1.3. Adolescencija	
1.3.1. O Adolescenciji	
1.3.2. Adolescencija i privrženost	
1.3.3. Adolescencija i poremećaj ponašanja	
2. HIPOTEZA RADA.....	38
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	39
4. MATERIJALI I METODE.....	40
4.1. Ispitanici	
4.2. Mjerni instrumenti	
4.3. Postupak	
4.4. Statističke metode	
5. REZULTATI.....	46
5.1. Socio- demografske karakteristike	
5.2. Stil privrženosti i klinička dijagnoza poremećaja ophođenja	
5.3. Roditeljsko prihvatanje/odbijanje i klinička dijagnoza poremećaja ophođenja	
5.4. Usporedba samopoštovanja kod ispitanika s i bez poremećaja ophođenja	
5.5. Usporedba školskog uspjeha/neuspjeha u ispitanika s i bez poremećaj ophođenja	
5.6. Povezanost poremećaja ophođenja, stila privrženosti i roditeljskog prihvatanja/odbijanja	
5.7. Doprinos dimenzija privrženosti, roditeljskog odbijanja i samopoštovanja u predviđanju poremećaja ophođenja	

6. RASPRAVA.....	65
7. ZAKLJUČAK.....	78
8. SAŽETAK.....	79
9. SUMMARY.....	80
10. LITERATURA.....	81
11. ŽIVOTOPIS.....	94
12. PRILOZI.....	95

1. UVOD

Dobro razumijevanje normalnih razvojnih obrazaca ponašanja preduvjet su za prepoznavanje oblika ponašanja koja se smatraju primjerenim za određeno razvojno razdoblje. Ujedno, takvo razumijevanje omogućuje i identifikaciju problemskih elemenata, odnosno razvoja psihopatologije. Na manifestaciju ponašajnih simptoma utječu i maturacijske razlike djece i adolescenata, koje otežavaju njihovo prepoznavanje. Klasifikacija razvojnih poremećaja temelji se na dijagnostičkom (koji se oslanja na Međunarodnu klasifikaciju bolesti MKB-10) i Anchenbachovom dimenzionalnom pristupu, koji polazi od premise da sva djeca mogu pokazivati sve oblike ponašanja, ali u različitom stupnju, pa se samo intenzivne smetnje koje traju duže od šest mjeseci smatra poremećajem. Anchenbachova dimenzionalna klasifikacija poremećaja uključuje dvije velike skupine ponašanja; internalizirano i eksternalizirano. Kod internaliziranih simptoma riječ je o ponašanju koje je previše kontrolirano ili usmjereno prema sebi, npr. depresija, anksioznost i povlačenje. Kod eksternaliziranih simptoma riječ je o ponašanju, koje je nedovoljno kontrolirano ili usmjereno prema drugima, primjerice agresivnost, hiperaktivnost i delinkvencija. U Anchenbachovoj check– listi ponašanja djeteta autor je izolirao 8 skupina sindroma i razvrstao ih prema podjeli na eksternalizirane i internalizirane sindrome. Tako je došao do zaključaka da se u eksternalizirane sindrome mogu uvrstiti agresivno i delinkventno ponašanje, a u internalizirane povlačenje/anksioznost, depresija i somatske poteškoće dok ostala tri sindroma ne spadaju niti u jednu spomenutu kategoriju ponašanja. To su problemi pažnje, socijalni problemi i problemi mišljenja. Eksternalizirani oblici poremećaja u ponašanju češći su u dječaka, dok su internalizirani problemi učestaliji kod djevojčica (Davison i Neal, 2002, Cosgrove i sur. 2011.).

Kroz povijest mnogi istraživači i kliničari isticali su važnost i ulogu odnosa s drugim ljudima, a posebno najranijih odnosa s roditeljima/skrbnicima u razvoju ličnosti svakog pojedinca. U svojim su teorijama S. Freud, A. Freud, M. Klein, Bolwby, Ainsworth, Erikson, Kohut, D. Winnicott i dr. opisivali specifičnosti ranih odnosa na razvoj interpersonalnih odnosa u adolescenciji i odrasloj fazi života. Tako su neki od početnika tih ideja bili Cesare Lombroso, talijanski liječnik i psihijatar koji u svojoj knjizi L'Uomo Delinquente (1895.) opisuje kriminalne tipove za koje smatra da su genetski određeni. Nadalje psihoanalitičar August Aichorn u svojoj knjizi "Wayward Youth" (1935.)

prikazuje psihoanalitičko razumijevanje, pristup i pozadinu razvoja psihopatologije delinkventnog ponašanja baveći se maloljetnim prijestupnicima. U to vrijeme i neki drugi istraživači pišu o svojim otkrićima i teorijama. Tako i švicarski razvojni psiholog Jean Piaget (1932.), objavljuje svoju teoriju o razvoju moralnosti kojom pokušava objasniti što kod djece dovodi do prosocijalnog ponašanja.

Neka dosadašnja istraživanja pokazuju da više od polovine mladih u dobi od 13 do 18 godina pokazuje neke simptome poremećaja u ponašanju (Bird 2001.).

U uvodnom dijelu ovoga rada prikazat će se neki od teorijskih koncepata koji povezuju razvoj ranog odnosa s razvojem psihopatoloških obrazaca poremećaja u ponašanju u adolescenciji. Istaknuti će se važnost i uloga ranog stvaranja emocionalnih veza s roditeljima/skrbnicima u nastanku ovih poremećaja.

„It takes two to make a delinquent as it does to make a quarrel.“ (Bowlby, 1950.)

„Dvoje je potrebno za razvoj delinkventnog ponašanja,
kao što je i za svađu potrebno dvoje.“

1.1. Privrženost

Sami počeci teorije privrženosti vežu se uz Britanskog psihologa, psihijatra i psihoanalitičara Johna Bowlbya koji je koristio termin privrženosti kako bi pokušao opisati emocionalnu vezu koja se stvara između djeteta i roditelja/skrbnika od najranije dobi. On je vjerovao da se ta veza razvija i mijenja tijekom odrastanja. Sam početak prema razvoju teorije započinje četrdesetih godina 20. stoljeća radeći u školi za loše prilagođenu i delinkventnu djecu u Priory Gate u Norfolku. Ondje zapaža da veliki dio te djece pokazuje bezosjećajnost te da je većina djece u ranim godinama izgubila majku. Kroz svoj rad sve je više istraživao psihološke uzroke koji dovode do razvoja „problematične djece“. Potaknut time, razvija svoju teoriju privrženosti. Od velike važnosti za razumijevanje psihopatologije poremećaja ponašanja bio je i rad Lee Nelken Robins čija je velika studija na tu temu objavljena 1966. godine pod naslovom „Deviant Children Grown up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality“ u kojoj su prikazani rezultati koji ukazuju na povezanost između problema ponašanja u djetinjstvu i razvoja psihopatologije u odrasloj dobi. Taj rad će kasnije biti zaslužan za oblikovanje dijagnoze dissocijalnog poremećaja ličnosti.

Daljnje opservacije su dovodile do spoznaja da djeca uče kroz internalizaciju sigurnih i nesigurnih obrazaca ponašanja od svojih roditelja/skrbnika kao o mentalnim reprezentacijama ili unutarnjim radnim modelima privrženosti koji tada utječu na način na koji će djeca komunicirati sa svojom okolinom. Tako djeca koja svoje roditelje doživljavaju kao odgovorne i dostupne, vrlo vjerojatno će internalizirati takvo ponašanje te će takve obrasce primijeniti i na kasnije odnose s drugima u svojoj okolini. Nasuprot tome djeca s nesigurnim obrascima privrženosti moguće je da će druge doživljavati kao neodgovorne i nepristupačne. Alan Sroufe opisuje privrženost kao emocionalnu regulaciju nastalu kroz dijadni odnos. Navodi da mala djeca nisu u mogućnosti upravljati sama svojim emocijama i uzbuđenjima pa tako trebaju pomoć od svojih roditelja/skrbnika u tom procesu. Iz navedenoga se može zaključiti to da kako će djeca naučiti regulirati svoje emocije uvelike ovisi o tome kako te emocije regulira roditelj/skrbnik. Nadalje, kako dijete odrasta tako se uči iskazivanju emocija i vještinama samoregulacije. Većina istraživača privrženosti ističu da je glavna uloga privrženosti stvaranje kapaciteta za emocionalnu regulaciju i opisuju ju kao trajnu emocionalnu vezu između djeteta i primarnog skrbnika (Ainsworth i sur., 1978), čija je uloga održavanje blizine s figurom privrženosti, ponajviše

u stresnim situacijama (Bartholomew i Horowitz, 1991). Ta figura privrženosti predstavlja osobu koja trajno osigurava fizičku i emocionalnu skrb djeteta i kontinuirano investira emocije u odnos s djetetom (Pearce, 2009).

1.1.2. Teorija privrženosti

John Bowlby je bio prvi teoretičar privrženosti koji je opisao privrženost kao „trajnu psihološku vezu između ljudi“. Njegov rad bio je usmjeren na razumijevanje separacijske anksioznosti i stresa koji djeca doživljavaju kada su odvojena od svojih primarnih skrbnika. Neki od prvih istraživača privrženosti navodili su da je privrženost naučeno ponašanje. Oni su u svojim teorijama iznosili mišljenje da je privrženost rezultat odnosa hranjenja između djeteta i hranitelja. Upravo zato što hranitelj hrani dijete tada ga i njeguje, pa dijete postaje privrženo uz njega.

Ono što je Bowlby uvidio je da hranjenje samo po sebi nije kod te djece u potpunosti uklonilo anksioznost kada bi bila udaljena od svojih primarnih skrbnika. Tako je ustvrdio da je privrženost okarakterizirana ponašajnim i motivacijskim obrascima. Kada su djeca uplašena, traže blizinu svojih primarnih skrbnika kako bi pronašla utjehu i njegu.

Daljnjim opservacijama dolazi do spoznaje da privrženost proizlazi iz evolucijskog procesa. Dok su bihevioralni teoretičari predlagali da je privrženost naučeni proces, Bowlby i drugi su predlagali da su djeca rođena s nagonom da izgrade privrženost sa svojim skrbnicima.

Privrženost je definirana kao emocionalna veza s drugom osobom. Najranije veze u djetinjstvu s primarnim skrbnikom imaju veliki utjecaj kroz cijeli život. Blizina djeteta s majkom utječe na djetetovu mogućnost preživljavanja.

Na temelju ovih nalaza, Bowlby je konačno 50-ih godina prošlog stoljeća formuirao novu etološku teoriju koja objašnjava djetetovu povezanost s majkom kao posljedicu evolucijskih sila. Dakle, djetetova snažna privrženost majci nije rezultat učenja nego je rezultat potrebe za blizinom majci koja se razvila kroz proces prirodne selekcije. Prirodna selekcija davala je prednost privrženom ponašanju jer ono povećava vjerojatnost blizine

djeteta skrbniku (najčešće majci), a ona povećava vjerojatnost zaštite od grabežljivaca i vjerojatnost preživljavanja (Cassidy, 2008). Najvažniji dio ove teorije ukazuje na to da ako je primarni skrbnik dostupan i ako odgovara na potrebe djeteta da će dijete razviti osjećaj sigurnosti što će mu omogućiti sigurnu podlogu za daljnje istraživanje svijeta oko njega.

Bowlbyjeva teorija važna je upravo zbog toga što povezuje etološke modele ljudskog razvoja sa suvremenim teorijama ličnosti i s teorijama emocionalne regulacije, čime će se baviti ovaj rad.

1.1.3. Razvoj privrženosti

Djeca se rađaju s urođenim reakcijama koje im omogućuju komunikaciju s okolinom prije nego li svladaju jezik odraslih. Odmah po rođenju beba putem osmjeha pokušava dati majci signal da je zainteresirana za interakciju s njom kroz smješkanje i glasanje, dok s druge strane plakanjem i protestiranjem ukazuje na to da želi prekinuti takvo ponašanje. Ljudi iz njihove blizine uče reagirati na takve poruke koje im novorođenče šalje te ih u određenoj mjeri pokušavaju razumjeti i zadovoljiti. Nedugo nakon rođenja, dijete postaje sposobno prepoznati koje osobe najviše zadovoljavaju njegove potrebe te s tom osobom počinje stvarati bliskost. Dijete kroz procese hranjenja, držanja u naručju i kontaktom licem u lice najčešće prvo stvara privrženost prema majci, a tek potom za druge skrbnike (Ainsworth, 1979). Kontakt licem u lice smatra se najznačajnijim za stvaranje privrženosti kod ljudi, što nije slučaj kod životinja kod kojih u stvaranju privrženosti prvenstveno pomaže tjelesni kontakt (Stern, 1974). Proces privrženosti nastaje ubrzo nakon rođenja i nastavlja se razvijati kroz djetinjstvo.

Bowlby je razvoj privrženosti podijelio u četiri stadija. Prva tri stadija odvijaju se tijekom prve godine života, a četvrti stadij započinje oko treće godine (Marvin i Britner, 2008).

Tablica 1 – tablica tijek razvoja privrženosti

Tablica: Tijek razvoja privrženosti

(Prema: Vasta i suradnici, Dječja psihologija, 1998.).

0 – 6 tjedana Faza pretpriprvenosti	• Dijete prepoznaje miris i glas majke (skrbnika), ali podjednako reagira na sve osobe u svojoj okolini. • Dijete okolini upućuje različite "signale privlačenja" (grljenje, praćenje pogledom, smiješak). • Dijete se umiruje i utješeno je kada ga se primi u naručje, gladi i govori tihim glasom, ali još mu je svejedno koja to osoba radi.
6 tj. – 6 (8) mjeseci Faza nastajanja privrženosti	• Dijete počinje iskazivati drukčije reakcije prema "najvažnijoj osobi" (skrbniku) nego prema ostalima. • Više gukanja i smiješenja usmjerava prema skrbniku nego prema ostalima. • Brže se umiruje i prestaje plakati u naručju skrbnika. • Još ne pokazuje nikakav strah ili prosvjed pri odvajanju od skrbnika.
6 (8) – 18 (24) mjeseci Faza jasno izražene privrženosti	• Započinju znakovi jasno izražene privrženosti u obliku prosvjeda zbog odvajanja i straha od nepoznatih ljudi. Taj razvoj znakova privrženosti povezan je s djetetovim ostalim razvojnim postignućima: s uspostavljanjem pojma postojanosti predmeta (pamćenje skrbnikova lika), razvojem emocije straha i usavršenim kretanjem puzanjem, koje mu omogućuje slijeđenje skrbnika. • Skrbnik može najbolje i najbrže utješiti i umiriti dijete uznemireno zbog odvajanja, i to već samom svojom nazočnošću i dodirima. • Dijete pokazuje sigurnost i hrabrost istraživanja okoline u blizini skrbnika.
18 mj. – 2 (3) godine Faza recipročnog odnosa	• U spoznajnom razvoju započinje primjena predodžbi i govora (unutarnjih reprezentacija) te dijete postupno počinje razumijevati privremenu odvajanja, osobito ako mu skrbnik kratko i jasno rastumači razlog odvajanja te kako će i s kime dijete provoditi vrijeme odvojenosti. Prosvjed zbog odvajanja postupno se smanjuje i većina djece s navršene tri godine može podnijeti privremenu odvojenost od skrbnika.

1. Stadij nediskriminativne orijentacije vanjskog svijeta – stadij pretpriprvenosti

Karakteristike prvog stadija su te da beba tijekom prvih nekoliko tjedana života na vanjski svijet reagira nediskriminativno, odnosno ne razlikuje osobe koje ju okružuju.

Novorođenče urođenim signalima pokušava pridobiti pažnju svoje okoline. Osmjehuje se odraslima, gleda ih u oči, plače, a hvatanjem ostvaruje kontakt dodira. Tako povećava vjerojatnost da će se odrasli brinuti o njemu te mu pružiti potrebnu bliskost, fizički kontakt, hranu i toplinu. Dijete se umiruje kada ga se primi u naručje i tiho mu se govori, no nije mu važno koja osoba to radi.

Ako su odgovori skrbnika u skladu s djetetovim reakcijama, stvara se osnova za razvoj privrženosti.

2. Stadij diskriminativne orijentacije prema jednoj ili više specifičnih osoba – Stadij nastanka privrženosti

Beba se različito ponaša prema skrbniku i prema nepoznatim osobama. Skrbniku se više osmjehuje i lakše se umiri u njegovoj blizini, ali još uvijek ne negoduje pri odvajanju od njega. Kontakt je više usmjeren prema skrbnicima, najčešće majci, njoj se više smješka i uz nju se lakše umiri (Holmes, 1993). U ovoj fazi još uvijek nije uspostavljena trajna emocionalna veza s jednom osobom. Nakon odlaska majke, beba će se zadovoljiti i s drugom osobom kao izvorom sigurnosti. Ovaj stadij pojavljuje se između 4. i 6. mjeseca života.

3. Stadij održavanja bliskosti sa specifičnom osobom - Stadij jasno uspostavljene privrženosti

U dobi 7. mjeseca dijete postaje potpuno privrženo jednom skrbniku. Dijete želi neprestano biti u blizini skrbnika i to više nego u blizini drugih ljudi. U ovoj fazi počinju pokazivati prve znakove separacijske anksioznosti ako su odvojeni od osobe uz koju su privrženi i u koju imaju povjerenja što je jasan pokazatelj uspostavljene privrženosti (Holmes, 1993). U istom period razvoja događaju se i značajne promjene u djetetovom kognitivnom i motornom razvoju kao i u razvoju govora. Razvoj lokomotornog sustava omogućuje djetetu da prati skrbnika, ali i da istražuje svoju okolinu. Skrbnik sada služi kao sigurna baza od koje dijete odlazi kako bi istražilo svoju okolinu ali i kao utočište u koje se vraća kada je uznemireno (Marvin i Britner, 2008.). Ovaj stadij završava između 18. i 24. mjeseca.

4. Stadij formiranja odnosa partnerstva - Stvaranje recipročnog odnosa

Krajem druge godine, nakon 18. mjeseca razvoj privrženosti se i dalje nastavlja. Uslijed kognitivnog razvoja i razvoja govora, dijete lakše usklađuje svoje potrebe s potrebama majke. Kognitivno je dovoljno sazrelo kako bi shvatilo neke uzroke odvajanja od roditelja. Dijete razumije da skrbnik može otići ali i da će se vratiti te da može utjecati na te namjere i planove kroz dogovaranje. Time se negodovanja zbog odvojenosti postupno smanjuju, a

nakon treće godine većina djece može podnijeti privremenu odvojenost od roditelja/skrbnika.

Razvojem kroz ove navede stadije djeca stvaraju trajnu emocionalnu vezu. Tu vezu koriste kao sigurnu bazu prilikom odsutnosti roditelj/skrbnika. Odrastanjem i sazrijevanjem djeca preispituju i nadopunjuju već formirane emocionalne veze koje postepeno postaju važan dio ličnosti koji im kasnije pomaže u stvaranju bliskih odnosa s drugim ljudima.

1.1.4. Stilovi privrženosti

Bowlby je smatrao da je prethodno opisani razvoj privrženosti univerzalan kao dio procesa ranog razvoja ali bio je svjestan da postoje jasne individualne razlike u kvaliteti privrženosti.

Psihologinja Mary Ainsworth je u svom istraživanju 70-ih godina prošlog stoljeća uvelike proširila Bowlby-ev originalni rad svojim istraživanjem „Nepoznate situacije“ kojim je ukazala na posljedice privrženosti na ponašanje. Prva je autorica studije o privrženosti majke i novorođenčeta koja je uvela pojam stilova privrženosti 1979. godine.

Opservacijom reakcija djece između 12 i 18 mjeseci i majki na situacije u kojoj bi djeca kratko ostajala sama u prostoriji pa se ponovno nalazila s majkama Ainsworth je opisala kako različite kombinacije kvalitete roditeljske njege i strategija nošenja sa stresom pridonose kreiranju različitih stilova privrženosti između roditelja i djeteta (Ainsworth i Witting, 1969, prema Vasta, Haith i Miller, 2004). Na temelju niza ispitivanja metodom nepoznate situacije ustanovljena su tri obrasca reakcija kojima je moguće opisati reakcije većine djece koja su bila izložena tom postupku (Ainsworth, 1983, prema Vasta, Haith i Miller, 2004).

Prema opservacijama Ainsworth je privrženost podijelila na sigurnu i nesigurnu privrženost. Nesigurnu privrženost u početku dijeli na anksiozno-izbjegavajući stil privrženosti i anksiozno-opirući stil privrženosti dok su kasnije opservacije utvrdile i četvrti stil dezorganizirano-dezorijentirani stil privrženosti.

Sigurna privrženost

Djeca koja su odrasla u okolini koja omogućuje stalnu prisutnost odrasle osobe koja im pruža osjećaj ugone i nježnosti te koja je osjetljiva na njihove potrebe, razvijaju sigurnu privrženost (Ainsworth, 1979). Osjećaju se dovoljno sigurno da se slobodno upuste u istraživanje tijekom predseparacijskih epizoda, te skrbnika koriste kao sigurnu bazu za istraživanje, jer iz iskustva znaju da će njihov skrbnik biti tu ako se ukaže opasnost i utješiti ih (Vasta i sur., 2004). Sigurno privrženost djeca pokazuju uznemirenost kada skrbnik ode i reagiraju s veseljem kad se vrati. Najveći broj djece razvije sigurni stil privrženosti. Oko 65% ispitane djece pokazuje ovaj obrazac ponašanja.

Nesigurna privrženost

Anksiozno-izbjegavajući stil privrženosti (odbijajući)

Skrbnik koji nije osjetljiv i ne reagira na djetetove emocionalne potrebe te je psihološki nedostupan, potiče kod djeteta anksiozno-izbjegavajući stil privrženosti (Ainsworth, 1979). Djeca s ovim stilom privrženosti općenito pokazuju malu uznemirenost pri odvajanju, a kada se majka vrati, izbjegavaju je. Budući da su u nizu prijašnjih situacija navikli na odbijanje od svojih skrbnika, modificiraju svoje ponašanje tako da izbjegavaju skrbnika i time smanjuju mogućnost od ponovnog odbijanja. Ignoriraju roditelje pri ponovnom susretu, pokazuju manjak suradnje i izbjegavaju emocionalne odnose (Vasta i sur., 2004). Ovaj obrazac ponašanja pokazuje oko 25% djece.

Anksiozno-opirući stil privrženosti (zaokupljeni)

Anksiozno-opirući stil privrženost stvara se kod djece čiji skrbnici ponekad odgovaraju na emocionalne potrebe djece i potrebe za blizinom, a ponekad su neosjetljivi i kažnjavajući (Ainsworth, 1979). Djeca s ovim stilom privrženosti pokazuju zbunjenost, često stereotipne reakcije ili „zamrznutost“ kod ponovnog susreta s majkom, privrženost usmjerenu strancu kad se skrbnik vrati, a ponekad čak i strah od skrbnika (Main, 2004). Pojavljuje se intenzivan strah prilikom odvajanja od skrbnika, a pri ponovnom susretu mogu biti agresivni i nametljivi ili pasivni i uznemireni. Većina ih traži ponovni kontakt sa

skrbnikom i sretni su što ga vide, ali su i ljuti jer ih je ostavio. Ova su djeca nemotivirana za istraživanja nepoznate okoline, a nakon separacije i povratka roditelja većinom ne nastavljaju s igrom (Vasta i sur., 2004). Oko 10% djece pokazuje ovaj obrazac ponašanja.

Dezorganizirano-dezorijentirani stil privrženosti (plašljivi)

U svojim istraživanjima metodom nepoznate situacije Main i Solomon su 1986., (prema Main, 2004) opazili i opisali četvrti stil privrženosti koji su nazvali dezorganizirano-dezorijentirani stil privrženosti. Ovakav stil pokazivala je manja skupina djece. Dezorganizirano-dezorijentirani stil privrženosti opazili su kod 15% djece, a on odražava najveći stupanj nesigurnosti. Skrbnici ove djece bili su neosjetljivi ili vrlo često neosjetljivi na traženje pažnje pa zato djeca s ovim stilom nemaju razvijenu strategiju ponašanja nakon odvajanja od skrbnika i njihova ponovna susreta. Kada im se skrbnik približi izbjegavaju ga ili mu se približavaju bez jasnog pokazivanja emocija. Često pokazuju strah prema strancu, ali i privrženost prema istomu nakon što se skrbnik vrati u prostoriju (Vasta i sur., 2004).

Većina istraživača u definiranju i mjerenju individualnih razlika u privrženosti koristi dimenzionalni, a ne kategorijalni pristup (Fraley i Waller, 1998), što pretpostavlja da su stilovi privrženosti konstrukti koji variraju u stupnju, a ne po vrsti. Ipak, na temelju rezultata ispitanika na dvije dimenzije, moguće ih je razvrstati u jednu od četiri kategorije (Kamenov i Jelić, 2003.).

S obzirom na terminološke razlike, vrijedi sljedeće: osobe koje formiraju siguran stil privrženosti u djetinjstvu također pokazuju sigurnu privrženost u odrasloj dobi (Ogden, Minton i Pain, 2006), pojedinci koji su imali anksiozno-izbjegavajući stil privrženosti u djetinjstvu najvjerojatnije će imati odbijajući stil privrženosti u odrasloj dobi, djeca koja imaju anksiozno-opirući stil privrženosti razvit će zaokupljenu privrženost, te konačno pojedinci koji su odrasli s dezorganiziranim (dezorijentiranim) stilom najčešće će razviti plašljivi stil privrženosti (Jakovina, 2017.).

1.1.5. Majka kao figura privrženosti

Djetetova privrženost prema majci opisana je kroz većinu dosad spomenutih istraživanja privrženosti kroz pojam primarnog skrbnika i primarne figure privrženosti. Kroz hranjenje i njegu majka u prvih nekoliko mjeseci preuzima najveći dio skrbi o djetetu. Važnost ove veze vrlo je bitna ponajviše zbog toga što je dokazano da djeca kasnije u odnosima s drugima razvijaju onoliko kvalitetne odnose koliko je kvalitetan odnos bio stvoren s majkom. Kao što je već spomenuto ako je dijete s majkom uspjelo ostvariti sigurnu privrženost takve će odnose moći stvarati i s drugim ljudima, pa tako i s očevima. Ako je taj odnos bio narušen i neadekvatan zbog odsustva ili bolesti majke moguće je da djetetove potrebe neće biti prepoznate i zadovoljene te da će dijete tada razviti jedan od opisanih oblika nesigurnih stilova privrženosti.

Neka provedena istraživanja usporedbe privrženosti prema oba roditelja ukazuju na slične oblike privrženosti prema majci i prema ocu, što se povezuje s time da se majka i otac unutar obitelji slično ponašaju u situacijama vezanima za njegu, pružajući stalno i poznato okruženje koje rezultira sličnim iskustvima privrženosti u odnosu na oba roditelja (Fox i sur. 1991). Neki autori navode da način na koji je majka privržena djetetu može utjecati na razvoj privrženost oca i djeteta (Allen i Hawkins 1999.).

1.1.6. Otac kao figura privrženosti

Kao što je već spomenuto, velik dio istraživanja koja se odnose na privrženost roditelja i djeteta usredotočena su prvenstveno na povezanost majke i djeteta. Istraživanja su općenito pokazala da majke i očevi imaju različite uloge u odgoju djece. Majke preuzimaju više ulogu njegovatelja, dok očevi više sudjeluju u zajedničkoj igri i istraživanju s djecom (Bretherton, Lambert, & Golby, 2005; Paquette, 2004; Parke & Buriel, 2006). To bi moglo objasniti zašto se veći dio istraživanja u teoriji privrženosti više usmjerilo na odnos majka-dijete. Iako je Bowlby (1958.) opisao majku kao primarnu figuru privrženosti u životu djeteta, vjerovao je da su djeca sposobna stvarati privrženost i s figurama koje nisu majke, posebno s očevima. Ova pretpostavka dokazana je time što su rana istraživanja privrženosti pokazala da su djeca reagirala jednakom uznemirenošću prilikom odvajanja od oba roditelja (Field i sur., 1984).

Nedavno istraživanje pokazalo je da i očevi i majke pružaju psihološku sigurnost svojoj djeci kroz sigurnu privrženost (Grossmann i sur., 2008; Parent-Boursier i Hebert, 2015).

Dojenčad s nesigurnom privrženosti sa svojim majkama mogla su stvarati sigurnu privrženost s očevima (Lamb, 1978).

S vremenom, kako su istraživači utvrdili potrebu uključivanja očeva u istraživanje privrženosti, dokazali su da očevi mogu imati jedinstveni oblik privrženosti sa svojom djecom (Bretherton, 2010; Schoppe-Sullivan i sur., 2006). Očevi koji pružaju više emocionalne podrške, ohrabrenja, pohvale i posebno osjetljive i pažljive igre imaju djecu s manje poteškoća u ponašanju i većim stopama sigurnog istraživanja (Grossmann i sur., 2008; Rosenberg i Wilcox, 2006).

1.2. Poremećaji u ponašanju

1.2.1. Klinička dijagnoza poremećaja ponašanja djece i adolescenata

Kliničku dijagnozu poremećaja ponašanja postavlja dječji i adolescentni psihijatar prilikom pregleda adolescenta u specijaliziranim ustanovama za dječju i adolescentnu psihijatriju. Postavljanje dijagnoze nije nimalo lako zbog složenosti samog dijagnostičkog kriterija. Trenutnu kliničku sliku potrebno je obuhvatiti multidisciplinarnim pristupom i opsežnom timskom obradom (dječji i adolescentni psihijatar, psiholog, edukacijski rehabilitator, socijalni radnik). Također je potrebno uzeti detaljnu obiteljsku anamnezu kako bi se utvrdio točan početak pojave simptoma. Potrebno je prikupiti anamnestičke podatke od samog adolescenta, od roditelja/skrbnika, a ponekad je potrebno uključiti u suradnju i ostale osobe koje sudjeluju u odgoju i obrazovanju adolescenta kao što su nastavnici i stručne školske službe. Kako za ovu dijagnozu ne postoje specifični biološki markeri tako je za postavljanje same dijagnoze najvažniji odnos kliničara s obitelji i samim adolescentom. Poremećaj ponašanja u kliničkoj klasifikaciji opisan je kao poremećaj ophođenja, a opisan je kao pervazivni i destruktivni poremećaj sa značajnim kliničkim manifestacijama za kojega je do sada nađeno vrlo malo pouzdanih tretmana liječenja. Simptomi se manifestiraju kroz dissocijalno ponašanje što predstavlja velike poteškoće pri liječenju. Jednom kada djeca i mladi kao delinkventi uđu u sistem maloljetničkog kaznenog sustava vrlo se teško i adolescenti i njihove obitelji tada uspješno izvuku iz začaranog kruga delinkventnog ponašanja (Kazdin 1993.). Prijašnja istraživanja kontrole emocija i privrženosti pokazuju da razvoj privrženosti i kontrola emocija mogu biti povezani s razvojem poremećaja ponašanja u adolescenciji (Holland, Moretti, Verlaan i Peterson; 1993, Liddle 1994.). Kazdin (1993.) navodi da se adolescenti s poremećajem ponašanja povezuju s drugim vršnjacima s poremećajem ponašanja zbog loše privrženosti prema roditeljima. Isto istraživanje pokazuje da ti adolescenti imaju izražene poteškoće pri stvaranju bilo kakvih emocionalnih veza. Regulacija emocija uključuje toleranciju, svjesnost, te pokazivanje i kontrolu psihosocijalnog ponašanja i iskustava (Garber i Dodge 1991.). Kada dođe do poremećaja kontrole emocija tada prevlada eksternalizirajuće ponašanje ili ponašanje bez kontrole. Kontrola emocija uključuje internalizaciju (self-regulaciju) i eksternalizaciju (socijalnu regulaciju), tj. odnose koji su najprije izgrađivani u odnosima s roditeljima kao dio procesa razvoja privrženosti (Cassidy 1994.).

Kroz privrženost djeca uče strategije kontrole emocija u stresnim situacijama. Sistem privrženosti aktivira se u stresnim situacijama s ciljem smanjenja osjećaja ugroženosti, te ponovne uspostave osjećaja sigurnosti (Bowlby 1969./1982.).

Uzimajući u obzir sva ova istraživanja dolazimo do zaključka da poremećaj privrženosti i kontrola emocija mogu bitno utjecati na razvoj poremećaja ponašanja kod djece i adolescenata. Tako Holland i njegovi kolege (1993.) ukazuju na to da poremećaj privrženosti ima ključnu ulogu u razvoju poremećaja ponašanja. Oni u svom istraživanju navode da roditelji te djece često imaju dezorganizirani stil privrženosti koji onda prenose na stil privrženosti koju će razviti njihova djeca.

Dosadašnja istraživanja pokazuju da se poremećaj privrženosti i kontrole emocija uspostavljen u djetinjstvu vrlo često se nastavlja i u adolescenciji (Huizing, Loeber i Thoraberry, 1994.). Nadalje Holcomb i Kashani (1991.) prema Mack (2004.) navode kako se poremećaj ponašanja koji se pojavljuje prije desete godine kod djece, nastavlja kroz adolescenciju i kroz druge psihijatrijske probleme u odrasloj dobi.

Ova dosadašnja istraživanja o utjecaju privrženosti i kontrole emocija mogla bi ukazati na nove mogućnosti liječenja djece i adolescenata s poremećajem ponašanja. Psihodinamskim razumijevanjem psihopatologije i psihoterapijskim postupcima u kojima bi bili djeca i adolescenti, ali i njihovi roditelji mogli bi naučiti kako se bolje nositi sa svojim emocijama i povezivati se s drugima. Takvim pristupom moglo bi se utjecati na stalno vraćanje naučenom delinkventnom i odbijajućem ponašanju, te potaknuti razvoj normalnog adolescentnog psihičkog i emocionalnog razvoja.

1.2.2. Odnos psiholoških i ponašajnih faktora u nastanku kliničke dijagnoze

Pojam »poremećaji u ponašanju« u znanost dolazi iz područja medicine i psihijatrije. Obuhvaća niz različitih odstupanja u svim područjima funkcioniranja djece i mladih, od odnosa s bližnjima, socijalnom okolinom i autoritetima, preko poteškoća u pogledu prehrane, spavanja i nevoljnih radnji, laganja, krađa, korištenja i preprodaje ilegalnih i zlorabe legalnih (alkoholnih) psihoaktivnih sredstava, bježanja od kuće i skitnje, do agresivnosti, nasilja, provala, paljenja, silovanja i drugih oblika dissocijalnog, asocijalnog i kriminalnog ponašanja (Janković, 2012.).

Osnovna podjela poremećaja u ponašanju je na internalizirane i eksternalizirane simptome. Internalizirani problemi u ponašanju uključuju ponašanja koja su pretjerano kontrolirajuća i usmjerena prema sebi, za razliku od eksternaliziranih poremećaja u ponašanju koja su nedovoljno kontrolirajuća i usmjerena prema drugima.

Internalizirano i eksternalizirano ponašanje

Internalizirano ponašanje uključuje probleme poput socijalnog povlačenja, usamljenosti, osjećaj inferiornosti, depresije, sramežljivosti, anksioznosti, somatskih problema i drugih „pretjerano kontroliranih“ ponašanja (Achenbach 1991.).

Psihološka kontrola je kontrola koja se odnosi na negativno roditeljsko ponašanje koje je usmjereno na negativnu kontrolu dječjeg psihološkog svijeta (Smetana i Daddis, 2002.). Ona uključuje nametljivo roditeljsko ponašanje, manipulativnu kontrolu, prisilu, pasivnu agresiju (Silk i sur., 2003.), a to je ponašanje bez ljubavi koje potiče osjećaj krivnje ometajući potrebu djeteta za razvoj autonomije, samopoštovanja i osobnog identiteta (Smetana i Daddis, 2002.). Visoka razina psihološke kontrole prediktivna je za internalizirane probleme kao što su anksioznost, depresija, usamljenost i konfuzija (Barber, 1996.; Pettit i sur., 2001.; Smetana i Daddis, 2002.). Psihološka kontrola uključuje socijalni pritisak koji ne odgovara emocionalnim i socijalnim potrebama djeteta. Takav pritisak zaustavlja razvoj nezavisnosti, autonomije i ekspresije te time inhibirajuće djeluje na dječje socijalne interakcije. Posljedica je osjećaj krivnje i odbačenosti, nedostatak samopouzdanja i otuđenosti, te zastoj u razvoju stabilnog identiteta (Barber, 1996.).

Djeca i adolescenti s internaliziranim simptomima i poremećajem ponašanja u kliničkoj praksi prema MKB-10 klasifikaciji dijagnosticiraju se kao djeca s Mješovitim poremećajima ophođenja i osjećaja (F92).

Eksternalizirano ponašanje uključuje probleme poput probleme s pažnjom, manjak samoregulacije, dissocijalno ponašanje, agresiju, delinkvenciju i druga „nekontrolirana“ ponašanja. (Achenbach 1991.). Djeca i adolescentni s eksternaliziranim problemima imaju drugačije manifestacije u interakciji s drugim ljudima. Ljutnja je reakcija na frustrirajuću situaciju, a mogu je pokazati već posve mala djeca kroz crvenilo, bljedilo, anarhične pokrete i/ili neartikulirane krikove. Starija, osobito emocionalno nezrela, impulzivna djeca, ljutnju obično poprate trganjem igračaka ili razbijanjem predmeta. Bijes je dublja, ali više kontrolirana emocionalna reakcija, najčešće iskazana verbalnom i fizičkom agresijom, a može se javiti i kao emocionalna kompenzacija osjećaja manje vrijednosti. Poremećaji u ponašanju su simptomi koji stavljaju u pitanje aktualan odnos djeteta i adolescenta s njegovom bližom i daljnjom okolinom. Djeca i adolescenti s eksternaliziranim simptomima i poremećajem ponašanja u kliničkoj praksi prema MKB-10 klasifikaciji dijagnosticiraju se kao djeca s Poremećajima ophođenja (F91).

U istraživanjima koja proučavaju komorbiditet između internalizirajućih i eksternalizirajućih poremećaja, neki su istraživači pronašli rezultate komorbiditeta između depresije i antisocijalnog ponašanja kod adolescenata (O'Connora i sur. 1998., Cosgrove i sur. 2011.).

Drugim riječima, djeca koja su agresivna, mogu biti anksiozna i obratno, depresivna djeca mogu imati poremećaj ponašanja (Liu 2004.).

1.2.3. Model klasifikacije Poremećaja ponašanja prema MKB-10 klasifikaciji

Postavljanje dijagnoze u psihijatriji temelji se na opservaciji različitih kliničkih obilježja. Kako bi se dijagnoza postavila specijalisti dječje i adolescentne psihijatrije razmatraju različite aspekte koji su sastavni dio dijagnoze kao što su somatske bolesti, poremećaji kognicije ili psihosocijalni utjecaji. Takva obilježja odvojena su od psihopatoloških obrazaca ili sindroma. Tako je model klasifikacije MKB-10 napravio višeosnu klasifikaciju psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata koja se koristi kao dijagnostički instrument na području Europe, pa tako i u Hrvatskoj. Model klasifikacije podijeljen je u VI osi.

Os I – Klinički psihijatrijski sindromi

Os II – Specifični poremećaji psihološkog razvoja

Os III – Inteliktualna razina

Os IV – Zdravstvena stanja iz MKB-10 često povezana s poremećajima ponašanja i duševnim poremećajima

Os V – Popratne abnormalne psihosocijalne okolnosti

Os VI – Ukupna procjena psihosocijalne nesposobnosti

Poremećaji u ponašanju u klasifikaciji MKB-10 (Naklada Slap 2003.)

Poremećaji u ponašanju po MKB-10 klasifikaciji svrstani su u Os I – Klinički psihijatrijski sindromi pod oznakom dijagnoze od F90 do F98 kao Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju i u adolescenciji.

1.2.4. Dijagnostički kriterij za poremećaje ophođenja prema Višeosnoj klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata MKB-10 (WHO, 2003)

Poremećaje ophođenja karakterizira ponavljanje i stalno dissocijalno, agresivno ili prkosno ponašanje. Takvo ponašanje, u najekstremnijem obliku za pojedinca, trebalo bi prerasti društvena očekivanja odgovarajuće dobne skupine te je teže od običnih dječjih nepodopština ili adolescentnog buntovništva. Izolirane dissocijalne ili kriminalne aktivnosti nisu osnova za dijagnozu, koja podrazumijeva ustrajnost ponašanja. Opisano ponašanje treba trajati duže od šest mjeseci a odnosi se na vrlo teške tučnjave ili nasilje, na okrutnost prema ljudima i/ili životinjama, krađe, često laganje, markiranje iz škole, bježanje od kuće, česte i intenzivne ispade bijesa, neposlušnost i prkosno i/ili provokativno ponašanje koje opisuje kliničku sliku. Kod procjene poremećaja ophođenja treba u obzir uzeti i stupanj djetetova razvoja kako bi se isključila normalna razvojna stanja. Značajke poremećaja mogu također biti simptomatske za druge psihijatrijske poremećaje, u kojem se slučaju šifriraju odgovarajući poremećaji. Potvrđeno je razlikovanje od emocionalnih poremećaja dok je razlikovanje od hiperaktivnosti manje jasna i postoje preklapanja. Kriteriji za isključenje postavljanja dijagnoze su rijetka, ali ozbiljna psihopatološka stanja kao što je shizofrenija, manija, pervazivni razvojni poremećaj, hiperkinetički poremećaj i depresija u kojima dissocijalno, agresivno ili prkosno ponašanje proizlazi iz psihopatologije povezane s navedenim dijagnozama, a ne iz kliničkog sindroma poremećaja ophođenja. Upravo zbog čestog preklapanja kliničke slike s drugim stanjima kao što su emocionalni poremećaji, hiperkinetički poremećaji, poremećaji raspoloženja, pervazivni razvojni poremećaji i shizofrenija, napravljena je vrlo detaljna i opsežna klasifikacija svake pojedine dijagnoze. Blaži oblici prekomjerne aktivnosti ili blaže emocionalne teškoće kao i nisko samopoštovanje ne isključuju postavljanje dijagnoze poremećaja ophođenja. Upravo zbog složenosti dijagnostike i čestog komorbiditeta s drugim emocionalnim poremećajima vrlo je važno pri postavljanju dijagnoze napraviti sveobuhvatnu multidisciplinarnu obradu.

Poremećaji ophođenja u MKB-10 podijeljeni su u dvije velike skupine F91 i F92 od kojih svaka ima nekoliko dijagnostičkih podskupina. Posebnost ove klasifikacije je u tome što svaki poremećaj ima šifru, po kojoj je prepoznatljiv u kliničkom radu.

Poremećaji ophođenja F91 i F92 dijele se na:

F91 Poremećaji ophođenja

F91.0 Poremećaj ophođenja ograničen na obitelj

Poremećaj ponašanja ograničen na obitelj uključuje dissocijalno ili agresivno ponašanje (ne samo suprotstavljanje, prkos i ometanje) kod kojeg se abnormalno ponašanje u cijelosti odvija u kući i/ili u interakcijama s članovima uže obitelji ili kućanstva.

F91.1 Nedruštvenost kao poremećaj ophođenja

Poremećaj karakterizira kombinacija stalnog dissocijalnog ili agresivnog ponašanja sa znatnim nenormalnostima koje prožimaju odnose pojedinca s ostalom djecom.

F91.2 Socijalizirani poremećaj ophođenja

Poremećaj ophođenja koji obuhvaća dissocijalno i agresivno ponašanje pojedinca koji su dobro integrirani sa svojim vršnjacima.

F91.3 Prkosljivost

Poremećaj ophođenja koji se javlja kod djece mlađe od 9 ili 10 godina, a karakteriziran je vidljivim prkošenjem, neposluhom i provokativnim ponašanjem te odsutnošću težih dissocijalnih ili agresivnih djela koja narušavaju zakone ili prava pojedinaca.

F91.8 Ostali poremećaji ophođenja

F91.9 Poremećaj ophođenja, nespecificiran

Poremećaji koji ispunjavaju kriterije za poremećaje ophođenja, ali se ne mogu svrstati u neku od podskupina ili ne ispunjavaju kriterije ni za jednu podskupinu.

F92 Mješoviti poremećaji ophođenja i osjećaja

F92.0 Poremećaj depresivnog tipa

U ovoj kategoriji postoji kombinacija poremećaja ophođenja sa stalnim izraženim depresivnim raspoloženjima i simptomima.

F92.8 Ostali mješoviti poremećaji ophođenja i emocija

Ova kategorija zahtjeva kombinaciju poremećaja ophođenja s tvrdokornim i vidljivim emocionalnim simptomima kao što su anksioznost, strah, opsesije i prisile, depersonalizacije ili derealizacije, fobije ili hipohondrija. Ljutnja i zlovolja značajke su poremećaja ophođenja više nego emocionalnih poremećaja.

F92.9 Mješoviti poremećaj ophođenja i osjećaja, nespecificiran

1.2.5. Etiologija

Za razliku od drugih oblika psihopatologije, kod poremećaja ponašanja ne radi se o simptomima neobičnih obrazaca ponašanja, već o ponašajnim manifestacijama koje se mogu vidjeti i kod normalnog razvojnog procesa djece s tim da su kod ove skupine djece i mladih one učestalije, intenzivnije i trajnije. Mnoga ponašanja koja se u starijoj dobi smatraju "klinički relevantnim" mogu biti manifestacija normalnog razvoja kad se pojave u ranom djetinjstvu. (Carter i sur., 2004.). Neki socijalno-emocionalni problemi i problemi s ponašanjem te psihopatologija karakterizirani su razvojnim odstupanjem ili prisutnošću neobičnih ponašanja koja nisu tipična u bilo kojoj dobi ili se izražavaju na način koji se kvalitativno razlikuje od onog viđenog u normalnom razvoju djece. Ovakva ponašanja se relativno lako prepoznaju. Suprotno tome, kada su problemi karakterizirani stupnjem intenziteta, učestalosti ili trajanja normalnog razvojnog ponašanja, puno je teže uspostaviti granicu između normalnog razvoja i psihopatologije.

Najčešće je riječ o poremećajima koji imaju rani početak javljanja u obitelji, a šire se preko predškolskih i školskih ustanova na vršnjake. Etiologija poremećaja ponašanja je vrlo složena i proizlazi iz interakcije bioloških i psihosocijalnih čimbenika (Cohen 1984. prema Sabori Moghadam, Bakhshipour, Jamalpour, Nazari 2017.)

Identifikacija rizičnih čimbenika važna je za identifikaciju uzročnih mehanizama morbiditeta. Neki rizični čimbenici važni su kroz cijeli razvoj (roditeljska briga, odgoj), dok su drugi važniji tijekom određenih faza razvoja (utjecaj vršnjaka). Istraživači posvećuju mnogo pažnje kako bi pronašli višestruke rizične čimbenike koji doprinose pojavi poremećaja ponašanja. Rizični čimbenici koji imaju jasno uzročno značenje i koji su podložni modifikaciji imaju najveću praktičnu važnost kao dio prevencije.

Etiološke i rizične čimbenike može se podijeliti na psihološke, socijalne i biološke (Thomas, 2010.)

Psihološki čimbenici

Kognitivni i emocionalni faktori su obično povezani s oslabljenom sposobnošću obrađivanja i korištenja emocionalno značajnih podataka iz okoline i nemogućnošću da ih se iskoristi u društveno primjerene odluke. Primijećeno je da pojedinci s neprikladnim agresivnim, impulzivnim i dissocijalnim ponašanjem često imaju niže intelektualne sposobnosti (Schonfeld i sur., 1988., Sabori Moghadam, Bakhshipour, Jamalpour, Nazari, 2017.). Nedavne studije ukazale su na nedostatak socijalnog razumijevanja i empatije kod djevojaka s poremećajem ponašanja (Schwenck i sur., 2014.). Ove studije su utvrdile da djevojke s poremećajem ponašanja imaju veći deficit prepoznavanja sreće, tuge i straha na licu - emocija povezanih s empatijom i dissocijalnim ponašanjem. Istraživanje je također opisalo da imaju sporije emocionalno procesuiranje, što ograničava procesuiranje takvih emocija i stvara odgodu empatičnih odgovora potrebnih za razumijevanje i afektivno povezivanje s emocionalnim i mentalnim stanjima drugih (Pajer i sur., 2010.).

Empirijski dokazi pokazuju da je nedostatak emocionalnog i empatijskog procesuiranja povezan s dissocijalnim ponašanjem tijekom djetinjstva i adolescencije. Ellis (1982.) opisuje empatiju kao inhibicijski odgovor na agresivnost koja može dovesti do dissocijalnog ponašanja, jer može imati utjecaj na sposobnost osjećanja (emocionalna komponenta) i razumijevanja (kognitivna komponenta) emocionalnih i mentalnih stanja (osjetili bi krivnju ili nelagodu kad bi njihovi postupci negativno utjecali na druge). Nisko samopoštovanje, depresija i temperament spominju se kao česti čimbenici koji se povezuju s poremećajem ponašanja.

Obiteljski i socijalni čimbenici

Disharmonični odnosi u obitelji, rano iskustvo nasilja i druge psihološke traume, nedovoljne socijalne i roditeljske vještine, zlouporaba alkohola i droga roditelja (Loeber et al., 1995.) i neadekvatno obrazovanje povezani su s poremećajima ponašanja u djetinjstvu i adolescenciji (McCabe, Rodgers, Yeh, & Hough, 2004.). Veliki značaj pridaje se vršnjačkim utjecajima: rano isključenje agresivnog djeteta iz skupine vršnjaka i njegova kasnija identifikacija s grupom delinkventnih vršnjaka. Siromaštvo, nezaposlenost, loši životni uvjeti u domaćinstvu i problematična okolina također su mnogo puta spomenuti.

Mnogi autori navode rezultate brojnih istraživanja koja pokazuju da maloljetnici skloni agresivnim oblicima ponašanja češće imaju slabiji obrazovni uspjeh, veći rizik za neuspjeh te lošije vladanje u školi (ometanje nastave i česte fizičke tučnjave s drugim učenicima). Takvi učenici su često slabije privrženi školi, školu doživljavaju kao prisilu te iz nje bježe ili je napuštaju češće nego njihovi vršnjaci.

Mnogi pojedinci neće osjetiti štetne posljedice, čak i pod vrlo nepovoljnim uvjetima i uz postojanje više rizičnih čimbenika zbog prisutnosti pojedinih zaštitnih čimbenika čiji događaji ili postupci utječu na smanjenje učinka rizičnih čimbenika i vjerojatnost nepovoljnog ishoda. Mnogi istraživači pokušali su pojasniti mehanizme pomoću kojih rizični i zaštitni čimbenici mogu vršiti svoj utjecaj ali još nisu u potpunosti poznati (Thomas 2010.).

Biološki čimbenici

Ova relativno velika skupina dobiva sve veću pažnju istraživača i uključuje genetske, fiziološke, neuroendokrine, neurotransmitterske, neuroanatomske i neurotoksične biološke čimbenike. Studije koje uključuju usvojenu djecu i blizance ukazuju na dokaze da genetski čimbenici utječu na učestalije pojave poremećaja u ponašanja kod blizanaca (Knopik i sur., 2009./2014.). i djece čiji su očevi imali dijagnosticirani antisocijalni poremećaj ličnosti (Kopp i Beauchaine 2007.). Mnogo se pozornosti pridaje prefrontalnoj kortikalnoj regiji gdje se različita područja povezuju su s pojavom agresivnog, impulzivnog ponašanja i socijalno-emocionalnih samoregulacija pojedinca (Gansler i sur.,2009.). Neuroendokrini čimbenici koji utječu na probleme ponašanja povezani su s hipotalamus-hipofiza-adrenalnom osi, koji reguliraju odgovor na stres i oslobađanje kortizola u krvotok (Van Goozen i sur. 2008.). Niske razine kortizola pronađene su u mlađe djece koja kasnije pokazuju agresivno ponašanje (Fairchild i sur.,2008.). Sterzer i sur. (2007.) navode istraživanja koja ukazuju na vezu između disfunkcije amigdale, smanjenja količine sive tvari mozga i agresivnog delinkventnog ponašanja u adolescenciji te psihopatskih osobina ličnosti u odrasloj dobi.

Treba naglasiti da se svi ovi navedeni etiološki čimbenici rijetko javljaju izolirano. Njihova međusobna interakcija utječe na dinamiku razvoja poremećaja, efikasnost kod liječenja te značajno povećava rizik od poremećaja u ponašanju. Tradicionalno, dijagnosticiranje i

liječenje poremećaja ponašanja maloljetnika u svakodnevnom kliničkom radu često naglašava psihološke i socijalne čimbenike, a manje uključuje moguće biološke komponente ovih poremećaja.

1.2.6. Epidemiologija

U literaturi se navodi kako je poremećaj ophođenja jedan od najčešćih oblika psihopatologije kod djece i adolescenata. Istraživanja pokazuju da se razlika u pojavnosti s obzirom na spol kreće od 1 : 3 do 1 : 7 u korist dječaka, pogotovo u ranom djetinjstvu. Noviji podaci govore da prevalencija varira od 1 do 16% (Thomas 2010.) i podjednaka je u različitim zemljama bez obzira na rasnu ili etničku pripadnost (Breslau i sur. 2006.). Epidemiološka metaanaliza procijenila je da svjetska prevalencija poremećaja u ponašanju među djecom i adolescentima u dobi od 6-18 godina iznosi 3,2% i da se procjena prevalencije ne razlikuje značajno u pojedinim zemljama (Canino i sur. 2010.).

Stopa prevalencije raste od djetinjstva prema adolescenciji, te je veća u odnosu na muški spol. Prvi značajni simptomi javljaju se oko 8. godine, a rijetko nastupa nakon 16-te godine. U djece mlađe od pet godina razlike u spolu su male (Maughan i sur. 2004.). Ovo se mijenja u adolescenciji, gdje oba spola pokazuju porast stope poremećaja ponašanja, a mladići pokazuju dva do tri puta veću vjerojatnost dijagnoze od djevojaka (Moffit i sur. 2001.).

Kod djece s ranijim početkom, prognoza je lošija te je povećan rizik od dissocijalnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi koji se postavlja kao dijagnoza nakon 18. godine života. Tijekom razvoja dječaci će vjerojatnije ranije i u većoj mjeri iskazivati otvorene probleme ponašanja od djevojčica. Poremećaj ophođenja prisutniji je u svim godinama života kod muškog spola. Mlađa će se djeca vjerojatnije upustiti u otvorena suprotstavljajuća ponašanja dok će se starija djeca i adolescenti vjerojatnije uključiti u više prikrivena problematična ponašanja. Brojni radovi govore u prilog činjenici da su mladi muškog spola skloniji pretežito aktivnim oblicima ponašanja kao što su delinkventno i agresivno ponašanje, poremećaj ophođenja ali i konzumiranje psihoaktivnih tvari, posebno alkohola i marihuane (Buljan Flander i sur. 2007; Canino i sur., 2009.).

Lee N. Robins (1966.;1978.) učinila je prvo veliko istraživanje na odraslim osobama koje su pokazale devijantno ponašanje kao djeca. Zaključila je da su gotovo svi odrasli s kroničnim dissocijalnim ponašanjem pokazivali simptome poremećaja u ponašanju kao djeca, ali samo trećina djece s poremećajem ponašanja razvija dissocijalni poremećaj ličnosti u odrasloj dobi.

Istraživači tijekom posljednjeg desetljeća ukazuju da poremećaji ličnosti mogu biti prepoznati tijekom adolescencije. Westen i sur. (2011.), otkrili su da patologija ličnosti u adolescenciji nalikuje onoj u odrasloj dobi i dijagnosticira se u adolescenata u dobi od 14 do 18 godina.

Istraživanje provedeno u Hrvatskoj o pojavnost mentalnih poremećaja na bolničkom liječenju na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju u razdoblju od 1988. do 2008. u Osijeku pokazuje da je najčešća postavljena dijagnoza bila poremećaj ponašanja, s učestalošću od 19,7 %. S obzirom na spol, ispitanici muškog spola imali su značajno više smetnji ponašanja (Vuković 2019.).

U Hrvatskoj je Hrvatski zavod za javno zdravstvo u svojoj publikaciji „Unaprjeđenje i očuvanje mentalnog zdravlja za 2011. godinu (Tablica 2) prikazao podatke iz kojih je vidljivo da je u dobi od 10 do 19 godina bilo više hospitalizacija dječaka od djevojčica, a najčešći razlog hospitalizacije s udjelom od 16,4% bili su mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (F92).

Tablica 2 - Vodeći uzroci hospitalizacija u skupini mentalnih/duševnih poremećaja u Hrvatskoj 2010. godine za dob 10-19 godina

UKUPNO

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (<i>F92</i>)	288	16,4
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (<i>F10</i>)	203	11,6
Emocionalni poremećaji koji se pojavljuju osobito u djetinjstvu (<i>F93</i>)	197	11,2
Reakcije na teški stres uključujući PTSP (<i>F43</i>)	150	8,6
Akutni i prolazni psihotični poremećaji (<i>F23</i>)	145	8,3
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	983	56,1
Ukupno (F00-F99)	1752	100,0

MUSKI

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (<i>F92</i>)	164	18,1
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (<i>F10</i>)	131	14,4
Emocionalni poremećaji koji se pojavljuju osobito u djetinjstvu (<i>F93</i>)	79	8,7
Akutni i prolazni psihotični poremećaji (<i>F23</i>)	73	8,0
Poremećaji ponašanja (<i>F91</i>)	71	7,8
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	518	57,0
Ukupno (F00-F99)	908	100,0

ŽENE

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (<i>F92</i>)	124	14,7
Emocionalni poremećaji koji se pojavljuju osobito u djetinjstvu (<i>F93</i>)	118	14,0
Reakcije na teški stres uključujući PTSP (<i>F43</i>)	90	10,7
Akutni i prolazni psihotični poremećaji (<i>F23</i>)	72	8,5
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (<i>F10</i>)	72	8,5
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	476	56,4
Ukupno (F00-F99)	844	100,0

1.2.7. Klinički aspekti liječenja poremećaja ponašanja

S obzirom na mnogo različitih čimbenika koje možemo povezati s nastankom poremećaja ponašanja, jednom kada se postavi dijagnoza nije začuđujuće da se preporučuju multimodalni ili višesustavni terapijski pristupi. Ovakav pristup usmjeren je na cjelokupno ponašanje adolescenta unutar različitih sustava (obitelj, škola, grupe vršnjaka). Ovi sustavi mogu doprinijeti razvoju poremećaja ponašanja ali i smanjenju ponašajnih poremećaja.

Današnje razumijevanje nastanka i tijeka poremećaja ponašanja ima još mnogo otvorenih pitanja. Izazov predstavlja raznovrsnost poremećaja, kao i brojni rizični čimbenici. U većini kliničkih okruženja, češće će se provoditi psihodinamski usmjerena psihoterapija ili terapija interpersonalnih odnosa (Perepletchicova i Kazdin, 2005.).

Multimodalni ili višesustavni terapijski pristup

Psihoterapijski tretman

Cilj svakog psihoterapijskog tretmana jest promjena disfunkcionalnih obrazaca ponašanja te uklanjanje simptoma kako bi se maksimalno unaprijedilo zdravlje. U psihoterapijskom pristupu adolescentu treba pokazati razumijevanje za specifičnosti razvojnog stadija u kojem se pojedinac nalazi, ali i osjetljivost prema obitelji i okruženju u kojem žive.

Adolescenti vrlo rijetko samostalno traže psihoterapijsku pomoć. Najčešće budu dovedeni kad netko iz obitelji, a ponekad nastavnik ili stručne školske službe ili liječnici školske medicine, primijete neku promjenu ili poremećaj. Velik dio adolescenata vjeruje da su odvedena na tretman kao kaznu zbog lošeg ponašanja. Upravo zato na početku terapijskog procesa treba pronaći način kako ih motivirati za sudjelovanje. Kod adolescenata se težnja za promjenom ne odnosi na mijenjanje vlastitog intrapsihičkog funkcioniranja, nego je usmjerena na mijenjanje prezahtjevne okoline. Roditelji ove djece su uglavnom preplavljeni različitim osjećajima u vezi vlastitog djeteta i njegovih smetnji, stoga i njima treba pomoći nositi se s njima. Treba umanjiti strahove ili ljutnju, ako su prisutni, te privoljeti roditelje za suradnju i učiniti ih osjetljivijima za potrebe adolescenta. Od ustaljenih psihoterapijskih usmjerenja različito su zastupljeni psihodinamski, sistemski, kognitivno-bihevioralni ili suportivni tretmani, a najčešće je riječ o njihovoj kombinaciji.

U psihoanalitički orijentiranim psihoterapijama nastoji se postići poboljšanje simptoma izlaganjem i rješavanjem potisnutih konflikata. Kroz princip samorazumijevanja pokušava se razvijanjem prikladnih vještina rješavanja konflikta adolescentu omogućiti zadovoljavajuće funkcioniranje. To nije nimalo jednostavno jer adolescenti još nemaju u potpunosti razvijene kapacitete za samopromatranje.

Suportivna psihoterapija je, primjerice, posebno korisna dobro prilagođenim mladim osobama kako bi se što lakše nosili s emocionalnim previranjima potaknutim nekom kriznom situacijom.

Kognitivno-bihevioralna terapija je kombinacija bihevioralne terapije i kognitivne psihologije koja pokušava utjecati na proces mišljenja mijenjajući pogrešne predodžbe. U kognitivno-bihevioralnom terapijskom pristupu se traže drugačiji i kvalitetniji načini razmišljanja, odnosno nošenja s problematičnim situacijama.

Navedene terapije provode se kroz individualnu psihoterapiju koja se često kombinira s obiteljskom psihoterapijom, grupnom psihoterapijom, psihoanalitičkom psihodramom, te psihoterapijom putem crteža, a kada je indicirano i psihofarmakološkom terapijom.

Psihofarmakološki tretman

Imajući u vidu ograničenu i općenito nisku kvalitetu dostupnih dokaza, ipak postoje neke smjernice za kliničku primjenu psihofarmakologije u adolescenata s poremećajem ponašanja. Psihoterapijske i psihosocijalne intervencije trebale bi biti prva opcija liječenja, posebno kada je razdražljivost glavna klinička dimenzija (Simano i Masi, 2020). Kada navedene intervencije nisu djelotvorne ili kada se duže vrijeme ne može uspostaviti terapijska suradnja, može se razmotriti uvođenje farmakoterapije. Unatoč opsežnim istraživanjima liječenja razdražljivosti i agresije kod poremećaja ponašanja, zaključci su još uvijek nejasni. Kratkoročno korištenje antipsihotika obično je ključ za izbjegavanje metaboličkih nuspojava. Opsežan pregled djelovanja antipsihotika druge generacije napravili su Loy i sur., (2017.) koje je uključivao 10 istraživanja od 2000. do 2014., na ukupno 896 mladih u dobi od 5 do 18 godina, te su pronašli ograničeno djelovanje na agresiju i poremećaj ponašanja. Risperidon je najopširnije proučavan antipsihotik za liječenje agresije kod poremećaja ponašanja s dobrim učinkom u smanjenju fizičke agresije

(Gadow i sur., 2014.). Za Aripiprazol, Kvetiapin i Klozapin ne postoje kvalitetna klinička istraživanja. Iako se u nekim istraživanjima govorilo o djelotvornosti Litija na smanjenje simptoma agresije (Malone i sur., 2000.), kod nekih istraživanja nije pronađen učinak litija na smanjenje agresije kod adolescenata s poremećajem ponašanja (Rifkin i sur.,1997.).

Psihosocijalne intervencije

Nekoliko terapijskih intervencija detaljno ispitanih u kontroliranim kliničkim uvjetima prihvaćeno je kao oblik liječenja poremećaja u ponašanju. Kazdin (2015.) navodi sedam psihosocijalnih tretmana za adolescente koji uključuju obuku roditelja, multisistemsku terapiju, višedimenzionalno udomiteljstvo, trening kognitivnih vještina za rješavanje problema, trening kontrole bijesa, funkcionalnu obiteljsku terapiju i kratku stratešku obiteljsku terapiju. Obuka roditeljima usmjerena je na promjenu interakcija roditelja i adolescenta u kući, posebno onih interakcija koje se odnose na postupke odgajanja djece. Multisistemska terapija usredotočena je na ponašanje adolescenta unutar različitih sustava (obitelj, škola, grupa vršnjaka) koji bi mogli doprinijeti smanjenju simptoma i promijeni prosocijalnog ponašanja. Multidimenzionalni model udomiteljstva usmjeren je na mlade koji se trebaju vratiti roditeljima ili udomiteljskoj skrbi nakon smještaja u odgojnim ustanovama. Trening kognitivnih vještina za rješavanje problema fokusiran je na kognitivne procese koji su osnova socijalnog ponašanja i međuljudskih situacija. Također, trening za kontrolu bijesa uključuje trening vještina rješavanja problema u kontekstu grupa u školama. Funkcionalna obiteljska terapija koristi principe modifikacije ponašanja za promjenu interakcija, obrazaca komunikacije i rješavanja problema među članovima obitelji. Kratka strateška terapija obitelji usredotočena je na strukturu obitelji i poboljšanje obrazaca interakcija unutar obitelji.

1.2.8. Prevencija poremećaja ponašanja u Republici Hrvatskoj

Visoka prevalencija i mogući kronicitet poremećaja ponašanja, te otpornost na tretman potaknuli su razvoj programa primarne prevencije. Javno zdravstveni pristup prevencije usmjeren je prema zajednici i prema školskim preventivnim programima s nastojanjem ranije i bolje detekcije djece s visokim rizikom za razvoj poremećaja ponašanja.

U Hrvatskoj je Vlada Republike Hrvatske, na sjednici održanoj 3. kolovoza 2009. godine, usvojila je Nacionalnu strategiju prevencije poremećaja ponašanja djece i mladih od 2009. do 2012.godine.

Svrha donošenja mjera navedenih u Nacionalnoj strategiji je osiguravanje temeljnih uvjeta potrebnih za kvalitetan, uspješan i zdrav rast i razvoj novih naraštaja u Republici Hrvatskoj, otklanjanje činitelja rizika odgovornih za nastajanje poremećaja ponašanja te nastalih poremećaja ponašanja i njihovih posljedica.

Prevencija podrazumijeva učinkovitu provedbu preventivnih aktivnosti odnosno primjenu metoda, tehnika i postupaka kojima će biti uspostavljeni uvjeti u kojima neće uopće doći do pojave, jačanja i napredovanja činitelja rizika. Navedeno se postiže kroz eliminaciju ili onemogućavanje djelovanja rizika ili kroz jačanje zaštitnih činitelja. Termin prevencija rezerviran je samo za one intervencije koje se pojavljuju prije početka i razvoja mentalnih i ponašajnih poremećaja i problema. Prevencijsku praksu, u skladu s tim, čini složeni sustav trajnog, sveobuhvatnog, složenog i umreženog djelovanja na svim razinama – mikro (pojedince), mezo (obitelji) i makro (lokalna zajednica, županija, država).

Postoje različiti preventivni programi koji se provode u ustanovama javnog zdravstva, socijalne skrbi, ustanovama za mentalno zdravlje i domovima za odgoj i obrazovanje.

Brojna istraživanja ukazuju da je najvažnija i ujedno najefikasnija rana prevencija, odnosno prevencija u predškolskom periodu. S primarnom prevencijom poremećaja ponašanja djece i adolescenata, potrebno je započeti od njihova rođenja kroz rad s roditeljima koji su pod rizikom. Identificiranje rizičnih faktora ključno je u stvaranju preventivnih programa, koji preveniraju poremećaj ponašanja. Preventivne aktivnosti trebaju obuhvatiti sve relevantne razvojne faktore koji utječu na psihosocijalni razvoj djeteta te pojačati učinak zaštitnih faktora.

1.3. Adolescencija

1.3.1. O adolescenciji

Pojam adolescencija mijenjao se kroz povijest. Nekadašnji pogledi na adolescenciju kao prijelazno razdoblje između djetinjstva i odraslosti postepeno se je promijenjeno u doba „središnjeg životnog stadija“ (Tomic, 2015.). Na složenost i važnost ove razvojne faze ukazuje i njezino dugo vremensko razdoblje. Do sredine 20. stoljeća smatralo se da faza adolescentnog razvoja traje od 13. godine života, a završava oko 23. ili 24. godine života. Novija istraživanja ukazuju na produljenje ove razvojne faze sve do 29. odnosno 30. godine. Takva promjena povezuje se sa socioekonomskim, društvenim i obiteljskim faktorima. Iako je ova vremenska promjena značajna, sama uloga adolescencije na razvoj ličnosti ostala je nepromijenjena.

Mnogi autori danas razdoblje adolescencije dijele u tri faze. Prema Lacković-Grgin, (2006.), adolescencija se dijeli na:

Rana adolescencija (od 11. do 14. godine) - faza rane adolescencije preklapala bi se s periodom puberteta

Srednja adolescencija (od 14. do 18. godine) - ova faza adolescencije smatra se periodom adolescencije u užem smislu riječi i vremenski se poklapa s periodom srednjoškolskog obrazovanja

Kasna adolescencije (od 18. do 24. Godine) - period prolongirane adolescencije kao posljednja faza u nastajanju zrelosti pojedinca

Kraj adolescencije, koji uključuje mnoštvo integriranih i sintetiziranih identifikacija, vrlo je teško odrediti, kako adolescentu tako i onima oko njega (Rudan, 2004.). Razvoj je često neujednačen. Moguće je da adolescent u različitim područjima života dosegne odraslost u različitom stupnju. Tek postupno i često tek u dvadesetim godinama života ali i kasnije, pojedinci osjećaju da su potpuno ušli u svijet odraslih. Osjećaj da su dosegнули odraslost, često je na području vlastite primarne obitelji onaj koji se javlja posljednji. Paralelno uz adolescenciju dolazi i do značajnih fizioloških promjena kroz pubertet. Adolescenti se sada osjećaju drugačije od onog kako su se osjećali kao djeca i ta ih razlika zbunjuje (Rudan, 2004.). Svjesni su tjelesnih promjena, opažaju promjene raspoloženja, prepoznaju da su im

se osjećaji prema roditeljima promijenili i to ih često uznemiruje. Sve to ukazuje da je unutarnji nemir vrlo stvarno iskustvo za adolescenta. Rani adolescenti često su skloniji ispoljavanju nekog konfliktnog stanja kroz djelovanje (acting out) nego kroz razmišljanje i verbalizaciju. Razlozi “nemira” proizlaze iz oscilacija između regresivnih i progresivnih procesa u adolescenciji i brojnih transformacija u fizičkom, kognitivnom i psihičkom području rasta i razvoja (Rudan, 2004.).

Tako neki autori opisuju adolescenciju kao ukupni proces psihičke prilagodbe na stanje puberteta (Bloss, 1962.). Zbog svi tih promjena adolescencija se može opisati kao vrijeme velikog rasta i razvoja ali i kao vrijeme potencijalnog rizika za razvoj psihopatoloških obrazaca.

Tablica 3 - Karakteristike faza adolescentnog razvoja prema Burns 2005.

Faze adolescencije	Fizički razvoj	Kognitivni razvoj	Socio-emocionalni razvoj
Rana adolescencija približno od 11. do 14. godine	Pubertet Fizički rast i razvoj Seksualni razvoj	Razvoj apstraktnog mišljenja Razmišljanje o sadašnjosti, manje o budućnosti Razvoj moralnog razmišljanja	Zabrinutost oko razvoja identiteta Slabije razvijen osjećaj oko selfa i tijela Konflikti s roditeljima zbog napuštanja idealizacija Želja za samostalnošću Povećan utjecaj vršnjačkih grupa Tendencija „regresivnog ponašanja“ u stresnim situacijama Promjene raspoloženja Testiranje pravila i granica Privatnost
Srednja adolescencija približno od 14. do 18. godine	Završetak puberteta Usporavanje fizičkog rasta za djevojke, nastavak fizičkog rasta za mladiće	Daljnji razvoj apstraktnog mišljenja Razvoj kapaciteta za postizanje nekih ciljeva Veći interes za moralne vrijednosti Promišljanje o značenju života	Intenzivi osjećaj između visokih očekivanja i niskog samopoštovanja Prilagodba tjelesnim promjenama, zabrinutost „biti normalan“ Tendencija distanciranja od roditelja kao put prema samostalnosti Izrazita potreba čvršćih veza s prijateljima, problem biti popularan Izražen osjećaji ljubavi i strasti
Kasna adolescencija približno od 18. do 24. godine	Djevojke završavaju fizički razvoj Mladići nastavljaju u fizičkom razvoju (visina, težina, mišićna masa)	Sposobnost provođenja ciljeva Sposobnost odgode gratifikacije Preispitivanje doživljenih iskustava Povećana zabrinutost za budućnost Daljnji razvoj moralnih vrijednosti	Sigurniji osjećaj identiteta Povećana emocionalna stabilnost Povećana briga za druge Povećana samostalnost i samosvjesnost Važnost odnosa s roditeljima

Prva istraživanja psihološkog razvoja adolescenata započeo je psiholog G. Stanley Hall (1904.) koji je u svojoj knjizi „Adolescencija“ opisao ovo razdoblje kao vrijeme unutarnje „bure i oluje“. Njegova je teorija bila da je to razdoblje kada ljudi prelaze iz faze „biti primitivan“ u fazu „biti civiliziran“. Takvo mišljenje bilo je prihvaćeno sve do 1950. godine kada su psiholozi poput Erika Eriksona i Anne Freud počeli razvijati svoje teorije. Iako su im se teorije razlikovale svi su se složili kako je razdoblje adolescencije period nemira i psihološke konfuzije. Kasnije su brojni istraživači pokušali objasniti ovo razdoblje, te osjetljivost mladih u tom periodu na razvoj nekih emocionalnih poremećaja.

I današnje spoznaje ukazuju na to da je zadatak adolescencije i dalje isti kako ga je opisao Freud, a odnosi se na formiranje spolnog identiteta, na ponovno nalaženje objekta ljubavi izvan obitelji i razvoj seksualnosti. (Freud 1905. prema Rudan 2004.)

1.3.2. Adolescencija i privrženost

Prije gotovo 60 godina, Freud navodi da je odnos majke i djeteta prvi i najduži odnos te da je taj odnos osnova za stvaranje svih ostalih odnosa koje će pojedinac oblikovati tijekom svog života. Kako je već prije spomenuto rana istraživanja privrženosti uvelike su bila usmjeren na razumijevanje prirode odnosa između djeteta i skrbnika ali i pretpostavku da privrženost određuje ljudske odnose tijekom cijelog života. Dakle, stil privrženosti utječe na cjeloživotni osobni i društveni život, profesionalne odnose, kontrolu stresa, kognitivni razvoj, pa čak utječe i na fizičko i psihičko zdravlje (Rees 2005.). Istraživači su se počeli baviti privrženosti u adolescenciji i odrasloj dobi tek sredinom 80-ih godina prošlog stoljeća. Ona su se temeljila na dvije osnovne Bowlbyjeve pretpostavke: da je organizacija privrženosti stečena u ranom djetinjstvu relativno stabilna kroz čitav život, i da se veze s romantičnim partnerima temelje na privrženosti razvijenoj u dječjoj dobi. Od velike važnosti je činjenica da uspješna tranzicija adolescencije ne znači postići odvojenosti od roditelja, već da zdrav prijelaz u autonomiju i odraslu dob omogućuje sigurna privrženost i emocionalna povezanost s roditeljima (Ryan i Lynch 1989.). Sigurnost, koju u ranom djetinjstvu predstavljaju roditelji, u adolescenciji je važna u nekim stresnim i opasnim situacijama (Colin, 1996.). Roditelji kroz adolescenciju i dalje ostaju trajne figure privrženosti. S vremenom i procesom separacije od roditelja, najvažnije figure privrženosti tada postaju romantični partneri. Neka od prvih istraživanja privrženosti u romantičnim vezama proveli su Hazan i Shaver (1987.). Oni su u svojim istraživanjima utvrdili da su odrasli jednako kao i djeca osjećali sigurnost kada bi bili uz drugu osobu, a nesigurnost kada te osobe ne bi bilo u blizini. Adolescencija je posebno razdoblje u kojem biološke, mentalne i društvene promjene imaju najveću važnost. U ovom razdoblju, uključujući važne promjene povezane sa seksualnim razvojem i porastom seksualnog interesa i odnosi privrženosti također prolaze kroz važne promjene. Ovakva je promjena nužna za sigurno preživljavanje u svijetu koji je istovremeno siguran i opasan, a stvara osnovu za privrženost prema vlastitoj djeci i partneru u budućnosti (Allen i sur.,1998.). Meta-analize su pokazale da nesigurna privrženost, posebno dezorganizirani stil privrženosti može biti povezan s razvojem eksternaliziranih problema (Fearon i sur., 2010.) i s poremećajem ponašanja (Theule i sur., 2016.).

U adolescenciji se odnosi izvan obitelji proširuju i tako se stvaraju uvjeti prema samostalnosti. U ovom razdoblju odnosi s vršnjacima postaju vrlo važni. Razvojem seksualnosti, obrasci privrženosti u adolescenciji postaju seksualizirani. Za adolescenta siguran odnos znači takav odnos u kojem se osjeća prihvaćeno od strane partnera. Kada se promatra pristup u smislu privrženosti, seksualnost u adolescenciji služi za izbora partnera i povezivanje dvoje mladih pod utjecajem njihovih vlastitih unutarnjih modela funkcioniranja (Uytun i sur.2012.).

Djeca i adolescenti koji su razvili sigurnu privrženost prema roditeljima lakše stvaraju nove odnose, pokazuju manje agresivnosti u tim odnosima i mogu se bolje nositi sa stresom (Sroufe, 2005., Sroufe i sur. 2010.).

Adolescenti koji su razvili nesigurnu privrženost, u ovom razdoblju počinju imati problema u odnosima zbog toga što većina tih adolescenata većinu vremena ima osjećaj da im roditelji ometaju razvoj samostalnosti. Ovi adolescenti većinu vremena imaju problema i u obiteljskim odnosima i u odnosima izvan obitelji. Često se kod njih može primijetiti osjećaj usamljenost, niskog samopoštovanja, nesposobnosti nošenja sa stresom, te često primjenjuju fizičko nasilje i nepoštivanje pravila.

Iako je privrženost prije svega objašnjavana kao specifična za djetinjstvo, vidimo da uvelike zadržava svoju važnost i u adolescenciji. Kada se pogleda iz ovog aspekta, adolescentna potreba za roditeljskom podrškom nikada ne prestaje iako adolescent uvijek želi biti doživljen kao pojedinac koji je neovisan od svojih roditelja (Keskin i Cam, 2009.).

1.3.3. Adolescencija i poremećaj ponašanja

Istraživanja su pokazala da poremećaj ponašanja koji započinje u adolescenciji, a ne u ranom djetinjstvu dovodi do manje ozbiljnih oblika poremećaja ponašanja. Međutim, ovaj oblik zahvaća više djece (Moffitt i sur. 1996.). Te su osobe manje agresivne i imaju lošije odnose s vršnjacima. Prognoza za mlade s poremećajem ponašanja s početkom u adolescenciji bolja je nego za one s početkom u djetinjstvu. Pronađeni su empirijski dokazi kasnijeg početka u epidemiološkim istraživanjima (Moffitt i sur., 1996.). Moffitt i sur. (2001.) otkrili su da su faktori rizika povezani s kasnijim početkom bili izjednačeni za mladiće i djevojke. Neadekvatni roditeljski nadzor u srednjoj školi olakšava mogućnost povezivanja s delinkventnim skupinama vršnjaka. Međutim, zato što ti adolescenti imaju višu razinu socijalnih vještina od one djece kod koje se poremećaj u ponašanju javio ranije mnogo je manja vjerojatnost da će nastaviti družiti s delinkventnim skupinama.

Unatoč tome, postoje dokazi koji sugeriraju da mladi koji razvijaju poremećaj ponašanja koji se pojavljuje u adolescenciji i dalje mogu imati značajan rizik za razvoj poremećaja ličnosti, razne prekršaje prijave i za zloupotrebu supstanci (Nagin, Farrington i Moffitt, 1995.). Adolescenti kod kojih se razvije poremećaj ponašanja često pokazuju probleme u obrazovnom sustavu kroz slabiji uspjeh u školi, razne disciplinske mjere ili odustajanje od daljnjeg obrazovanja. U adolescentnom početku izražen je pretjerani proces normalne adolescentne pobune. Tako većina adolescenata pokazuju određenu razinu pobune prema roditeljima i drugim autoritetima. Ta buntovnost dio je procesa kroz koji adolescent počinje razvijati svoju samostalnost i svoj jedinstveni identitet. Prema Moffittu (2006.), adolescenti s dissocijalnim i delinkventnim ponašanjem pokušavaju na neadekvatan način postići subjektivni osjećaj zrelosti i status odraslosti (npr. kršenjem društvenih normi). S obzirom na to da se takvo ponašanje promatra kao pretjerani proces specifičan za adolescenciju, manje je vjerojatno da će se njihovo dissocijalno ponašanje održati i nakon adolescencije. Međutim, i dalje ovi mladi mogu imati posljedice koje ostaju u odrasloj dobi zbog dissocijalnog ponašanja u adolescenciji (npr. kaznena prijava, napuštanje škole, zloupotreba droga) (Odgers i sur., 2008). U kliničkoj praksi često dolazi do slabe suradljivosti u terapijskim postupcima zbog manjka motivacije za promjenama. Upravo zato vrlo je važno u terapijske postupke uključiti cijelu obitelj i obrazovne ustanove kako bi se umanjile negativne posljedice poremećaja u ponašanju na sveukupno funkcioniranje

adolescenta. Pristup mladima mora biti multidiscipliniran kako bi se zahvatili svi rizični faktori koji ga uzrokuju.

2. HIPOTEZA RADA

Nesigurni stilovi privrženosti su pozitivno povezan s prisutnošću kliničke dijagnoze poremećaja ophođenja u adolescenciji.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

3.1. Opći cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati postoji li povezanost stila privrženosti s prisutnošću poremećaja ophođenja u adolescenata, te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli.

3.2. Specifični ciljevi istraživanja

1. Utvrditi da li su u kliničkoj skupini u većoj mjeri zastupljeni adolescenti s nesigurnim stilom privrženosti u odnosu na adolescente iz kontrolne skupine.
2. Utvrditi postoji li razlika kod kliničke skupine u stilu privrženosti prema majci i prema ocu u odnosu na kontrolnu skupinu.
3. Utvrditi je li stil privrženosti povezan s kliničkom dijagnozom poremećaja ophođenja u adolescenata.
4. Utvrditi postoji li povezanost poremećaja ophođenja u odnosu na školski neuspjeh adolescenata.

4. MATERIJALI I METODE

4.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 200 adolescenata u dobi od 14 do 18 godina.

Kliničku skupinu čini 100 adolescenata koji su pregledani od dječjeg i adolescentnog psihijatra, te im je postavljena dijagnoza poremećaja ponašanja (F91 i F92). Kliničko istraživanje provedeno je u Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb i u Centru za prevenciju ovisnosti, Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Grada Zagreba, Dr. Andrija Štampar. Svi podaci su prikupljeni nakon psihijatrijskog pregleda koji se sastojao od inicijalnog razgovora s adolescentom i roditeljem ili roditeljima i postavljanja dijagnoze nakon čega su adolescenti dobrovoljno ispunjavali samoprocjenske upitnike uz potpisanu suglasnost roditelja. U istraživanje nisu uključivani adolescenti s kroničnim organskim bolestima, psihotičnim poremećajima, smanjenim intelektualnim sposobnostima i hiperkinetskim poremećajem.

Kontrolnu skupinu čini 100 adolescenata u dobi od 14 do 18 godina koji nisu nikada pregledani i dijagnosticirani od strane dječjeg i adolescentnog psihijatra zato što nisu pokazivali manifestne simptome poremećaja ponašanja ili nekih drugih emocionalnih poremećaja. Prikupljanje uzorka kontrolne skupine provedeno je u 18. Gimnaziji u Gradu Zagrebu. Ispunjavanju samoprocjenskih upitnika pristupili su učenici od 1. do 4. razreda. Ispunjavanje je bilo dobrovoljno i anonimno uz prethodno potpisanu suglasnost roditelja. Prikupljanje uzorka provodilo se od 2015. do 2019. godine.

Iz statističke obrade isključeno je tri ispitanika kontrolne skupine i tri ispitanika kliničke skupine zbog izostanka suglasnosti roditelja za sudjelovanje maloljetnih osoba u istraživanju.

4.2. Mjerni instrumenti

4.2.1. Klinički psihijatrijski intervju

Konačnu dijagnozu (F91 i F92) postavlja dječji i adolescentni psihijatar na temelju kriterija MKB-10 klasifikacije. Intervju se provodio sa samim adolescentom i s roditeljem ili roditeljima adolescenta. Dijagnoza je postavljana na temelju prikupljenih anamnestičkih podataka te simptoma koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za postavljanje dijagnoze koji traju najmanje šest mjeseci.

4.2.2. YSR (Youth Self Report) – Izvješće za mlade od 11 – 18 (Achenbach i Rescorla, 2001.)

Skala samoprocjene ponašanja djece je dio Achenbachovog sustava empirijski utemeljenog ocjenjivanja (ASEBA) koja se sastoji od tri djela: izvješće za roditelje, izvješće za profesore i izvješće za mlade. U ovom istraživanju korišten je YSR – izvješće za mlade koji je standardizirani mjerni instrument za procjenu problema djece i mladih. Izvješće ispunjavaju adolescenti. Prvi dio odnosi se na podatke o osobnom, socijalnom i školskom funkcioniranju adolescenta. U drugom djelu procjenjuje se ponašanje na 112 čestica koje čine 8 sindromskih skala: povučenost, somatizirajući problemi, anksioznost/depresivnost, socijalni problemi i problemi pažnje i mišljenja, delinkventno i agresivno ponašanje. U Ispitanici procjenjuju svoje ponašanje na skali Likertovog tipa od 1 do 3. Viši rezultati podrazumijevaju veću zastupljenost problemnih ponašanja. Skale povučenosti, anksioznost/depresivnost i somatizirajući problemi čine internalizirajući poremećaj, pod kojim se smatraju psihološke teškoće usmjerene na pojedinca i pretjerano kontrolirajuća ponašanja. Skala agresivnosti i kršenja pravila (delinkventno ponašanje) se odnosi na eksternalizirane probleme. Klinički orijentirane skale ukazuju na emocionalne probleme, anksiozne probleme, probleme pažnje i hiperaktivnosti, opozicijske probleme, somatske probleme i probleme ophođenja.

4.2.3. Rosenbergova skala samopoštovanja

Rosenbergova skala samopoštovanja (eng. Rosenberg Self-Esteem Scale – RSE, Rosenberg, 1965) je upitnik kojim se mjeri globalno samopoštovanje, odnosno ono što pojedinac misli o sebi kao o ličnosti, koje je sastavljeno od povezanih aspekata samopoimanja. Skala sadrži deset tvrdnji od kojih je pet definiranih u pozitivnom (npr., „Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi“), a ostalih pet u negativnom smjeru („Sve sam više svjestan/svjesna da vrlo malo vrijedim“). Sudionici za svaku tvrdnju na skali od 1 do 4 iskazuju stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom („u potpunosti se slažem“ – 1, do „u potpunosti se ne slažem“ – 4). Ukupni rezultat se formira zbrajanjem odgovora na tvrdnje uz prethodno obrnuto kodiranje nekih tvrdnji, a raspon rezultata se kreće od minimalnih 1 do maksimalnih 36 bodova. Veći rezultat upućuje na nižu razinu samopoštovanja. Po pitanju mjernih karakteristika upitnika dobivena je visoka pouzdanost ($\alpha=0,89$).

4.2.4. Inventar iskustava u bliskim vezama

- a) Prema majci
- b) Prema ocu

Inventar iskustava u bliskim vezama (Kamenov i Jelić, 2003). Upitnik sadrži 18 čestica. Zadatak sudionika pri ispunjavanju Inventara je izražavanje stupnja slaganja sa svakom od navedenih tvrdnji, na skali od 7 stupnjeva (1 – uopće se ne slažem, 4 – niti se slažem niti se ne slažem, 7 – potpuno se slažem). Rezultat sudionika određuje se zbrajanjem procjena za odgovarajuće čestice svake pojedine skale uz prethodno rekodiranje tri čestice. Posebno se zbrajaju bodovi na parnim česticama jer se one odnose na dimenziju anksioznosti (strah od odbijanja ili napuštanja) i na neparnim česticama jer se one odnose na dimenziju izbjegavanja 8 (doživljaj neugode zbog bliskosti i ovisnosti o drugima). Tip privrženosti sudionika određen je na temelju njegovih rezultata na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja. Mogući raspon rezultata iznosi od 9 do 63 kod svake skale, gdje niži rezultat ukazuje na niže izraženu pojedinu dimenziju privrženosti kod ispitanika. U ovom istraživanju, sudionici su podijeljeni u dvije kategorije: sigurno i nesigurno privrženi. Sigurno privrženi sudionici su oni koji su na obje skale postigli niske rezultate, dok su svi

ostali sudionici svrstani u kategoriju nesigurno privrženih. Prema tome, sudionici sa zaokupljenim, odbijajućim i plašljivim stilom pripadaju istoj kategoriji nesigurno privrženih. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) iznosi $\alpha = ,85$, a za dimenziju izbjegavanja $\alpha = ,76$.

4.2.5. Upitnik roditeljskog prihvaćanja/odbijanja

- a) Prema majci
- b) Prema ocu

Upitnik roditeljskog prihvaćanja/odbijanja-PARQ (eng. Parental Acceptance/Rejection Questionnaire; R. P. Rohner, 2005) je instrument samoprocjene konstruiran za mjerenje individualne percepcije roditeljskog prihvaćanja i odbijanja. U ovom istraživanju korištena je skraćena verzija originalnog upitnika koja se sastoji od 24 čestice i to dvije paralelne forme od kojih se jedna odnosi na procjenu majke (PARQ-Mother Questionnaire), a druga na procjenu oca (PARQ-Father Questionnaire). Svaka čestica upitnika sadrži određeni opis ponašanja majke, odnosno oca prema ispitaniku. Zadatak ispitanika je da za svaku tvrdnju izabere jedan od predloženih odgovora na Likertovoj skali od 4 odgovora (gotovo uvijek točno– 1 do gotovo uvijek netočno- 4).

Upitnik se sastoji od četiri subskale koje mjere sljedeće dimenzije:

- roditeljska toplina/prihvaćanje – mjeri percipiranu toplinu i ljubav od strane roditelja, a roditeljsko prihvaćanje djece očituje se kroz iskazivanje ljubavi prema njima riječima i/ili postupcima (npr. uvažavanje njihovih potreba, zainteresiranost za njihove aktivnosti i sl.)
- roditeljska agresivnost/neprijateljstvo – mjeri one postupke roditelja koje dijete percipira kao agresivne i neprijateljske, a mogu se očitovati kao fizička i verbalna agresivnost
- roditeljska indiferentnost/zanemarivanje – mjeri percipiranu indiferentnost i zanemarivanje od strane roditelja, koja se očituje u nezainteresiranosti roditelja za dijete te nereagiranju na djetetove fizičke i emocionalne potrebe
- roditeljsko nediferencirano odbijanje – mjeri doživljaj ispitanika da su nevoljeni bez nužnog osjećaja neprijateljskog/agresivnog ili prekomjerno indiferentnog/odbijajućeg ponašanja od strane njihovih roditelja.

Rezultat svakog ispitanika može se izraziti na svakoj pojedinoj subskali, kao ukupan rezultat (Indeks prihvaćanja/odbijanja, IPO) te kao složeno odbijanje roditelja (SOD). Rezultat ispitanika na svakoj subskali dobiva se zbrajanjem danih procjena za odgovarajuće čestice, uz obrnuto kodiranje pojedinih čestica. Ukupan rezultat ispitanika (IPO) je zbroj rezultata na sve četiri subskale uz prethodno obrnuto bodovanje na subskali toplina/prihvaćanje kako bi se formirala mjera percipirane hladnoće/odbijanja. Ukupni rezultat na subskali toplina-prihvaćanje kreće se u rasponu od 8 do 32 boda, na subskalama agresivnost-neprijateljstvo te indiferentnost-zanemarivanje kreće se u rasponu od 6 do 24, dok se na subskali nediferencirano odbijanje kreće u rasponu od 4 do 16 bodova. Ukupna mjera prihvaćanja-odbijanja kreće se u rangi od 24 (maksimalno percipirano prihvaćanje) do 96 (maksimalno percipirano odbijanje) bodova. Rezultat ispitanika koji izražava složeno odbijanje roditelja (SOD) dobiva se zbrajanjem čestica subskala agresivnost/neprijateljstvo, indiferentnost/zanemarivanje i nediferencirano odbijanje. Viši ukupan rezultat na svim subskalama, veće složeno odbijanje kao i veći Indeks prihvaćanja/odbijanja znači veće percipirano roditeljsko odbijanje osim za subskalu topline/prihvaćanja kod koje veći rezultat znači veće percipirano prihvaćanje od strane roditelja. Upitnik je u prethodnim istraživanjima pokazao dobru pouzdanost i valjanost (Rohner, 2005). Cronbachov alfa se za procjenu očeva ponašanja kreće od 0,81 za skalu nediferencirano odbijanje do 0,93 za skalu toplina-prihvaćanje, dok se za procjenu majčina ponašanja raspon kreće od 0,72 za skalu indiferentnost-zanemarivanje do 0,87 za skalu toplina-prihvaćanje.

4.3. Postupak

Istraživanje je dizajnirano kao jednokratno ili poprečno presječno, s kontrolnom i kliničkom skupinom ispitanika. Postupak prikupljanja podataka trajao je od 2015. godine do 2019. godine. U istraživanju je kao klinička skupina sudjelovalo 100 pacijenata koji su pregledani zbog poremećaja ophođenja i mješovitog poremećaja ophođenja i emocija, liječenih u KBC Zagreb u Klinici za psihološku medicine i Centru za prevenciju ovisnosti dr. Andrija Štampar u dobi od 14 do 18 godina, kod kojih simptomi traju dulje od 6 mjeseci. Ispitanici su ispunili bateriju testova, a vrijeme rješavanja je u prosjeku iznosilo oko 30 minuta. Ispitanici kontrolne skupine učenici su 18. Gimnazije iz Zagreba od 1. do 4. razreda. Provođenje istraživanja prethodno je odobreno od Etičkog povjerenstva KBC Zagreb, Etičkog povjerenstva Zavoda za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar i ravnateljice 18. gimnazije Zagreb. Također je dobiven pismeni pristanak punoljetnih sudionika u istraživanju, odnosno roditelja za malodobne sudionike, a prije početka ispitivanja svi su sudionici dobili podatke o cilju, svrsi i načinu provođenja samog istraživanja, te uputu o načinu popunjavanja upitnika. Prilikom davanja upute naglašena je anonimnost i dobrovoljnost sudjelovanja u istraživanju.

4.4. Statističke metode

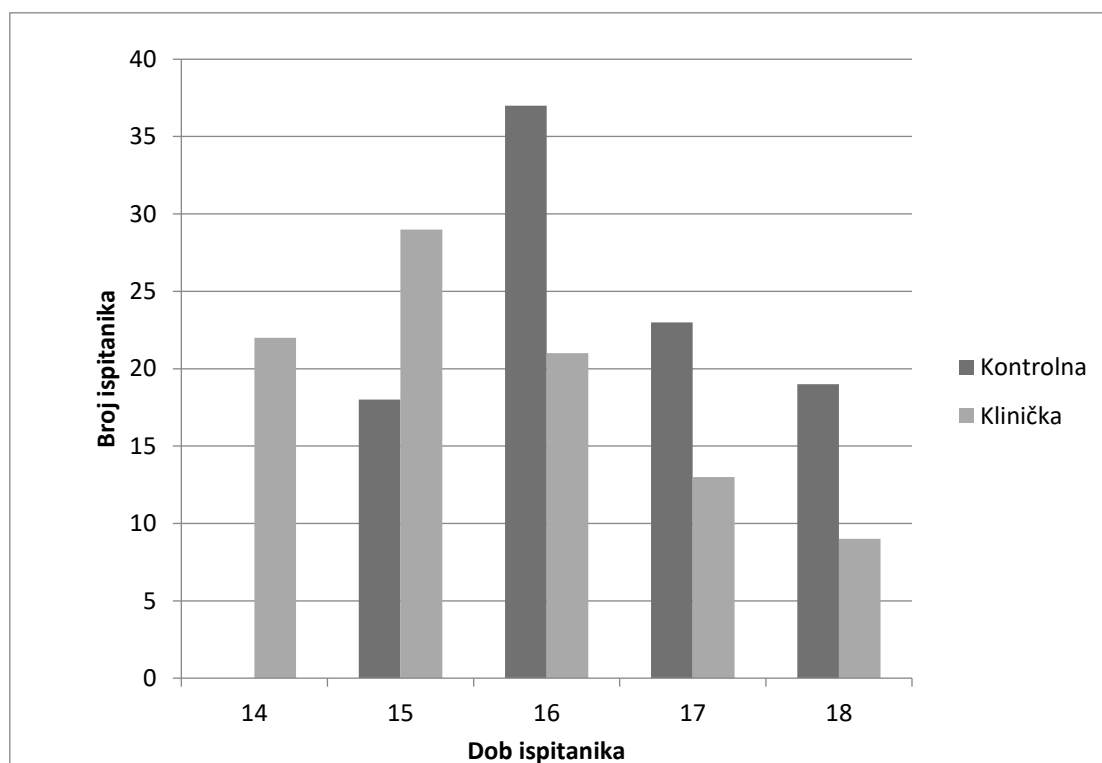
U statističkoj analizi rezultata upitnika korištene su metode deskriptivne, parametrijske i neparametrijske statistike te grafički prikazi pojedinih rezultata. Od metoda deskriptivne statistike korištene su mjere centralne tendencije (aritmetička sredina i medijan), mjere raspršenja (standardna devijacija, minimalna vrijednost, maksimalna vrijednost i raspon) te frekvencijske analize. Od metoda parametrijske statistike korišten je t-test, F-test, jednosmjerna i dvosmjerna analiza varijance, koeficijent korelacije, Hi- kvadrat test i multivarijatna regresijska analiza. Podaci su navedeni kao frekvencije za kategorijalne varijable, te kao srednje vrijednosti i standardne devijacije za kvantitativne varijable. Komparirani su grupa adolescenata s kliničkom dijagnozom poremećaja ponašanja u odnosu na kontrolnu grupu. Statističke značajnosti su testirane i prikazane ovisno o snazi, tako se u radu utvrđuju razlike na dva stupnja značajnosti: umjereni kriterij 5% ($p < ,05$) i stroži kriterij 1% ($p < ,01$). Obrada podataka izvršena je na osobnom računalu, a za unos baze podataka i statističku interpretaciju korišten je statistički program IBM SPSS verzija 25.

5. REZULTATI

5.1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

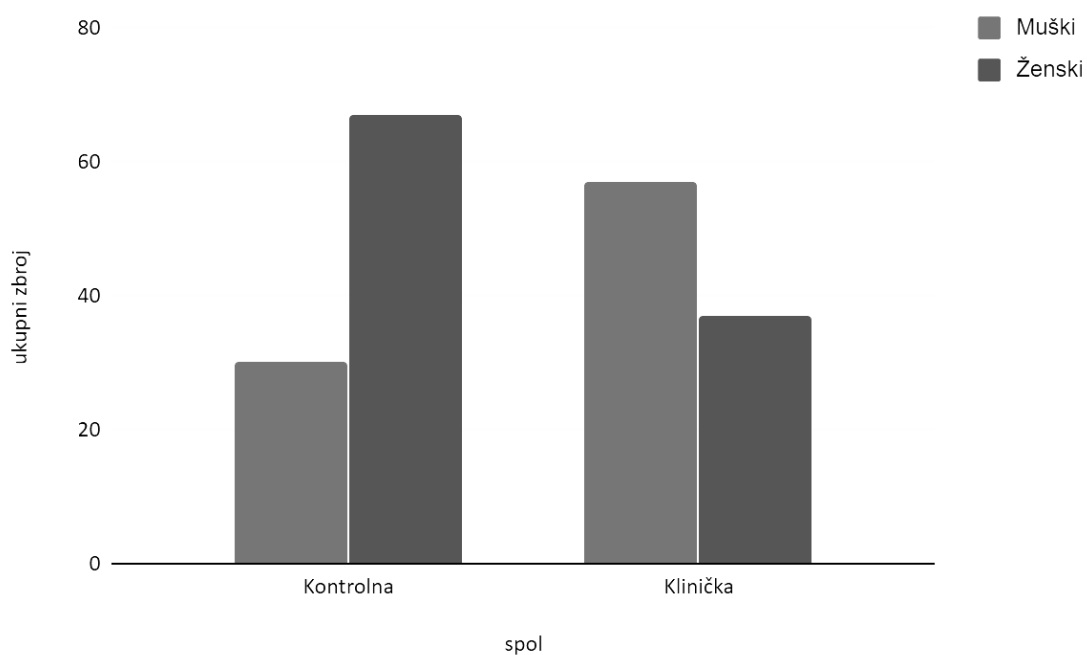
U statističkoj obradi rezultata sudjelovalo je 194 ispitanika u dobi od 14 do 18 godina ($M=16,01$; $SD=1,23$). Kliničku skupinu čini 97 ispitanika s poremećajem ophođenja i mješovitim poremećajem ophođenja i osjećaja dok kontrolnu skupinu čini 97 ispitanika predstavnika zdrave populacije. Srednja dob ispitanika kliničke skupine iznosi 15,58 godina ($SD=1,28$) dok je srednja dob kontrolne skupine 16,44 godina ($SD=1,01$). Prosječna dob ispitanika kliničke skupine niža je od prosječne dobi ispitanika kontrolne skupine. Ta razlika iznosi približno godinu dana. Standardno odstupanje u kliničkoj skupini nešto je veće s obzirom na to da kontrolnu skupinu čine učenici srednje škole dok u kliničkoj skupini imamo i djecu iz osnovne škole. Na Grafu 1 prikazana je raspodjela ispitanika obje skupine prema dobi.

Graf 1 – raspodjela obje skupine ispitanika prema dobi



Graf 2 prikazuje raspodjelu ispitanika prema spolu. Raspodjela ispitanika prema spolu u kliničkoj skupini bila je 57 muških (60,6%) i ženskih 37 (39,4%). Kontrolnu skupinu činilo je 30 muških (30,9%) i 67 (69,1%) ženskih ispitanika. Ukupan zbroj muških ispitanika bio je 87 (45,5%), dok je ženskih ispitanika bilo 104 (54.5%).

Graf 2 – Raspodjela obje skupine ispitanika prema spolu



Na Tablici 4 prikazana je raspodjela kliničke i kontrolne skupine ispitanika prema trenutnom obrazovnom statusu. Najviše ispitanika N=51 (26,3%) pohađa 2. razred srednje škole dok najmanji broj ispitanika pohađa 7. razred osnovne škole N=4 (2,1%).

Tablica 4 - Raspodjela obje skupine ispitanika prema obrazovnom statusu

OŠ	Razred	N	%
	7	4	2,1
	8	22	11,3
SŠ	1	49	25,3
	2	51	26,3
	3	41	21,1
	4	26	13,4
	Ukupno	194	100,0

OŠ – osnovna škola

SŠ – srednja škola

Iz Tablice 5 vidljiva je raspodjela kliničke skupine ispitanika prema dijagnozama, spolu i dobi. Muški ispitanici su najzastupljeniji u dobi od 15 godina u obje dijagnostičke skupine podjednako. Ukupni rezultati pokazuju da je najviše ispitanika zajedno muških i ženskih (N= 18) u dobi od 15 godina s dijagnozom Mješovitog poremećaja ophođenja i osjećaja.

Tablica 5 - Raspodjela kliničke skupine ispitanika po dijagnozi, dobi i spolu

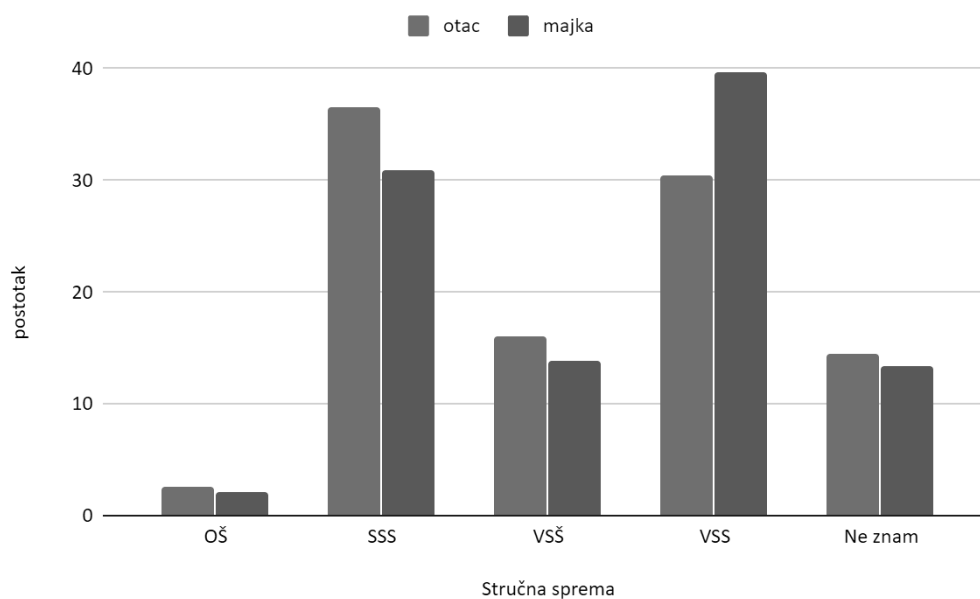
Spol	Dijagnoza	Dob					Ukupno
		14	15	16	17	18	
M	PO(F91)	8	10	5	4	2	29
	MPOO (F92)	7	10	6	4	1	28
Ž	PO (F91)	1	1	0	0	0	2
	MPOO (F92)	6	8	10	5	6	35
Ukupno	PO (F91)	9	11	5	4	2	31
	MPOO (F92)	13	18	16	9	7	63
	Ukupno	22	29	21	13	9	94

PO – Poremećaj ophođenja

MPOO – Mješoviti poremećaj ophođenja i osjećaja

Grafom 3 prikazana je raspodjela za oca i majku prema obrazovnom statusu odnosno stručnoj spremi za obje skupine ispitanika. Izračunat je Kendall τ koeficijent korelacije kako bi se utvrdila značajnost povezanosti između skupine ispitanika i stručne spreme roditelja. Rezultati su pokazali statistički značajnu i negativnu povezanost između pripadnosti skupini ispitanika i stručne spreme oca ($\tau = -0,350$; $p < ,01$), pa i majke ($\tau = -0,384$; $p < ,01$), odnosno roditelji ispitanika kliničke skupine imaju niže obrazovanje u odnosu na roditelje ispitanika kontrolne skupine. Obje izračunate korelacije, iako značajne, nisu visoke, a koeficijent (determinacije iznosi približno 10%), te mogu ukazivati na određenu tendenciju.

Graf 3 – Raspodjela za oca i majku prema stručnoj spremi



5.2. Stilovi privrženosti i klinička dijagnoza poremećaja ponašanja

Simptomatika poremećaja ponašanja

Za procjenu simptoma poremećaja ponašanja korišten je klinički psihijatrijski intervju i Izvješće za mlade od 11-18 godina YSR (Achenbach,2001.)

U tablici 6 prikazana je pripadnost skupini po spolu ispitanika kako bi se vidjele razlike na varijablama. Uzorkovanjem je dobivena ovakva raspodjela skupine ispitanika. U kontrolnoj skupini manji je broj muških ispitanika (N=30) u odnosu na broj ženskih ispitanika (N=58). U kliničkoj je skupini veći broj ženskih ispitanika (N=67) u odnosu na muške ispitanike (N=39).

Tablica 6- pripadnost kliničkoj i kontrolnoj skupini po spolu ispitanika

Skupina	Spol		Ukupno
	M	Ž	
klinička	30	67	97
kontrolna	58	39	97
ukupno	88	106	194

Tablica 7 pokazuje rezultate analize varijance u kojoj su testirane razlike s obzirom na spol i pripadnosti skupini ispitanika na subskalama YSR. Nije pronađena statistički značajna razlika s obzirom na spol kod poremećaja ophođenja i kršenja pravila. Na ostalim subskalama spolne razlike su bile značajne: agresivno ponašanje ($F_{1,190}=4,307$; $p<,05$), eksternaliziranih simptoma ($F_{1,190}=3,971$; $p<,05$) na razini pogreške od 5%. Kod anksiozno depresivnih simptoma ($F_{1,190}=34,349$; $p<,01$), povučeno depresivnih simptoma ($F_{1,190}=17,908$; $p<,01$), somatskih tegoba ($F_{1,190}=36,091$; $p<,01$) i internalizacije problema ($F_{1,190}=38,857$; $p<,01$) razlike su značajne na razini pogreške od 1%. Na svim ovim skalama, ispitanice su postizale viši rezultat od ispitanika.

Prema pripadnosti skupini ispitanici se statistički značajno razlikuju na subskalama: anksiozno depresivni simptomi ($F_{1,190}=9,441$; $p<,01$) i internalizacija problema ($F_{1,190}=5,766$; $p<,05$), gdje pripadnici kliničke skupine postižu viši rezultat od pripadnika kontrolne. Na ostalim subskalama nije pronađena statistički značajna razlika između ispitanika kontrolne i kliničke skupine.

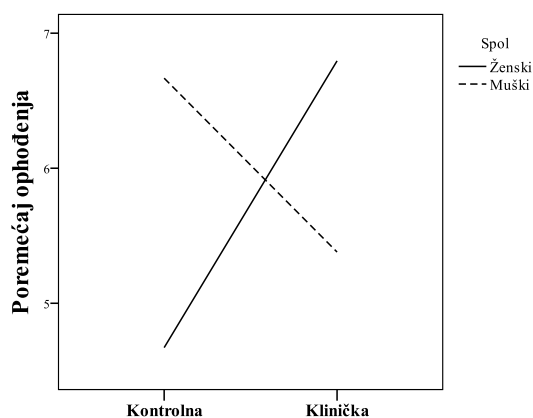
Interakcija spola i pripadnosti skupini nije statistički značajna za subskale agresivno ponašanje, anksiozno depresivni simptomi, povučeno depresivni, somatske tegobe i internalizacija problema dok je za subskale eksternalizacije problema ($F_{1,190}=5,239$; $p<0,05$), poremećaji ophođenja ($F_{1,190}=7,973$; $p<0,01$) i kršenje pravila ($F_{1,190}=9,992$; $p<0,01$) pronađena statistički značajna.

Tablica 7 - razlike s obzirom na spol i pripadnosti skupini ispitanika na subskalama YSR
Youth Self Report – Izvješće za mlade od 11 – 18 godina

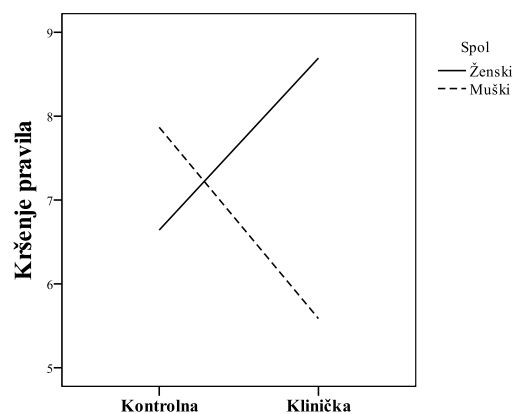
Varijable	Subskale YSR	F	p
Spol	Poremećaj ophođenja	,230	,632
	Kršenje pravila	1,885	,171
	Agresivno ponašanje	4,307	,039
	Eksternalizacija	3,971	,048
	Anksiozno depresivni	34,349	,000
	Povučeni	17,908	,000
	Somatske tegobe	36,091	,000
	Internalizacija	38,857	,000
Pripadnost skupini	Poremećaj ophođenja	,479	,490
	Kršenje pravila	,028	,867
	Agresivno ponašanje	2,080	,151
	Eksternalizacija	,590	,443
	Anksiozno depresivni	9,441	,002
	Povučeni	2,818	,095
	Somatske tegobe	1,057	,305
	Internalizacija	5,766	,017
Spol*Pripadnost skupini	Poremećaj ophođenja	7,973	,005
	Kršenje pravila	9,992	,002
	Agresivno ponašanje	,854	,356
	Eksternalizacija	5,239	,023
	Anksiozno depresivni	,052	,820
	Povučeni	,113	,737
	Somatske tegobe	,007	,932
	Internalizacija	,000	,992

Na grafovima dolje prikazane su interakcije spola i pripadnosti skupini na subskalama poremećaj ophođenja, kršenje pravila i eksternalizaciji problema. U sva tri slučaja vidljivo je kako u kontrolnoj skupini muški ispitanici u odnosu na ženske postižu više rezultate na ovim varijablama, dok u kliničkoj skupini muški postižu niže rezultate na varijablama u odnosu na ženske ispitanike. Do te tranzicije dolazi i radi pada u prosječnom rezultatu muških ispitanika na testiranoj varijabli ali i radi rasta prosječnog rezultata ženskih ispitanica kako se prelazi iz kontrolne u kliničku skupinu. Spolnih razlike na skali eksternalizacije problema u kontrolnoj skupini gotovo da niti nema no u kliničkoj skupini dolazi do dramatičnog rasta prosječnog rezultata ženskih ispitanica dok se kod muških ispitanika registrira pad prosječnog rezultata. Graf 4, 5 i 6.

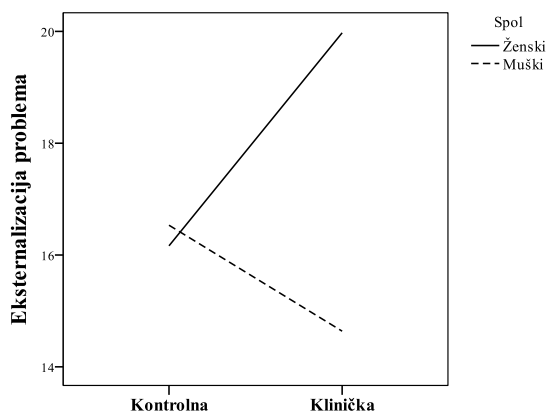
Graf 4- interakcije spola i pripadnosti skupini na subskali poremećaja ophođenja



Graf 5- interakcija spola i pripadnosti skupini na subskali kršenje pravila



Graf 6 – interakcija spola i pripadnosti skupini na subskali eksternalizacija problema



Stilovi privrženosti

Tablicom 8 prikazani su rezultati deskriptivne statistike za kliničku i kontrolnu skupinu sudionika na dimenzijama anksioznost i izbjegavanje upitnika Inventar iskustava u bliskim vezama.

Tablica 8 - Rezultati kliničke i kontrolne skupine sudionika na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanje

Dimenzije privrženosti	Pripadnost skupini	M	SD
Anksioznost prema majci	Kontrolna	27,88	88,932
	Klinička	23,00	10,318
	Ukupno	25,44	63,189
Izbjegavanje prema majci	Kontrolna	24,84	12,269
	Klinička	31,04	11,707
	Ukupno	27,96	12,356
Anksioznost Prema ocu	Kontrolna	34,08	112,187
	Klinička	59,47	173,717
	Ukupno	46,78	146,400
Izbjegavanje Prema ocu	Kontrolna	26,98	11,503
	Klinička	34,00	13,112
	Ukupno	30,45	12,786

Tablica 9 prikazuje rezultate ANOVA-e za razlike na dimenzijama anksioznost i izbjegavanje s obzirom na pripadnost skupini.

Statistički značajna razlika postoji između kliničke i kontrolne skupine na dimenzijama izbjegavanje prema majci ($F_{1,191}=12,89$; $p<,01$) i na dimenziji izbjegavanja prema ocu ($F_{1,186}=15,25$; $p<,01$). Na subskali izbjegavanje prema majci klinička skupina postiže više rezultate u odnosu na izbjegavanje ($M_{KL}=31,04$, $SD=11,707$; $M_{KO}=24,84$, $SD=12,269$) kontrolne skupine. Za privrženost prema ocu ispitanici kliničke skupine postižu više rezultate na subskali izbjegavanje ($M_{KL}=34,45$; $SD=12,786$) u odnosu na izbjegavanje ($M_{KO}=26,98$; $SD=11,503$) kontrolne skupine.

Tablica 9 - razlike na dimenzijama anksioznost i izbjegavanje s obzirom na pripadnost skupini

Dimenzije privrženosti	F	p
Anksioznost majka	,288	,592
Izbjegavanje majka	12,891	,000
Anksioznost otac	1,462	,228
Izbjegavanje otac	15,251	,000

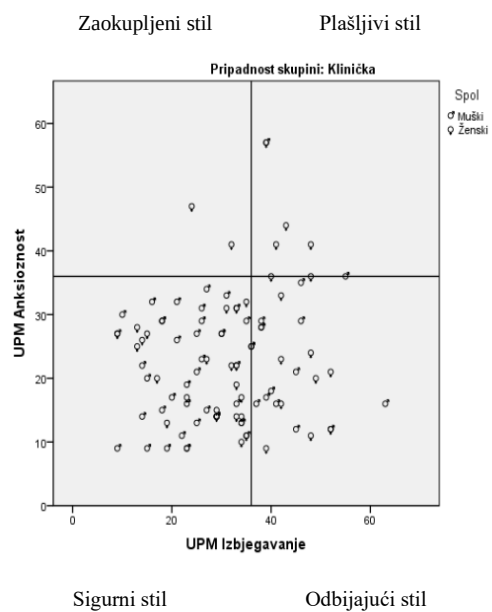
U tablici 10 prikazane su spolne razlike na dimenzijama privrženosti prema roditeljima za ispitanike kliničke skupine. Na dimenziji anksioznost prema majci i prema ocu skupine se ne razlikuju. Slično je i na dimenziji izbjegavanje s obzirom na to da se na skali izbjegavanje prema majci skupine značajno ne razlikuju (na razini 5% rizika). Na skali izbjegavanje prema ocu ove skupine se značajno razlikuju ($t_{75}=-2,544$; $p<,05$). Prosječni rezultat ispitanica kliničke skupine na skali izbjegavanje prema ocu je značajno viši od prosječnog rezultata ispitanika ($M_Z=38,11$, $SD=13,384 > M_M=31,16$, $SD=12,252$).

Tablica 10 - dimenzija privrženosti prema roditeljima za kliničku skupinu po spolu

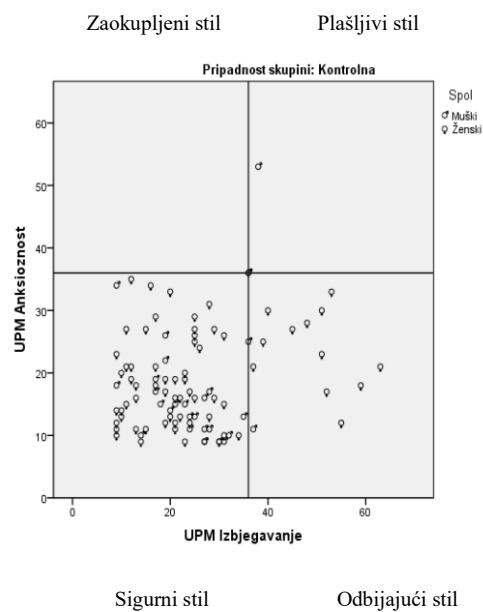
Dimenzije privrženosti	Spol	M	SD	t	p
Anksioznost majka	M	21,74	9,294	-1,474	> 0,05
	Ž	24,87	11,549		
Izbjegavanje majka	M	29,43	11,552	-1,667	> 0,05
	Ž	33,44	11,673		
Anksioznost otac	M	22,98	11,145	-,727	> 0,05
	Ž	24,76	12,273		
Izbjegavanje otac	M	31,16	12,252	-2,586	< 0,05
	Ž	38,11	13,384		

Kategorizacijom rezultata dimenzija anksioznost i izbjegavanje svaki je ispitanik prema relativnom položaju u odnosu na dimenzije anksioznost i izbjegavanje te procijenjenim rezultatom medijana na općoj populaciji svrstan u pripadajući stil privrženosti. Prvo je napravljena podjela u četiri kategorije stila privrženosti koji se dalje dijele na sigurni i nesigurni stil privrženosti. Raspodjela ispitanika u četiri kategorije stilova privrženosti prikazana je piktogramima 1, 2, 3 i 4.

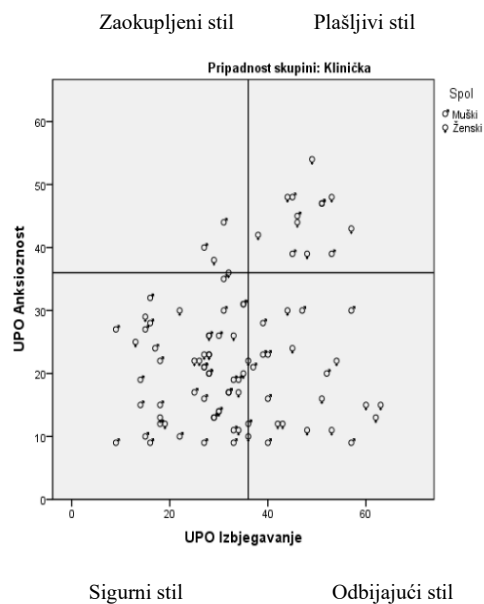
Piktogram 1 – Stil privrženosti prema majci za kliničku skupinu



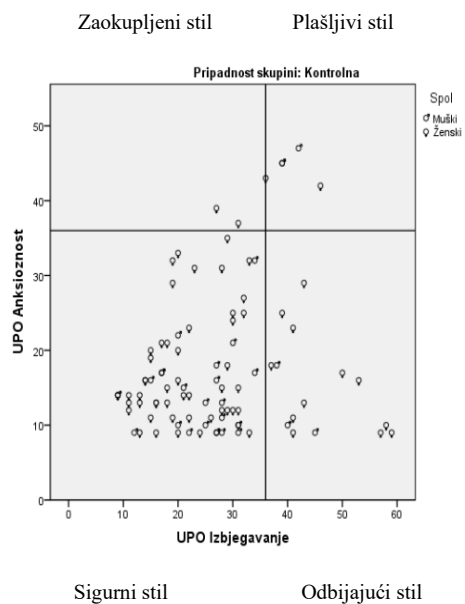
Piktogram 2 – Stil privrženosti prema majci za kontrolnu skupinu



Piktogram 3 – Stil privrženosti za oca za kliničku skupinu



Piktogram 4 – Stil privrženosti za oca za kontrolnu skupinu



Za stil privrženosti prema majci rezultati su pokazali statistički značajne razlike u raspodijeli sigurnog i nesigurnog stila privrženosti kod kontrolne naspram kliničke skupine ($X^2_{1,194} = 6,726$; $p < ,01$).

U tablici 11 vidimo kako je u kliničkoj skupini više zastupljen nesigurni stil privrženosti prema majci.

Tablica 11 - raspodijela sigurnog i nesigurnog stila za kontrolnu i kliničku skupinu prema majci

Majka				
		Stil privrženosti (sigurni-nesigurni)		Ukupno
		Sigurni stil privrženosti	Nesigurni stil privrženosti	
		N %	N %	
Pripadnost skupini	Kontrolna	79 (81)	18 (18)	97
	Klinička	63 (64)	34 (35)	97
Ukupno		142	52	194

Za stil privrženosti prema ocu rezultati su pokazali statistički značajne razlike u raspodijeli sigurnog i nesigurnog stila privrženosti kod kontrolne naspram kliničke skupine ($X^2_{1,194} = 9,919$; $p < ,02$).

U tablici 12 vidimo kako je u kliničkoj skupini više zastupljen nesigurni stil privrženosti prema majci.

Tablica 12 – raspodjela sigurnog i nesigurnog stila za kontrolnu i kliničku skupinu prema ocu

Otac				
		Stil privrženosti (sigurni-nesigurni)		Ukupno
		Sigurni stil privrženosti	Nesigurni stil privrženosti	
		N %	N %	
Pripadnost skupini	Kontrolna	73 (75)	24 (24)	97
	Klinička	52 (53)	45 (46)	97
Ukupno		125	69	194

5.3. Roditeljsko prihvaćanje/odbijanje i klinička dijagnoza poremećaj ophođenja

U tablici 13 prikazani su rezultati dobiveni za roditeljsko prihvaćanje i odbijanje majke i oca za kontrolnu i kliničku skupinu.

Tablica 13 – Prikaz rezultata roditeljskog prihvaćanja i odbijanja za oca i majku

Roditeljsko prihvaćanje/odbijanje	Skupina	M	SD
Toplina majka	Kontrolna	16,20	3,991
	Klinička	15,07	2,964
Agresija majka	Kontrolna	10,47	3,691
	Klinička	11,31	3,809
Indiferentno zanemarivanje majka	Kontrolna	8,11	2,397
	Klinička	9,76	3,430
Nediferencirano odbijanje majka	Kontrolna	8,36	3,489
	Klinička	10,30	3,875
Toplina otac	Kontrolna	15,30	4,201
	Klinička	13,46	3,608
Agresija otac	Kontrolna	9,71	3,342
	Klinička	11,65	4,656
Indiferentno zanemarivanje otac	Kontrolna	8,65	2,930
	Klinička	10,51	3,910
Nediferencirano odbijanje otac	Kontrolna	8,40	3,558
	Klinička	10,54	4,490
Ukupno odbijanje (majka)	Kontrolna	35,75	10,735
	Klinička	41,30	11,296
Ukupno odbijanje (otac)	Kontrolna	36,46	11,166
	Klinička	44,25	14,481

Tablica 14 pokazuje rezultate analize varijance u kojoj su testirane razlike s obzirom na pripadnosti skupini ispitanika za skalu roditeljskog prihvaćanja/odbijanja i njezine subskale. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika s obzirom na pripadnost skupini za ukupne rezultate na skali roditeljskog odbijanja (majka: $F=12,240$; $p<,01$; oca: $F=17,237$; $p<,01$). Kod kliničke skupine roditeljsko odbijanje majke (klinička skupina: $M=41,30$, $SD=11,296$; kontrolna skupina: $M=35,75$; $SD=10,735$) i oca (klinička skupina: $M=44,25$, $SD=14,481$; kontrolna skupina: $M=36,46$; $SD=11,166$) je više izraženo nego kod kontrolne skupine (tablica 13 i 14).

Kod subskala roditeljskog odbijanja majke pronađene su statistički značajne razlike za indiferentno zanemarivanje ($F=14,976$; $p<,01$) i nediferencirano odbacivanje ($F=13,385$; $p<,01$), dok za agresiju majke nisu pronađene značajne razlike. Kod subskale topline pronađena je statistički značajna razlika ($F=4,916$; $p<,05$). Dakle, kada je riječ o ponašanju majke, u kliničkoj skupini više je zastupljeno majčino indiferentno zanemarivanje (klinička skupina: $M=9,76$, $SD=3,430$; kontrolna skupina: $M=8,11$; $SD=2,397$) i nediferencirano odbacivanje (klinička skupina: $M=10,30$, $SD=3,875$; kontrolna skupina: $M=8,36$; $SD=3,489$), manje zastupljena toplina (klinička skupina: $M=15,07$, $SD=2,964$; kontrolna skupina: $M=16,20$; $SD=3,991$) u odnosu na kontrolnu skupinu.

Kod subskala roditeljskog odbijanja oca pronađene su statistički značajne razlike za indiferentno zanemarivanje ($F=13,881$; $p<,01$), nediferencirano odbacivanje ($F=13,275$; $p<,01$), agresiju ($F=10,923$; $p<,01$) i toplinu ($F=10,410$; $p<,01$). Dakle, kada je riječ o ponašanju oca, u kliničkoj skupini više je zastupljeno očevo indiferentno zanemarivanje (klinička skupina: $M=10,51$, $SD=3,910$; kontrolna skupina: $M=8,65$; $SD=2,930$) i nediferencirano odbacivanje (klinička skupina: $M=10,54$, $SD=4,490$; kontrolna skupina: $M=8,40$; $SD=3,558$), toplina (klinička skupina: $M=13,46$, $SD=3,608$; kontrolna skupina: $M=15,30$; $SD=4,201$) i agresija (klinička skupina: $M=11,65$; $SD=4,656$; kontrolna skupina: $M=9,71$; $SD=3,342$) u odnosu na kontrolnu skupinu.

Tablica 14 – Subskale roditeljskog odbijanja i prihvaćanja s obzirom na pripadnost skupini.

Roditeljsko prihvaćanje/odbijanje	F	p
Toplina majka	4,916	,028
Agresija majka	2,410	,122
Indiferentno zanemarivanje majka	14,976	,000
Nediferencirano odbijanje majka	13,385	,000
Toplina otac	10,410	,001
Agresija otac	10,923	,001
Indiferentno zanemarivanje otac	13,811	,000
Nediferencirano odbijanje otac	13,275	,000
Ukupno odbijanje majka	12,240	,001
Ukupno odbijanje otac	17,237	,000

Tablica 15 prikazuje spolne razlike na skali percepcije roditeljskog prihvatanja/odbijanja kod kliničke skupine. Ispitanice i ispitanici kliničke skupine ne razlikuju se u percepciji odbijanja majke dok se na ostalim skalama odbijanja/prihvatanja značajno razlikuju. Tako na skali percepcije prihvatanja majke ispitanici postižu značajno viši prosječni rezultat ($M_M=15,86$; $SD=2,645$) od ispitanica ($M_{\bar{Z}}=13,87$; $SD=3,051$); uz razinu rizika od 1% ($t_{71,2}=3,297$; $p<,01$). Na sličan način skupine se razlikuju u percepciji prihvatanja od strane oca, gdje ispitanici postižu značajno viši prosječni rezultat od ispitanica ($M_M=14,49$, $SD=2,999$; $M_{\bar{Z}}=11,92$, $SD=3,918$); uz razinu rizika od 1% ($t_{63}=3,381$; $p<,01$). Skupine se također razlikuju u percepciji odbijanja od strane oca ($t_{57}=-2,929$; $p<,01$) tako da ispitanice percipiraju u prosjeku veće odbijanje od strane oca od ispitanika ($M_M=40,51$, $SD=11,202$; $M_{\bar{Z}}=49,81$, $SD=16,992$).

Tablica 15 - Percepcija roditeljskog prihvatanja/odbijanja za kliničku skupinu po spolu

Roditeljsko prihvatanje/odbijanje	Spol	M	SD	t	p
Prihvatanje majka	M	15,86	2,645	3,297	< ,01
	Ž	13,87	3,051		
Odbijanje majka	M	39,69	10,668	-1,746	> ,05
	Ž	43,76	11,917		
Prihvatanje otac	M	14,49	2,999	3,381	< ,01
	Ž	11,92	3,918		
Odbijanje otac	M	40,51	11,202	-2,929	< ,01
	Ž	49,81	16,992		

5.4. Usporedba samopoštovanja kod ispitanika s i bez poremećaja ophođenja

Tablica 16 prikazuje razlike između kliničke i kontrolne skupine na Rosenbergovoj skali samopoštovanja.

Tablica 16 – Rosenbergova skala samopoštovanja za ispitanike kliničke i kontrolne skupine

Rosenbergova skala samopoštovanja	Skupina	M	SD	t	p
	Kontrolna	25,86	9,872	2,311	<,05
	Klinička	22,46	10,542		

Skupine se statistički značajno razlikuju na skali samopoštovanja ($t_{191}=2,31$; $p<,05$), pa tako kontrolna skupina ima nešto viši prosječni rezultat na skali od kliničke skupine ($M_{KO}=25,86 > M_{KL}=22,46$). Razlika je značajna na razini od 5%.

5.5. Usporedba školskog uspjeha/neuspjeha u ispitanika s i bez poremećaj ophođenja

Tablica 17 opisuje razliku školskog uspjeha i neuspjeha na pojedinim školskim predmetima prema upitniku Izvješće za mlade 11 -18. Iz rezultata statističke obrade Hi - kvadrat testom uočava se statistički značajno odstupanje u školskom neuspjehu na predmetima Matematika ($\chi^2=12,8$; $p<,01$), Biologija, kemija, fizika ($\chi^2=9,6$; $p<,05$) i hrvatski jezik($\chi^2=28,2$; $p<,01$).

Tablica 17 – Prikaz uspjeha i neuspjeha po pojedinim školskim predmetima

Predmet	Uspjeh	Kontrolna	Klinička	χ^2	p
Povijest i društvene znanosti	1 Neuspješno	33,3%	66,7%	6,1	> ,05
	2 Ispod prosjeka	32,3%	67,7%		
	3 Prosječno	55,0%	45,0%		
	4 Iznad prosjeka	57,1%	42,9%		
Matematika	1 Neuspješno	27,3%	72,7%	12,8	< ,01
	2 Ispod prosjeka	38,7%	61,3%		
	3 Prosječno	61,5%	38,5%		
	4 Iznad prosjeka	66,7%	33,3%		
Biologiju, kemija, fizika	1 Neuspješno	33,3%	66,7%	9,6	< ,05
	2 Ispod prosjeka	34,6%	65,4%		
	3 Prosječno	59,0%	41,0%		
	4 Iznad prosjeka	59,3%	40,7%		
Hrvatski jezik	1 Neuspješno	0,0%	100,0%	28,2	< ,01
	2 Ispod prosjeka	12,5%	87,5%		
	3 Prosječno	55,6%	44,4%		
	4 Iznad prosjeka	70,2%	29,8%		

5.6. Povezanost poremećaja ophođenja, stila privrženosti i roditeljskog prihvaćanja/odbijanja

U tablici 18 prikazani su koeficijenti korelacija varijabli ukupnog uzorka, korištenih u ovom istraživanju unutar sva četiri upitnika (YSR, RSE, PARQ, IIBV) . U većini slučajeva pronađena je statistički značajna povezanost. Visoka povezanost kod varijabli privrženosti zabilježena je između varijabli APM – anksiozne privrženosti majci i APO – anksiozne privrženosti ocu ($r=,739$) što bi statistički odgovaralo visokoj povezanosti. Također je pronađena statistički značajna povezanost na varijablama IPM – izbjegavajuća privrženost majke i varijable IPO – izbjegavajuća privrženost otac ($r=,603$). Varijable YSR-a, PO – poremećaj ophođenja i KP – kršenje pravila , ($r=,856$), te PO - poremećaja ophođenja i AP – agresivnog ponašanja također su u visokoj korelaciji ($r=,701$). EP – eksternalizacija problema značajno je povezana s roditeljskim odbijanjem od strane oca – OO ($r=,416$). Kod varijable TM – topline majke najviša statistički značajna povezanost pronađena je kod varijable TO – toplina oca ($r=,613$). Varijable zanemarivanje majke – ZM i ZO – zanemarivanje oca pokazuju visoku povezanost ($r=,715$). Kod OM – odbijanja majke značajne korelacije su pronađene na varijablama AO- agresija oca ($r=,501$), varijabli ZO – zanemarivanje oca ($r=,540$) i varijabli OO- odbijanje oca ($r=,613$). Toplina oca – TO u negativnoj je korelaciji s OO – odbijanjem oca uz značajnu povezanost ($r=-,601$). Varijabla AO - agresija oca visoko je povezana s varijablom OO – odbijanje oca ($r=,809$). Ostale korelacije prikazane u tablici također pokazuju statistički značajne rezultate ali uz nižu povezanost između varijabli.

Tablica 18 – tablica korelacija istraživanih varijabli na ukupnom uzorku

Varijable	RSS	DOB	APM	IPM	APO	IPO	PO	KP	AP	ADS	PDS	SS	EP	IP	TM	AM	ZM	OM	TO	AO	ZO	OO	UOM	UOO
RSS	r																							
DOB	r																							
APM	r																							
IPM	r	,179 *	,196 **																					
APO	r		,739 **	,220 **																				
IPO	r		,305 **	,603 **	,288 **																			
PO	r			,227 **		,259 **																		
KP	r			,241 **		,254 **	,856 **																	
AP	r		,153* *	,175 *	,198* *	,220 **	,701 **	,527 **																
ADS	r		,361* *	,257 **	,230* **	,427 **	,282 **	,314 **	,385 **															
PDS	r		,287* *	,298 **	,240* **	,428 **	,264 **	,334 **	,273 **	,741 **														
SS	r		,251* *	,145 *	,160* **	,244 **	,264 **	,331 **	,346 **	,694 **	,611 **													
EP	r			,237 **		,270 **	,888 **	,865 **	,883 **	,401 **	,346 **	,388 **												
IP	r		,346* *	,261 **	,236* *	,416 **	,304 **	,362 **	,386 **	,944 **	,856 **	,854 **	,428 **											
TM	r		-,205 **	-,517 **	-,212 **	-,416 **				-,219 **	-,174 **			-,191 **										
AM	r		,190* *	,372 **	,189 **	,286 **	,251 **	,307 **	,196 **	,265 **	,185 **	,181 **	,286 **	,246 **	-,272 **									
ZM	r		,259 *	,354 **	,289* **	,332 **	,168 **	,179 **		,293 **	,221 **	,191 **	,163 **	,274 **	-,311 **	,677 **								
OM	r		,259 **	,465 **	,254* **	,381 **	,237 **	,254 **	,193 **	,314 **	,268 **	,208 **	,255 **	,303 **	-,418 **	,708 **	,715 **							
TO	r		-,148 **	-,376 **	-,173 **	-,534 **	-,336 **	-,322 **	-,252 **	-,270 **	-,284 **	-,216 **	-,326 **	-,287 **	,613 **	-,215 **	-,241 **	-,362 **						
AO	r		,321* *	,305 **	,184 **	,476 **	,378 **	,350 **	,291 **	,336 **	,284 **	,289 **	,364 **	,345 **	-,198 **	,421 **	,329 **	,501 **	-,423 **					
ZO	r		,359* *	,352 **	,243* **	,528 **	,353 **	,389 **	,252 **	,413 **	,321 **	,299 **	,363 **	,397 **	-,221 **	,444 **	,454 **	,540 **	-,446 **	,698 **				
OO	r		,325* *	,337 **	,226* **	,529 **	,439 **	,406 **	,325 **	,391* **	,357 **	,325 **	,416 **	,404 **	-,264 **	,404 **	,362 **	,613 **	-,601 **	,809 **	,728 **			
UOM	r		,285* *	,538 **	,294* **	,444 **	,246 **	,273 **	,180 **	,341 **	,266 **	,212 **	,258 **	,317 **	-,628 **	,838 **	,832 **	,895 **	-,449 **	,458 **	,520 **	,520 **		
UOO	r		,360 **	,403 **	,265 **	,611 **	,447 **	,433 **	,333 **	,415 **	,368 **	,334 **	,435 **	,423 **	-,385 **	,437 **	,406 **	,596 **	-,734 **	,871 **	,840 **	,932 **	,575 **	

RSS – Rosenbergova skala samopoštovanja, APM – Anksiozna privrženost majka, IPM – Izbjegavajuća privrženost otac, APO – Anksiozna privrženost otac, IPO – Izbjegavajuća privrženost otac, PO – poremećaj ophođenja, KP – kršenje pravila, AP – agresivno ponašanje, ADS – anksiozno depresivni simptomi, PDS – povučeno depresivni simptomi, ST – somatski simptomi, EP – Ekstenzalizacija problema, IP – internalizacija problema, TM – toplina majke, AM – agresija majke, ZM – zanemarivanje majke, OM – odbijanje majke, TO – toplina oca, AO – agresija oca, ZO – zanemarivanje oca, OO – odbijanje oca, UOM – Ukupno odbijanje majke, UOO – ukupno odbijanje oca

**p< 0,01, *p<0,05

5.7. Doprinos dimenzija privrženosti, roditeljskog odbijanja i samopoštovanja u predviđanju poremećaja ophođenja

Kako bi ispitali doprinos dimenzija privrženosti i percepcije roditeljskog odbijanja u predviđanju poremećaja ophođenja kod kliničke skupine provedena je multivarijatna regresijska analiza unazadnog isključivanja prediktorskih varijabli (Tablica 19). Model je u početku uključivao sedam prediktorskih varijabli. Regresijskim modelom su postepeno isključivane varijable od najmanjeg značenja. Varijable su isključivane sljedećim redom: Ukupno odbijanje majke – UOM, Anksiozna privrženost majka - APM, Izbjegavajuća privrženost majka – IPM, Anksiozna privrženost otac – APO, Izbjegavajuća privrženost otac – IPO i na kraju Rosenbergova skala samopoštovanja – RSS.

Tablica 19 – Regresijski model unazadnog isključivanja

Model	R	R ²
1	,552	,305
2	,552	,304
3	,551	,304
4	,550	,303
5	,547	,299
6	,543	,295
7	,523	,273

R² – koeficijent determinacije

Na kriterijskoj varijabli Poremećaj ophođenja prema Izvješću za mlade od 11-18 – YSR dobiveni su sljedeći rezultati:

Varijabla Ukupno odbijanje oca – UOO pokazala se kao značajni prediktor ($t=5,785$; $p<,01$) poremećaja ophođenja. Tom varijablom objašnjavamo ukupno 27,3% varijabiliteta poremećaja ophođenja. Ostale varijable nisu se pokazale kao statistički značajni prediktori za poremećaj ophođenja (Tablica 20).

Tablica 20 – regresijska analiza kliničke skupine

Model	B	SE	β	t	p
5 UOO	,145	,025	,523	5,785	,000

B – nestandardizirani koeficijent; SE – standardna pogreška; β – standardizirani koeficijent; UOO – ukupno odbijanje oca

6. RASPRAVA

6.1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

U provedenom istraživanju sudjelovalo je ukupno 194 ispitanika podijeljenih u kliničku i kontrolnu skupinu. Kliničku skupinu činilo je 97 pacijenata koji su se javili na liječenje i kojima je postavljena dijagnoza poremećaja ponašanja odnosno prema MKB-10 klasifikaciji poremećaj ophođenja (F91) i mješoviti poremećaj ophođenja i emocija (F92). Kontrolnu skupinu činilo je 97 ispitanika zdrave populacije. Raspon dobi ispitanika bio je od 14 do 18 godina (Graf 1).

Podjela ispitanika prema dijagnostičkom kriteriju odgovara nalazima epidemioloških istraživanja u Republici Hrvatskoj koja ukazuju na to da je mješoviti poremećaj ophođenja i osjećaja najviše dijagnosticirani poremećaj u djece i adolescenata. U rezultatima ovog istraživanja zastupljenost ove dijagnoze bila je veća od dijagnoze poremećaja ophođenja (Tablica 5).

Od ispitanih socio-demografskih karakteristika pronađena je statistički značajna povezanost između kliničke skupine ispitanika i stupnja obrazovanja roditelja pri čemu je nađena veća zastupljenost roditelja s nižim stupnjem obrazovanja sa završenom osnovnom i srednjom školom kod ove skupine. Kod zdrave populaciji veća je zastupljenost roditelja s visokom i višom stručnom spremom (Graf 3).

Rezultati ukazuju na veću pojavnost poremećaja ponašanja u obiteljima s roditeljima nižeg obrazovanog statusa.

Ovi podaci u skladu su s nalazima Sonogo i sur (2013.) koji su utvrdili da u obiteljima djece s mentalnim problemima majke imaju slabije obrazovanje u 29,3%, a očevi 26.0% slučajeva.

6.2. Stilovi privrženosti i poremećaj ponašanja

Velika heterogenost mogućih etioloških faktora i povezanost niza biopsihosocijalnih faktora s pojavom poremećaja ophođenja upućuju na kompleksnost ovog poremećaja koji je sve češće zastupljen među mladom populacijom. Ponašanja koja uvelike odstupaju od socijalnih normi često su rasprava brojnih kliničara. Adolescencija koja je sama po sebi razvojna faza s elementima pobune protiv roditelja u svrhu separacije i individuacije često je i rizična faza za razvoj psihopatoloških obrazaca ponašanja. Kod djece u kasnom djetinjstvu i adolescenciji kao što je slučaj u ovom istraživanju na razvoj i društvenu prilagodbu utječe još jedna važna društvena skupina - njihovi vršnjaci. Sklonost adolescenata prema povezivanju s vršnjacima često ih dovodi do ponašanja koja imaju za svrhu dokazati se pred drugima iako uvijek ne odgovaraju njihovim moralnim aspektima. Poremećaj ophođenja spada u grupu eksternaliziranih poremećaja. Simptomi koji su tada izraženi jesu agresija, kršenje pravila, laganje, izostajanje iz škole i često fizičko i verbalno sukobljavanje. Visoki komorbiditet s emocionalnim poremećajima ukazuje da adolescenti s poremećajem ophođenja mogu pokazivati uz eksternalizirane i internalizirane simptome poput anksioznosti i depresije. Za razliku od adolescenata s eksternaliziranim agresivnim simptomima koji su usmjereni prema drugima adolescenti s mješovitim poremećajem ponašanja i emocija, agresiju okreću prema sebi. U ovom istraživanju pronađena je statistički značajna povezanost pripadnosti spola i internaliziranog ponašanja kao i anksiozno depresivnih, somatskih i simptoma povlačenja. Slični rezultati dobiveni su i za pripadnost skupini. U kontekstu provedenog istraživanja prema skali ukupnih problema Izvješća za mlade od 11-18 godina, sklonost kršenju pravila i eksternaliziranim problemima predstavlja vrlo važan i zabrinjavajući aspekt. U skupini ženskih ispitanika ove subskale pokazale su se kao vrlo značajni pokazatelj rizičnog ponašanja.

Za mjeru simptoma poremećaja ophođenja korišten je upitnik YSR (Youth Self Report), Izvješće za mlade 11-18 godina. Usporedba rezultata YSR upitnika ispitanika kliničke i kontrolne skupine prikazana je u Tablici 7. Sukladno našim očekivanjima ispitanici kliničke skupine postigli su statistički značajno više rezultate na subskalama poremećaja ophođenja, kršenje pravila i eksternaliziranih simptoma kod povezanosti spola i pripadnosti skupini. Ovakvi rezultati pronađeni su u drugim istraživanjima poremećaja ophođenja kod adolescenata. Kostić i sur. (2014.) dobili su slične statistički značajne

rezultate povezanosti eksternaliziranih simptoma, kršenja pravila i agresivnost kod adolescenata s poremećajem ophođenja u odnosu na kontrolnu skupinu.

Dobiveni rezultati pokazuju da ispitanice imaju više izražene simptome poremećaja ophođenja, kršenja pravila i eksternaliziranih problema u kliničkoj skupini. Ovakvi rezultat različiti su od nekih istraživanja koja prikazuju da je poremećaj ophođenja i eksternalizacija više zastupljena u muškoj populaciji.

Neka istraživanja pokazuju da je poremećaj ophođenja češći kod mladića (Berkout i sur., 2011.) dok neki autori ukazuju na mogući problem u postupku dijagnosticiranja koji se koristi za potvrđivanje dijagnostičkih kriterija, koji se u velikoj mjeri oslanja na muške uzorke (Moffitt i sur., 2008).

Ova promišljanja možemo pokušati objasniti i većom zastupljenosti ženskih ispitanica u uzorku ovog istraživanja u odnosu na muške ispitanike. Kombinacija mnogo faktora utječe na samo dijagnosticiranje poremećaja. Sami adolescenti često su manje kritični prema svojem ponašanju pa je potrebno za dobivanje kliničke slike često uključiti roditelje, a ponekad i školske službe s obzirom na to da ne pokazuju svi iste oblike ponašanja u svim situacijama. Tako je i u dijagnostičkim kriterijima napravljena detaljna raspodjela s obzirom na pojavnost poremećaja ophođenja u određenim situacijama.

Problem adolescentnog razdoblja u odnosu na dječji je taj što tada raste broj oblika prikrivene agresivnosti (npr. prijevare, krađe), antisocijalnog i delinkventnog ponašanja. U adolescenciji postaju, možda s početkom spolne zrelosti, značajni konflikti u kojima se uspostavlja ili učvršćuje socijalna dominantnost.

Budući da su “normalni” agresivni postupci dio odrastanja, važno je razlikovati “normalnu agresivnost” od “abnormalnog” agresivnog ponašanja. Procjenjuje se kvalitativno odstupanje od normalnih agresivnih postupaka i to u pogledu učestalosti, intenziteta ili duljine trajanja. To je i jedan od važnijih kriterija za postavljanje dijagnoze poremećaja ponašanja.

Velika učestalost komorbiditeta s organskim bolestima, niskim IQ-om, hiperkinetskim poremećajem i emocionalnim poremećajima dodatno otežava postavljanje same dijagnoze. Do sada su istraživani mnogobrojni rizični faktori. Stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja (gubici, roditeljsko zanemarivanje, odbacivanje, zlostavljanje), te događaji koji pogađaju cijelu obitelj (siromaštvo, rat). Neki od zaštitnih faktora odnose se

na roditeljsku toplinu, podršku i ljubav koja ima pozitivan utjecaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost mladih ljudi.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da adolescent dijagnosticirani kao poremećaj ophođenja pokazuju više eksternaliziranog ponašanja u odnosu na kontrolnu skupinu.

Različiti teorijski modeli polaze od pretpostavki različitih uzroka nastanka poremećaja ophođenja koji se povezuje sa širokim spektrom biopsihosocijalnih faktora. U ovom radu bavili smo se jednom od tih pretpostavki da osnova svakog ljudskog odnosa počiva na premisi ranog razvoja i stvaranja prvog i najranijeg odnosa između majke i djeteta.

Stil privrženosti ispitivan je upitnikom Inventar iskustava u bliskim odnosima (Kamenov i Jelić, 2003.).

Bliskost u odnosima često predstavlja problem kod pacijenata s poremećajem ophođenja. Utvrđeno je da pacijenti s ovim poremećajem često imaju značajne poteškoće u doživljaju bliskosti prema roditeljima. Privrženost je prvenstveno opisivana u odnosu majke i djeteta ali i kao temelj daljnjeg procesa stvaranja bliskih odnosa dalje kroz adolescenciju i odraslu dob. Kroz vrijeme je došlo do značajnih promjena u konceptu i mjerenju privrženosti. Početci promatranja privrženosti odnosili su se isključivo na privrženost majke i djeteta. U tom početnom konceptu privrženost prema majci promatrala se je kroz tri kategorije: sigurna, anksiozna i izbjegavajuća. Daljnjom opservacijom tog odnosa uvedena je i četvrta kategorija dezorganizirane privrženosti. Kasnije je privrženost promatrana i u kontekstu odnosa s očevima, te u intimnim odnosima adolescenata i odraslih ljudi.

Najnovije spoznaje u istraživanju privrženosti upućuju da je individualne razlike u privrženosti opravdanije opisivati putem dimenzionalnog nego kategorijalnog pristupa. Dimenzionalni pristup dijeli privrženost prema dimenzijama anksioznost i izbjegavanje (Kamenov i Jelić, 2003).

Ovakav model dimenzionalnog pristupa omogućuje kategorizaciju u stilove privrženosti koji su podijeljeni na četiri stila: sigurna privrženost, zaokupljena privrženost, plašljiva privrženost i odbijajuća privrženost koje odgovaraju primarnoj podjeli stilova privrženosti kod male djece. Ova podjela terminoloških razlika objašnjava se tako da je u adolescenciji

sigurni stil u djetinjstvu izjednačen sa sigurnim stilom u adolescenciji, zaokupljeni stil izjednačen je s anksiozno-opirućim stilom, plašljivi stil izjednačen je s dezorganiziranim stilom, a odbijajući stil izjednačava se s anksiozno-izbjegavajućim stilom u djetinjstvu. Daljnjom podjelom ove četiri kategorije stilova dijele su dva generalna stila: sigurni stil privrženosti i nesigurni stil privrženosti tako da kategorija sigurnog stila odgovara sigurnom stilu privrženosti dok kategorije zaokupljene, plašljive i odbijajuće privrženosti pripadaju nesigurnom stilu privrženosti.

Rezultati meta-analize 10 istraživanja pokazali su da je prosječna prevalencija nesigurne privrženosti kod osoba s poremećajem ophođenja 55,58% (Theule i sur. 2016.).

Tablica 8 i 9 prikazuju razlike u rezultatima dobivene testiranjem kliničke i kontrolne skupine na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja prema ocu i majci. Na dimenziji izbjegavanje za majku i za oca klinička skupina postigla je statistički značajno veće rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu. Ova dimenzija privrženosti povezuje se s odbijanjem bliskosti i nepovjerenjem prema drugim ljudima, kao i snažnom potrebom za nezavisnošću. Adolescenti s izbjegavajućom dimenzijom privrženosti osjećaju se dobro bez bliskog emocionalnog odnosa. Jako im je važno osjećati se nezavisno i samodovoljno, i više vole da ne zavise o drugima i da drugi ne zavise o njima.

Ove rezultate nije bilo moguće usporediti s drugim istraživanjima jer prema našim pretraživanjima literature nije pronađeno niti jedno istraživanje koje opisuje ove rezultate za skupinu ispitanika s kliničkom dijagnozom poremećaja ophođenja.

Spolne razlike na dimenzijama privrženosti prema roditeljima za ispitanike kliničke skupine (Tablica 10) pokazale su da se na dimenziji anksioznost prema majci i prema ocu skupine ne razlikuju. Slični rezultati dobiveni su na dimenziji izbjegavanje s obzirom na to da se na skali izbjegavanje prema majci skupine značajno ne razlikuju. Na skali izbjegavanje prema ocu spol se pokazala kao značajni faktor, gdje ispitanice kliničke skupine na skali izbjegavanje prema ocu postižu značajno viši rezultat od prosječnog rezultata ispitanika. Ovakvi rezultati mogu upućivati na važnost uloge oca u razvoju poremećaja ophođenja kod djevojaka. Longitudinalna studija potencijalnog rizika za razvoj poremećaj ophođenja kod djevojaka iz Pittsburga ukazuje da je 95% djevojaka koje su kasnije dijagnosticirane kao poremećaj ophođenja doživljavalo roditelje kao stroge i s niskim osjećajem roditeljske topline. Budući da su djevojke više orijentirane na odnose i

stjecanje društvenog odobravanja u usporedbi s dječacima, moguće je da su posebno osjetljive na učinke strogog roditeljstva i manjka roditeljske topline.

Tablica 11 i 12 ukazuju na statistički značajnu povezanost između poremećaja ophođenja i nesigurnog stila privrženosti u odnosu na kontrolnu skupinu. Ovi rezultati sukladni su rezultatima dobivenim u brojnim istraživanjima koja pokazuju da adolescenti s emocionalnim problemima i poremećajem ophođenja u najvećoj mjeri pokazuju nesigurni stil privrženosti prema roditeljima.

Uvidom u piktograme (1, 2, 3 i 4) raspršenja vidljivo je da se rezultati ispitanika s poremećajem ophođenja najviše grupiraju oko odbijajućeg stila privrženosti odnosno anksiozno izbjegavajućeg, što odgovara rezultatima drugih istraživanja koja su provedena na ispitivanju stila privrženosti kod adolescenata s poremećajem ophođenja (Tomasic, 2006.).

Budući da su u nizu prijašnjih događaja adolescenti s odbijajućim stilom privrženosti navikli na odbijanje od svojih roditelja tijekom odrastanja, sada modificiraju svoje ponašanje tako da izbjegavaju bliske odnose i time smanjuju mogućnost od ponovnog odbijanja. Ignoriraju druge, pokazuju manjak suradnje i izbjegavaju emocionalne odnose.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je stil privrženosti prema roditeljima visoko, povezan s različitim oblicima rizičnoga i agresivnog ponašanja. Također da su iste dimenzije privrženosti prema ocu i majci u visokoj korelaciji. Što znači da adolescenti s poremećajem ponašanja vrlo često imaju isti stil privrženosti prema oba roditelja.

Ukupno uzevši, rezultate ovog istraživanja oni pokazuju da je nesigurni stil privrženosti statistički značajno povezan s poremećajem ophođenja.

6.3. Roditeljsko prihvatanje i odbijanje

U svrhu boljeg objašnjenja privrženosti roditeljima i poremećaja ophođenja napravljena je analiza mjerenja individualne percepcije roditeljskog prihvatanja i odbijanja upitnikom Roditeljskog prihvatanja/odbijanja- PARQ (Rohner, 2005).

Ova dodatna analiza koristi se u svrhu boljeg razumijevanja odnosa adolescenata prema svojim roditeljima koja može pomoći objasniti stilove privrženosti i nastanak emocionalnih problema adolescenata.

Teorija roditeljskog prihvatanja/odbijanja (IPARTheory) autora Rohner i sur. 2003. naglašava važnost ponašanja roditelja kao roditeljskog prihvatanja i odbijanja na razvoj djetetovog ponašanja, kognitivnog i emocionalnog razvoja. Roditeljsko prihvatanje i odbijanje odnosi se na emocionalni i afektivni odnos između roditelji i djeteta. Roditelji koriste i fizičko, verbalno i simbolično ponašanja kako bi izrazili svoje osjećaje prema svojoj djeci.

Prihvatanje i odbijanje roditelja zajedno čine dvije dimenzije. Prva dimenzija odnosi se na roditeljsko prihvatanje koje se odnose na toplinu, privrženost, brigu, podršku i općenito, ljubav koju dijete može iskusiti u vezi s roditeljima. Drugu dimenziju čine odbacivanje i nedostatak roditeljske topline i emotivnosti, što se može shvatiti kao bilo koja kombinacija tri osnovna izraza: agresija, indiferentno zanemarivanje i nediferencirano odbijanje.

U Tablici 13 i 14 prikazani su rezultati koji pokazuju da je klinička skupina ispitanika na svim dimenzijama osim na dimenziji agresije prema majci postigla statistički više rezultate od kontrolne skupine. Slični rezultati dobiveni su i u nekim do sada provedenim istraživanjima kod ispitanika s poremećajem ophođenja (Kostić i sur. 2014.).

Rezultati koji pokazuju roditeljsko prihvatanje i odbijanje prema ocu na svim subskalama imaju statistički značajnu razliku.

Ovi rezultati sukladni su nalazima Klarin i Đerđa (2014.) koji navode da djevojčice čiji roditelji prema njima ne pokazuju pozitivne emocije i privrženost, te koji koriste psihološku kontrolu i čiji očevi ne pokazuju prihvatanje i ljubav češće manifestiraju agresivno i delinkventno ponašanje.

Spolne razlike na skali percepcije roditeljskog prihvatanja i odbijanja kod kliničke skupine (Tablica 15) pokazale su da se ispitanice i ispitanici kliničke skupine ne razlikuju se u percepciji odbijanja majke dok se na ostalim skalama odbijanja/prihvatanja značajno razlikuju. Na skali percepcije prihvatanja majke ispitanici postižu značajno viši prosječni rezultat od ispitanica. Na sličan način skupine se razlikuju u percepciji prihvatanja od strane oca, gdje ispitanici postižu značajno viši prosječni rezultat od ispitanica. Skupine se također razlikuju u percepciji odbijanja od strane oca tako da ispitanice percipiraju u prosjeku veće odbijanje od strane oca od ispitanika. Ovi rezultati ukazuju na važnu ulogu očeva u razvoju i odgoju djece i adolescenata.

Roditeljsko odbijanje dovodi do neprijateljskog i agresivnog ponašanja kod djece i adolescenata i ako se takvo ponašanje nastavi roditelji pokazuju manje topline i podrške za njih. Bez obzira na ovaj recipročni odnos istraživači su željeli znati je li bilo moguće odrediti dominantni pravac. Pokazalo se da je odbacivanje roditelja prethodilo razvoju poremećaja ponašanja (Rohner i Britner, 2002.).

Upitnik samopoštovanja (Tablica 16) pokazuje da se skupine značajno razlikuju na skali samopoštovanja, tako da kontrolna skupina ima nešto viši prosječni rezultat na skali od kliničke skupine. Samopoštovanje nije odraz samo vlastitih procjena nego proizlazi i iz reakcija drugih ljudi, osobito osoba koje volimo i koje su nam važne. Ako su djeca prihvaćena, poštovana i pohvaljivana za to što jesu i kakva jesu, početak će podjednako prihvaćati svoje pozitivne i negativne strane te će se kod njih razviti odgovarajuće samopoštovanje. Međutim, ako ih roditelji i druge osobe koje su im važne omalovažavaju, vrijeđaju, okrivljuju i odbacuju, djeca će razviti negativne stavove prema sebi te nisko samopoštovanje. Taj proces počinje već u ranoj školskoj dobi, a povratne informacije o vlastitoj vrijednosti i prihvatanju drugih, osobito vršnjaka, postaju sve važnije približavanjem adolescenciji. Izrazito nisko samopoštovanje može dovesti do ozbiljnije depresije, autodestruktivnog ponašanja, koje se u adolescenciji može očitovati kroz pretjerano pijenje, uzimanje droga, uključivanje u opasne aktivnosti (primjerice, pretjerano brza vožnja na motoru) pa čak i do pokušaja samoubojstva. Nisko samopoštovanje snažno se odražava i na akademski uspjeh. Djeca koja nemaju povjerenja u svoje sposobnosti ili ih procjenjuju lošima češće očekuju neuspjeh ili loš uspjeh pa zbog toga i manje uče.

Rezultati brojnih istraživanja ukazuju na povezanost između slabog školskog/obrazovnog postignuća i poremećaja ponašanja mladih (na primjer Shader, 2004; Andrews i Bonta,

2006; Wasserman, 2003; Farrington, 2005 i drugi). Prema dobivenim rezultatima adolescente s poremećajem ophođenja možemo okarakterizirati kao učenike sa slabijim školskim uspjehom, međutim niži obrazovni uspjeh na pojedinim školskim predmetima ne možemo promatrati kao uzrok poremećaja ponašanja. Često je u kliničkoj praksi opažamo kako adolescent koji pokazuju određene probleme ponašanja upravo zbog ponašanja dobivaju slabije ocjene koje nužno nisu rezultat njihovog znanja. Upravo kako bi se spriječilo “kažnjavanje” djece i adolescenata lošim ocjenama zbog njihovih ponašajnih poteškoća važna je suradnja sa školskim ustanovama za koju je važan multidisciplinarni tim jer se u ovim situacijama uz dječjeg i adolescentnog psihijatra ovom problematikom bavi edukacijski rehabilitator, psiholog i socijalni radnik koji tada ostvaruju suradnju s nastavnicima i stručnim školskim službama kako bi se bolje objasnila problematika izbjeglo odustajanje od obrazovanja ili slabiji školski uspjeh.

Istraživanja različitih rizičnih faktora u nastanku psihičkih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji ukazuju na spoznaje nekoliko općih principa u kompleksnosti razvoja na koji utječu nasljedni faktori, okolina i osobnost. Najčešće se radi o kombinaciji više rizičnih faktora koji mogu dovesti do istog poremećaja a da pri tome u većini slučajeva niti jedan od njih sam nije dovoljan ili neophodan za razvoj poremećaja, kao i činjenica da mnogi rizični faktori nisu specifični za neki određeni poremećaj, niti da potiču iz istih životnih sustava (osobnost, obitelj, šira okolina). Činjenica je da pojedini rizični faktori imaju različiti učinak ovisno o razvojnem dobu u kojem se javljaju.

U tom smislu ističu se četiri opće dimenzije rizika – osobine djeteta (biološka vulnerabilnost, neurokognitivne funkcije i temperament), kvaliteta ranih interakcija unutar kojih temeljnu ulogu ima privrženost, roditeljska sposobnost i obiteljske okolnosti. Nesigurna privrženost, ako je jedini rizik, vjerojatno rijetko dovodi do kasnijih poremećaja no u kombinaciji s drugim rizičnim faktorima može igrati važnu ulogu u razvoju poremećaja, a u nekim slučajevima u obliku eksternalizirajućih smetnji koje, između ostalih, uključuju i poremećaj ophođenja. Teorija i istraživanja privrženosti ističu dva načina promišljanja o utjecaju privrženosti na psihopatologiju. Prvi je vezan uz promatranje atipičnih stilova privrženosti u ranoj dobi kao zasebnog oblika ranih poremećaja ili pak njihovog utjecaja na razvoj različitih oblika psihopatologije koji vjerojatno, najčešće zajedno s različitim drugim rizičnim faktorima, oblikuju poremećaj koji ima kliničku značajnost. Drugi, širi način, promišlja o privrženosti kao jednom od

faktora koji mogu imati zaštitnu ulogu u razvoju ali u slučaju poremećaja privrženosti, biti dodatni rizični faktor u razvoju drugih vrsta psihičkih poremećaja (Greenberg, 1999.).

Iako neki autori navode da se stilovi privrženosti mogu razlikovati prema ocu i majci, rezultati ovog istraživanja pokazuju visoku povezanost između istih stilova privrženosti. Slične zaključke navode (Allen i Hawkins 1999.) koji su zaključili da način na koji je majka privržena djetetu može utjecati na razvoj privrženost oca i djeteta. Iako se u ovom istraživanju dimenzije privrženosti nisu se pokazale kao prediktori poremećaja ponašanja vidljivo je da adolescenti s poremećajem ophođenja pokazuju značajno više rezultate nesigurne privrženosti prema oba roditelja u usporedbi s kontrolnom skupinom. Slični rezultati dobiveni su i za povezanost percepcije roditeljskog prihvaćanja/odbijanja gdje su adolescenti prema oba roditelja imali sličnu percepciju, pa su tako značajno povezane varijable prihvaćanje majke s percepcijom prihvaćanje oca kao i odbijanje majke s odbijanjem oca. Ovi rezultat mogu nam ukazati da adolescenti koji percipiraju odnose sa svojim roditeljima na sličan način, da će tako percipirati i odnose prema drugima. Također, da ovi adolescenti zbog svoje percepcije roditelja imaju više problema s kršenjem pravila, agresijom, eksternalizacijom problema i poremećajem ophođenja jer većinu odnosa percipiraju kao da ih se u njima zanemaruje, odbija i ne voli. Prema nalazima ovog istraživanja upravo se ukupno odbijanje oca pokazalo kao značajan prediktor poremećaja ophođenja za kliničku populaciju. Kroz klinički rad uočavamo da su često majke te koje dovode adolescente na pregled i sudjeluju u terapijskim postupcima. Ovakva opažanja dovode u pitanje ulogu oca u cjelokupnom emocionalnom razvoju adolescenata, te nam otvaraju mogućnosti za neka buduća istraživanja u kojima bi ispitali važnost uloge oca u prevenciji i liječenju adolescenata s poremećajem ophođenja.

Na kraju prema rezultatima ovog istraživanja možemo istaknuti da adolescent s poremećajem ophođenja pokazuju više eksternaliziranog ponašanja, nesigurni stil privrženosti i visok osjećaj roditeljskog odbijanja. Također da imaju niže samopoštovanje i slabiji školski uspjeh u odnosu na zdravu populaciju.

Upravo zbog svega navedenog tretmani koji se provode s adolescentima s poremećajem ophođenja usmjereni su kako na samog adolescent tako i na rad s roditeljima. Pristup adolescentnoj populaciji mora biti multidisciplinaran kako bi se zahvatili svi rizični čimbenici koji su povezni s uzrokom nastanka poremećaja.

6.4. Ograničenja istraživanja

Pri interpretaciji rezultata provedenog istraživanja treba imati u vidu neka metodološka ograničenja i nedostatke koji mogu poslužiti i kao preporuke za neka buduća istraživanja.

Ovo istraživanje planirano je i provedeno kao presječno istraživanje čime je ograničeno zaključivanje o povezanostima pojedinih istraživanih pojava.

Samoprocjenski upitnici korišteni u ovom istraživanju mogu se smatrati nedovoljno pouzdanim radi davanja subjektivnih procjena adolescenata koje nemaju mogućnost objektivizacije.

Budući da se radi o vrlo specifičnoj populaciji, samo prikupljanje podataka je bilo otežano, a s obzirom na ograničenost vremenom uključeno je ukupno 200 ispitanika. Veći broj ispitanika zasigurno bi doprinio većoj valjanosti rezultata.

6.5. Kliničke implikacije istraživanja

Istraživanje je provedeno kako bi se unaprijedilo naše razumijevanje poremećaja ophođenja u adolescentnoj populaciji koji posljednjih godina postaje sve izraženiji problem. Do sada su se koristili različiti oblici liječenja, uključujući psihofarmakoterapiju, psihoterapiju, razni programi u kući, školi, društvu, te bolničko i dnevno bolničko liječenje u zdravstvenim ustanovama i određenim socijalnim ustanovama. Razmjerno je malo oblika liječenja ispitano u kontroliranim istraživanjima. Također je za mali broj oblika liječenja dokazano da ublažavaju simptome uzrokovane poremećajem ophođenja. Poremećaj ophođenja i dalje predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem jer može početi vrlo rano i biti prisutan tijekom čitavog razvoja djeteta te se nastaviti kroz adolescenciju i odraslu dob. Nalazi provedenog istraživanja ukazuju na poremećaj privrženosti kod populacije pacijenata s poremećajem ophođenja uz izraženu dimenziju izbjegavanja prema oba roditelja. Izbjegavajuće privrženi adolescenti češće pokazuju strah od intimnosti, nemaju povjerenja u ljude, osjećaju se nelagodno kad su bliski s drugima, postaju nervozni i odbijaju kontakt ako im se netko previše približi. U kliničkom radu s djecom i adolescentima poremećaji privrženosti se izražavaju kroz psihoterapijski odnos, a prepoznavanje izbjegavanja u odnosu kod pacijenata koji započinju liječenje može terapeutu dati korisnu informaciju kako prilagoditi nastavak terapije. Budući da se u istraživanju pokazalo da adolescenti s poremećajem ponašanja nisu samo nesigurno privrženi već percipiraju ponašanje svojih roditelja kao odbijajuće ukazuje nam na važnost uspostavljanja sigurnog terapijskog okruženja kako bi se adolescenti osjećali sigurnije. Odbijanje oca pokazalo se kao značajan prediktor poremećaja ophođenja. Prijenos percepcije odnosa prema roditeljima koje doživljavaju kao agresivne, neprijateljske i nezainteresirane često se u kliničkoj praksi prenose i na terapeute što otežava rad s ovom populacijom zbog slabe motiviranosti i odbijanja pomoći. Rano prepoznavanje ovakvih psihopatoloških obrazaca ima vrlo važnu ulogu u prevenciji i tijeku terapije jer bitno utječe na odnos između terapeuta i pacijenta. Bitno je napomenuti da su nalazi ovog istraživanja jedinstveni jer, prema dostupnim informacijama, do sada nije provedeno istraživanje koje bi detaljnije objasnilo odnos između privrženosti, percepcije roditeljskog ponašanja i kliničke dijagnoze poremećaja ophođenja, te je time dan značajan doprinos razumijevanju razvoja rizičnih faktora i budućih terapijskih intervencija u kliničkom radu s adolescentima s poremećajem ophođenja.

7. ZAKLJUČCI

U ovom istraživanju dobiveni su sljedeći rezultati:

1. Klinička skupina adolescenata pokazuje statistički značajno višu razinu na subskalama agresivnog ponašanja, kršenja pravila i eksternalizaciji problema što ukazuje na rizičnije ponašanje u odnosu na kontrolnu skupinu.
2. Spol se pokazala kao statistički značajan faktor kod usporedbe između skupina.
3. Adolescenti s poremećajem ophođenja imaju statistički značajno više zastupljen nesigurni stil privrženosti i prema majci i prema ocu u odnosu na kontrolnu skupinu.
4. Unutar dimenzija privrženosti statistički značajno se pokazalo izbjegavanje koje karakterizira neugoda od bliskosti.
5. Najviše ispitanika kliničke skupine okarakterizirano je kao anksiozno - izbjegavajući stil što ukazuje na agresivno ponašanje još u najranijoj dobi, a kasnije na izbjegavanje bliskih odnosa.
6. Usporedbom kontrolne i kliničke skupine dobiveni su rezultati koji ukazuju da adolescenti s poremećajem ophođenja na skalama percepcije roditeljskog prihvaćanja/odbijanja postižu više rezultate na skalama roditeljskog odbijanja. Ovi nalazi ukazuju na slabije razvijenu toplinu i brižnost roditelja prema adolescentima s poremećajem ophođenja.
7. Postoji statistički značajna razlika u samopoštovanju, gdje ispitanici kliničke skupine postižu niže rezultate.
8. Statistički značajna razlika pronađena je u slabijim rezultatima uspješnosti u postignućima na pojedinim školskim predmetima (hrvatski jezik, matematika, biologija, kemija, fizika).
9. Percepcija odbijanja oca pokazala se kao statistički značajan prediktor za kliničku dijagnozu poremećaja ophođenja.

8. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja bili su istražiti povezanost stila privrženosti prema majci i prema ocu, kliničke dijagnoze poremećaja ophođenja i roditeljskog prihvaćanja i odbijanja kod adolescenata s poremećajem ophođenja u odnosu na adolescente bez kliničkih manifestacija poremećaja ophođenja.

U istraživanju je sudjelovalo 194 ispitanika adolescentne dobi od 14-18 godina. Kliničku skupinu činilo je 94 ispitanika. Nakon postavljanja dijagnoze poremećaja ophođenja (F91) i mješovitog poremećaja ophođenja i osjećaja (F92) od strane dječjeg i adolescentnog psihijatra upućeni su u ciljeve i svrhu istraživanja. Ispitanici su ispunjavali samoprocjenske upitnike Izvješće za mlade 11-18 godina, Inventar iskustava u bliskim odnosima za oca i majku, Upitnik roditeljskog prihvaćanja/odbijanja za oca i majku i Rosenbergovu skalu samopoštovanja.

U istraživanju je utvrđeno da adolescenti s poremećajem ophođenja pokazuju statistički značajno više rezultate agresivnog ponašanja, kršenja pravila i eksternaliziranih problema. Na dimenzijama privrženosti postigli su značajno viši rezultat izbjegavanja, što odgovara anksiozno izbjegavajućem stilu privrženosti koji se kategorizira kao nesigurni stil. Iako se dimenzije privrženosti nisu se pokazale kao prediktori poremećaja ophođenja, pronađena je statistički značajna razlika između skupina u kojoj su ispitanici kliničke skupine imali više zastupljen nesigurni stil privrženosti. Također je utvrđeno da ispitanici s poremećajem ophođenja imaju viši osjećaj roditeljskog odbijanja. Spol se pokazala kao značajan faktor, jer su djevojke postizale više rezultate od mladića na subskalama odbijanja oca, agresije, kršenja pravila i poremećaja ophođenja. Subskala ukupnog odbija oca pokazala se kao značajan prediktor poremećaja ophođenja.

9. SUMMARY

Correlation of attachment style and clinical diagnosis of conduct disorders in adolescence

Ivana Štrosar

2020.

The objectives of the study were to investigate the association of maternal and paternal attachment style, clinical diagnosis of conduct disorder, and parental acceptance and rejection in adolescents with conduct disorder compared to adolescents without clinical manifestations of conduct disorders.

The study involved 194 adolescent subjects aged 14-18 years. The clinical group consisted of 94 subjects. After being diagnosed with a conduct disorder (F91) and a mixed conduct and emotional disorder (F92) by a child and adolescent psychiatrist, they were referred to the goals and purpose of the study. Respondents completed the Self-Assessment Questionnaires Youth Report 11-18, the Inventory of Close Relationship Experiences for Father and Mother, the Parental Acceptance/Rejection Questionnaire for Father and Mother, and the Rosenberg Self-Esteem Scale.

The study found that adolescents with a conduct disorder show statistically significantly higher scores of aggressive behavior, rule violations, and externalized problems. On the attachment dimensions, they achieved a significantly higher avoidance score, which corresponds to an anxious avoidant attachment style that is categorized as an insecure style. Although attachment dimensions did not prove to be predictors of behavioral disorders, a statistically significant difference was found between groups in which clinical group subjects had a more prevalent insecure attachment style. Respondents with a conduct disorder were also found to have a higher sense of parental rejection. Gender proved to be a significant factor, as girls scored higher than boys on the subscales of father rejection, aggression, rule-breaking, and behavioral disorders. The subscale of the total rejection of the father proved to be a significant predictor of conduct disorders.

10. LITERATURA

1. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
2. Achenbach TM. Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
3. Ainchorn A., Wayward Youth New York. Viking Press; 1935.
4. Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
5. Ainsworth M. S. Infant–mother attachment. *American Psychologist*; 1979., 34(10), Str. 932–937.
6. Ainsworth MD. Attachment beyond infancy. *Am Psychologist* 1989; 44:709-716.
7. Allen SM., Hawkins AJ. Maternal gate-keeping: Mothers beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *Journal of Marriage and the Family*; 1999; 61: Str. 199-212.
8. Allen JP. The Attachment System in Adolescence. U Cassidy J. i Shaver PR. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), New York: The Guilford Press; 2008. Str. 419-435.
9. Astington J., Jenkins, JM. Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*. 1995; 9, Str. 151–165.
10. Barry, C.T., Frick, P.J., & Killian, A.L. (2003). The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: a preliminary investigation. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 32 1, 139-52 .
11. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: a test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1991.; 61, 226-244.
12. Bašić J. Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži: teorijska motrišta, U: Bašić, J., Janković, J. (ur): Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži, Zagreb: Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju; 2000. Str. 31-47.

13. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Zhang H, Ramirez R, Lahey BB. Prevalence and correlates of antisocial behaviors among three ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 2001;29:465–478.
14. Bird HR. Psychoanalytic perspectives on Theories Regarding the Development of Antisocial Behaviour. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 2001. 29: Str. 57-71.
15. Bloss P. *On Adolescence*. New York: Free Press, 1962.
16. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 1: *Attachments*. New York: Basic Books; 1969/1982.
17. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 2: *Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books; 1973.
18. Breslau J., Aguilar-Gaxiola S., Kendler, KS., Su M., Williams D., Kessler RC. Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychol. Med.* 2006, 36, Str. 57–68.
19. Bretherton I., Lambert J., Golby B. Fathers of preschool children as seen by themselves and their wives: Accounts of attachment socialization, and companionship. *Attachment and Human Development*; 2005.,7, Str. 229-251.
20. Bretherton I. Fathers in attachment theory and research: A review. *Early Child Development and Care*; 2010.; 180(1-2), Str. 9–23.
21. Brisch KH. *Threatening attachment disorders: from theory to therapy*. The Guilford Press, NY.; 2012.
22. Burns DM. 'What do i need to know about adolescents' grief?', in *When kids are grieving: addressing grief and loss in school*, Corwin Press, Thousand Oaks, CA, pp. 2010: str: 38-51, doi: 10.4135/9781483350363.n4.
23. Canino G., Polanczyk G., Bauermeister JJ., Rohde LA., Frick PJ. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2010, 45, Str. 695–704.
24. Carlson E., Sroufe, LA. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1. *Theory and methods*. New York: Wiley. 1995., Str. 581–617.

25. Carter AS, Briggs-Gowan J, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45:1, Str. 109–134.
26. Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships In N.A. Fox (ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioural considerations*. Chicago: University of Chicago Press. 1994; Str. 228-249.
27. Cassidy J. The nature of the child's ties. U Cassidy, J., Shaver, P. R., (ur.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford press; 1999; Str. 3-20.
28. Cassidy J., & Shaver P.R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). The Guilford Press; 2008.
29. Colin VL. *Human attachment*. Temple University Press, Philadelphia. 1996. Str. 17-20.
30. Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL, Boeldt D, Corley RC, Ehringer MA, Young SE, John K. Hewitt Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders in Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Jan; 39(1): 109–123.
31. Davison GC, Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. 2002; Jastrebarsko: Naklada Slap.
32. DeKlyen M, Speltz ML, Greenberg MT. Fathering and early onset conduct problems: Positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1998 Jan 1;1(1):3-21. <https://doi.org/10.1023/A:1021844214633>
33. Dumas, JE, Prinz R, Smith EP, Laughlin JE. The Early Alliance Prevention Trial: An Integrated Set of Interventions to Promote Competence and Reduce Risk for Conduct Disorder, Substance Abuse, and School Failure. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999; 2, 37-53.
34. Ellis PL. Empathy: a factor in antisocial behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1982;10;123-34.
35. Eme R, Kavanaugh L. Sex differences in conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2010; 24. 406-426. 10.1207/s15374424jccp2404_5.
36. Erdelja S, Vokal P, Bolfan M, Erdelja SA, Begovac B, Begovac I. Delinquency in incarcerated male adolescents is associated with single parenthood, exposure to more violence at home and in the community, and poorer self-image. *Croat Med J*. 2013;54(5):460–468. doi:10.3325/cmj.2013.54.460

37. Fairchild G, van Goozen SHM, Stollery SJ, Brown J, Gardiner J, Herbert J, Goodyer IM. Cortisol diurnal rhythm and stress reactivity in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *Biol Psychiatry*. 2008;64:599–606.
38. Fearon R, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M, Lapsley A, Roisman G. The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 2010; 81(2), 435-456. Retrieved February 8, 2020
39. Ferić Šlehan M, Mihić J, Ricijaš N. Rizična ponašanja mladih i percepcija očekivanih posljedica za rizična ponašanja od strane roditelja. *Kriminologija i socijalna integracije*; 2008. Str. 47-59.
40. Field T, Gewirtz JL, Cohen D, Garcia R, Greenberg R, Collins K. Leave-Takings and Reunions of Infants, Toddlers, Preschoolers, and Their Parents. *Child Development* Vol. 55, No. 2 (Apr., 1984); Str. 628-635.
41. Fonagy P, Steele H, Moran G, Steele M, Higgitt A. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*; 1991; 13, Str. 200–217.
42. Fonagy P, Target M. Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment and Human Development*; 2005; 7, Str. 333–343.
43. Fox NA, Kimmerly NL, Schafer WD. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*; 1991.; 62, Str. 210—225.
44. Freud S. The transformations of puberty. *Standard Editon* 1905; 7:207-43.
45. Frick PJ. Current research on conduct disorder in children and adolescents. *South African Journal of Psychology*, 2016., 46(2), Str.160–174. <https://doi.org/10.1177/0081246316628455>
46. Gadow KD, Arnold LE, Molina BS, et al. Risperidone added to parent training and stimulant medication: effects on attention-deficit/ hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and peer aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:948–959.
47. Gansler DA, McLaughlin NC, Iguchi L, Jerram M, Moore DW, Bhadelia RA, Fulwiler CE. A multivariate approach to aggression and the orbital frontal cortex in psychiatric patients. *Implementation Science and Practice Advances Research Center Publications*. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.03.007>.
48. Garber J, Dodge KA. (eds.). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press; 1991.

49. Greenberg MT. Attachment and Psychopathology in Childhood, u: Jude Cassidy J, Shaver PR. Handbook of Attachment. New York: The Guilford Press; 1999, str. 469-497
50. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer Bombik E, Kindler H, Scheuerer Englisch H, Zimmermann AP. The Uniqueness of the Child–Father Attachment Relationship: Fathers’ Sensitive and Challenging Play as a Pivotal Variable in a 16 year Longitudinal Study. *Social Development*, 2002;11: 301-337. doi:10.1111/1467-9507.00202
51. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd Ed., Chapter 36; Str. 857-879. New York: Guilford Press. 2008.
52. Hall GS. *Adolescence: Its Psychology and its Relation to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. New York: Appleton; 1904.
53. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987. 52(3), Str. 511–524.
54. Hoeve M, Stams GJ, van der Put CE, Dubas JS, van der Laan PH, Gerris JR. A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(5):771–785. doi:10.1007/s10802-011-9608-1
55. Holland R, Moretti MM, Verlaan V, Peterson S. Attachment and conduct disorder: The response program. *Canadian Journal of Psychiatry*; 1993.; 38: Str. 420-431.
56. Holmes J. *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge; 1993.
57. Holmes SE, Slaughter JR, Kashani J. Risk Factors in Childhood That Lead to the Development of Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*; Human Sciences Press; 2001.; Vol. 31(3) Str. 183-193.
58. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija, svezak 1. Zagreb; Medicinska naklada; 1994.
59. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Urban delinquency and substance abuse: Initial findings*. Washington DC: US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 1994.
60. Hutchings J, Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*. 2005;18(4): Str. 386–391.

61. Jakovina T. Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica bulimijom nervozom. Sveučilište u Zagrebu. 2017.
62. Janković J. Plodovi roditeljskih poruka. Zagreb: Etcetera.,2012.
63. Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. Suvremena psihologija, Vol 6, 73-91.
64. Kazdin AE. Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. Development and Psychopathology; 1993.; 5: Str. 277-310.
65. Kazdin AE. Conduct disorder in childhood and adolescence (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
66. Kernberg OF. Self, ego, affects and drives. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1982.; 30, Str. 893–917.
67. Keskin G, Cam O. Puberty and Attachment: Review of the literature in terms of mental health. Journal of New Symposium 2009; 47-2: Str. 53-57.
68. Klarin M, Đerđa V. Roditeljsko ponašanje i problem u ponašanju kod adolescenata. Ljetopis socijalnog rada 2014;21(2):243-262. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i2.17>
69. Knopik VS, Heath AC, Bucholz KK, Madden PA, Waldron M. Genetic and environmental influences on externalizing behavior and alcohol problems in adolescence: a female twin study. Pharmacol Biochem Behav. 2009 Sep;93(3): Str. 313-21.
70. Kochanska G, Kim S. Early attachment organization with both parents and future behavior problems: from infancy to middle childhood. Child Dev. 2013;84(1):283–296. doi:10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x
71. Kopp LM, Beauchaine TP. Patterns of Psychopathology in the Families of Children with Conduct Problems, Depression, and both Psychiatric Conditions. J Abnorm Child Psychol. 2007 April ; 35(2): 301–312. doi:10.1007/s10802-006-9091-2.
72. Lamb ME, Stevenson MB. Father-infant relationships: Their nature and importance. Youth & Society; Vol. 9; No. 3, March 1978. Str. 277-298.
73. Liddle HA. Family-based treatment for adolescent problem behaviors: Overview of contemporary developments and introduction to the special section. Journal of Family Psychology; 2006., 10(1), Str. 3–11.

74. Liu J. Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004 ; 17(3): Str. 93–103.
75. Loeber R, Russo MF, Stouthamer-Loeber M. Internalizing problems and their relation to the development of disruptive behaviours in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*; 1994.; 4: Str. 615-637.
76. Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995.; 34, Str. 499–509.
77. Loeber R, Burke J, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009.; 50:1-2, Str. 133–142.
78. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, et al. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;8:CD008559.
79. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1996.; Vol 64(1), Str. 64-73.
80. Mack K. Explanations for Conduct Disorder. *Child and Youth Care Forum*. Human Sciences Press; 2004.; 33(2), Str. 95-113.
81. Magai C. Affect, imagery, and attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. In J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*. New York: Guilford Press; 1999. Str. 787-802.
82. Main M, Kaplan N, Cassidy J. "Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation". *Monographs of the Society for Research in Child Development*; 1985. 50 (1/2): Str. 66–104.
83. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex.
Discovery of an Insecure Disorganized Disoriented Attachment Pattern Main Solomon 1986 pdf From the book: *Affective Development in Infancy* edited by T. Berry Brazelton and Michael W. Yogman - Children's Hospital, Boston; 1986. ISBN: 0-89391-345-6
84. Marvin RS, Britner PA. Normative Development: The Ontogeny of Attachment. U Cassidy J. i Shaver PR. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 269-294). New York: The Guilford Press; 2008.

85. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2004, 45, 609–621.
86. McCabe KM, Rodgers C, Yeh M, Hough R. Gender differences in childhood onset conduct disorder. *Development and Psychopathology*. 2004.;16, Str.179–192.
87. MKB-10 višeosna klasifikacija duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u djece i adolescenata. Naklada Slap; 2003.
88. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-Onset versus Adolescent-Onset Antisocial Conduct Problems in Males: Natural History from Ages 3 to 18 Years. *Development and Psychopathology*:1996., 8, Str. 399-424.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007161>
89. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva PA. Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study; Cambridge University Press: New York, NY, USA. 2001.
90. Moffitt TE. Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nat Hum Behav* 2, 177–186 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0309-4>
91. Nagin DS, Farrington DP, Moffitt TE. "Life-Course Trajectories of Different Types of Offenders" *Criminology*; 1995.,33: Str. 111-139.
92. Obsuth I, Moretti MM, Holland R, Braber K, Cross S. Conduct Disorder: New Directions in Promoting Effective Parenting and Strengthening Parent-Adolescent Relationships. *J. Cdn. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 15:1 February 2006; Str. 6-15.
93. O'Connor TG, McGuire S, Reiss D, Hetherington EM, Plomin R. Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability. *J Abnorm Psychol*. 1998; Feb;107(1): Str. 27-37.
94. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Murray Thomson W, Caspi A. Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 2008., 20(2); Str. 673-716. doi:10.1017/S0954579408000333
95. Pajer K, Leininger L, Gardner W. Recognition of facial affect in girls with conduct disorder. *Psychiatry Res*. 2010;175:244-51.
96. Palm G. Attachment Theory and Fathers: Moving From “Being There” to “Being With”. *Journal of Family Theory & Review* 6 (December 2014): 282–297 DOI:10.1111/jftr.12045

97. Parent-Boursier C, Hébert M. Security in Father-child Relationship and Behavior Problems in Sexually Abused Children. *J Fam Violence*. 2015 Jan; 30(1): Str. 113–122. Published online 2014 Nov 29. doi: 10.1007/s10896-014-9653-y
98. Parke RD, Buriel R. Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In: Eisenberg N, editor. *Handbook of child psychology: Vol. 3 Social, emotional and personality development*. Vol. 5th ed.. New York: Wiley; 1998. Str. 463-552.
99. Patel R, Amaravadi N, Bhullar H, Lekireddy J, Win H. Understanding the Demographic Predictors and Associated Comorbidities in Children Hospitalized with Conduct Disorder. *Behavioral Science*. 2018.; 8. 80. 10.3390/bs8090080. PMID: 30181470.
100. Paquette D. Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*; 2004; 47, Str. 193–219.
101. Pearce CM. *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*. London: Kingsley; 2009.
102. Simone Pisano & Gabriele Masi (2020) Recommendations for the pharmacological management of irritability and aggression in conduct disorder patients, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21:1, 5-7, DOI: 10.1080/14656566.2019.1685498
103. Proctor EK, Vosler NR, Murty S. Child demographics and DSM diagnosis: A multi-axis study. *Child Psychiatry Hum. Dev*. 1992, 22, 165–183.
104. Rees CA. Thinking about children's attachments. *Arch Dis Child* 2005;90: Str.1058–1065. doi: 10.1136/adc.2004.068650
105. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, Emerich DR, Fung DS, Haider M, Hansson K, Hewitt N, Jaimes S, Larsson B, Maggiolini A, Marković J, Mitrović D, Moreira P, Oleveira JT, Olsson M, Ooi YP, Petot D, Pisa C, Pomalima R, da Rocha MM, Rudan V, Sekulić S, Shahini M, de Mattos Silveiras EF, Sirovicza L, Valverde J, Vera LA, Villa MC, Viola L, Woo BS, Zhang EY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology ii: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012.;51(12), Str. 1273-1283.
106. Rescorla LA, Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, Bilenberg N, Bird H, Chahed M, Dobrea A, Döpfner M, Erol N, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert MC, Leung PW, Minaei A, Novik TS, Oh KJ, Petot D, Petot JM, Pomalima R, Rudan V, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen HC, Valverde J, Ende JV, Weintraub S, Metzke CW, Wolanczyk T, Zhang EY, Zukauskienė R, Verhulst FC. Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. // *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2013.;(42) 2; Str. 262-273.

107. Rifkin A, Karajgi B, Dicker R, Perl E, Boppa V, Hasan N, Pollack S. Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *Am J Psychiatry*. 1997 Apr;154(4):554-5.
108. Robins LN. Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Williams & Wilkins; 1966.
109. Robins LN. Deviant Children Grown Up. Baltimore: Williams and Wilkins, 1966. Reprinted by Robert E. Krieger Publishing Co., Huntington, N.Y., 1974.
110. Robins LN. Childhood conduct problems, adult psychopathology, and crime. In S. Hodgins, *Mental Disorder and Crime*, Sage; 1993. Str.173–193.
111. Rohner RP, Britner PA. Worldwide mental health correlates of parental acceptance rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cult Res* 2002; 36: 161-47
112. Rosenberg J, Wilcox WB. The importance of fathers in the healthy development of children: U.S. Dept. Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office of Child Abuse and Neglect,; Washington, D.C.; 2006.
113. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. *Medix*. 2004; 52; Str. 36-39.
114. Rudan V, Begovac I, Szivovica L, Filipović O, Skočić M. The child behavior checklist, teacher report form and youth self report problem scales in a normative sample of Croatian children and adolescents aged 7-18. *Collegium Antropologicum*, 29 (2005), 1; 17-26.
115. Rudan V. Agresivnost i nasilje u adolescenciji-psihoanalitičko razumijevanje i mogućnost terapijskog utjecanja. Prvi hrvatski psihoterapijski kongres,ur.Gregurek R.,Medicinska naklada,Zagreb; 2008.
116. Rudan V, Tomac A. Adolescencija i njezine promjene: privid ili stvarnost? *Socijalna psihijatrija*. 2011;39:3, Str. 164-170.
117. Rudan V, Marčinko D. i sur. *Od nasilja do dijaloga*. Medicinska naklada; 2014.
118. Sabori Moghadam H, Bakhshipour A, Jamalpour Y, Nazari MA. Comparing Executive Function Between Adolescents With Conduct Disorder and the Normal Ones in Iranian Population, *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017 ; 11(1):e3915. doi: 10.5812/ijpbs.3915.

119. Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(3):665–686. doi:10.1016/j.chc.2009.03.001
120. Schonfeld IS, Shaffer D, O'Connor P, Portnoy S. Conduct disorder and cognitive functioning: testing three causal hypotheses. *Child Dev.* 1988 Aug;59(4): Str. 993-1007.
121. Schoppe Sullivan SJ, Diener ML, Mangelsdorf SC, Brown GL, McHale JL, Frosch CA. Attachment and sensitivity in family context: the roles of parent and infant gender. *Infant Child Development.* Vol. 15, Issue 4 July/August 2006.; Pages 367-385.
122. Schwenck C, Gensthaler A, Romanos M, Freitag CM, Schneider W, Taurines R. Emotion recognition in girls with conduct problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23:13-22.
123. Shoar SN, Sheidaei L, Ghavidel AA. Comparative study of attachment relationships in young children with symptoms of externalizing disorders: Attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder and normal children. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016, 5, 7S:277-285
124. Shumaker DM, Deutsch RM, Brenninkmeyer L. HowDo I Connect? Attachment Issues in Adolescence, *Journal of Child Custody*, 2009; 6:1-2, 91-112, DOI:10.1080/15379410902894866
125. Silverman DK. A Clinical Case of an Avoidant Attachment. *Psychoanalytic Psychology* 2011 American Psychological Association; 2011, Vol. 28, No. 2, 293–310 0736-9735/11/\$12.00 DOI: 10.1037/a0022342
126. Simons-Morton B, Chen R, Hand LS, Haynie DA. Parenting Behavior and Adolescent Conduct Problems: Reciprocal and Mediatonal Effects. *J Sch Violence.* 2008;7(1):3–25. doi:10.1300/J202v07n01_02
127. Sroufe LA. *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years.* New York, NY: Cambridge; 1995.
128. Sroufe LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development.* 2005.;7:349-67. 10.1080/14616730500365928.
129. Sroufe LA, Coffino B, Carlson EA. Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Dev Rev.* 2010;30(1): Str. 36–51. doi:10.1016/j.dr.2009.12.002
130. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant.* New York: Basic Books; 1985.

131. Sterzer P, Stadler C, Poustka F, Kleinschmidt A. A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *Neuroimage*, 05 May 2007, 37(1): Str.335-342.
132. Theule J, Germain SM, Cheung K, Hurl KE, Markel C. Conduct Disorder/Oppositional Defiant Disorder and Attachment: A Meta-Analysis. *J Dev Life Course Criminology*; 2016. DOI 10.1007/s40865-016-0031-8
133. Thomas CR. Oppositional Defiant Disorder and Conduct disorder. In *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, DC London, England, American Psychiatric Publishing; 2010. Str. 223-240.
134. Tomasic MA. (2006). Childhood depression and conduct disorders as related to patterns of attachment (Doctoral dissertation). Retrieved from Dissertations and Theses database. (UMI No. 3252742).
135. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A. Low Self-Esteem During Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects During Adulthood. *Developmental Psychology*; 2006, Vol. 42, No. 2, Str. 381-390.
136. Uzelac S, Bouillet D. OSNOVE SOCIJALNE PEDAGOGIJE. Školska knjiga: Zagreb; 2007.
137. Uytun MC, Oztop DB, Esel E. Evaluating The Attachment Behaviour in During Puberty and Adulthood. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2013; Vol. 26:2: Str. 177-189.
138. Van Goozen S, Fairchild G. How can the study of biological processes help design new interventions for children with severe antisocial behavior? *Development and Psychopathology*, 2008.; 20(3), 941-973. doi:10.1017/S095457940800045X
139. Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1996.; Vol. 64, No. 1, Str. 8-21.
140. Vasta R, Haith MM, Miller SA. *Dječja psihologija : Moderna znanost*. Jasterbarsko: Naklada Slap; 1998.
141. Vasta R, Haith MM. Miller SA. *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
142. Vuković M. Analiza poremećaja i dijagnostičkih odrednica na bolničkom liječenju na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju u razdoblju od 1988. do 2008. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2019.

143. Wasserman GA, McReynolds LS, Ko SJ, Katz LM, Carpenter JR. Gender differences in psychiatric disorders at juvenile probation intake. *Am J Public Health*. 2005;95(1):131–137. doi:10.2105/AJPH.2003.024737
144. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. The nature of individual differences in infant – caregiver attachment. U Cassidy J., Shaver P.R., (ur.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford press;1999; Str. 68-88.
145. Westen D, Betan E, DeFife J. Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*. 2011.;23. 305-13. 10.1017/S0954579410000817.
146. Žuvela I, Vučković Matić M, Sindik J. Devijantno ponašanje maloljetnika i uloga obitelji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* Vol 12, Broj 47, 7. srpnja 2016. Str. 19-23.

11. ŽIVOTOPIS

Ivana Štrosar rođena je 01.02.1982. godine u Zagrebu. Godine 2001. upisala je Edukacijsko rehabilitacijski fakultet u Zagrebu, smjer Edukacijska rehabilitacija na kojem je diplomirala 2004. godine. Tijekom 2005. godine obavila je vježbenički staž u Klinici za psihološku medicinu, gdje je trajno zaposlena od 2006. godine na Specijalističkom zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju. Specijalistički poslijediplomski studij iz dječje i adolescentne psihijatrije na Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu upisala je 2004/2005. godine. Stručni Magistarski rad obranila je 2010. godine. U akademskoj godini 2012/2013. je upisala Sveučilišni poslijediplomski doktorski studij „Biomedicina i zdravstvo“. Članica je Instituta za grupnu analizu gdje je 2015. godine stekla naziv Grupni analitičar.

12. PRILOZI

YSR – Youth Self Report (Achenbach, 2001.)

IZVJEŠĆE ZA MLADE OD 11-18 GODINA

IME _____ PREZIME _____		Zanimanje roditelja i ako roditelj trenutno ne radi (Molimo da budeš što određen: - npr. automehaničar, profesor u srednjoj školi, domaćica, građevinar, prodavač cipela, radnik u tvornici, satnik u vojsci):	
Tvoj spol: ☐ Mladić ☐ Djevojka	Tvoja dob: _____	Zanimanje oca: _____	
Današnji datum: _____	Tvoj datum rođenja: _____	Zanimanje majke: _____	
Razred u školi: _____	Ako radiš, navedi vrstu posla: _____	Stručna sprema oca:	Stručna sprema majke:
Ne ideš u školu: ☐		☐ Osnovna škola i niže	☐ Osnovna škola i niže
		☐ Srednja stručna sprema	☐ Srednja stručna sprema
		☐ Viša stručna sprema	☐ Viša stručna sprema
		☐ Visoka škola (fakultet)	☐ Visoka škola (fakultet)

Molimo ispuni ovaj obrazac tako da izražava tvoje stavove čak i ako se drugi s njima možda ne bi složili. Slobodno napiši dodatne komentare pored svake stavke i na mjesta naznačena na stranama 2 i 4.
Molimo da odgovoriš na SVA PITANJA.

I. Molimo navedi sportove u kojima najviše voliš sudjelovati, npr. plivanje, nogomet, vožnja biciklom, klizanje, pecanje i sl. ☐ Niti jedan sport	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakim od tih sportova?			U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si uspješan/na u svakome od tih sportova?		
	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	a. _____	☐	☐	☐	☐	☐
	b. _____	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	

II. Molimo navedi svoje omiljene hobije, aktivnosti i igre, sve osim sportova; npr. karte, knjige, glazba, auti, računala, itd. (nemoj uključivati slušanje radija ili gledanje TV-a). ☐ Niti jedan	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakom od tih aktivnosti?			U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si uspješan u svakoj od tih aktivnosti?		
	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	a. _____	☐	☐	☐	☐	☐
	b. _____	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	

III. Molimo navedi sve organizacije, klubove, timove ili grupe kojima pripadaš. ☐ Niti jedan	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si aktivan/na u svakom od njih?		
	Manje aktivan/na	Prosječno aktivan/na	Više aktivan/na
	☐	☐	☐
	a. _____	☐	☐
	b. _____	☐	☐
c. _____	☐	☐	

IV. Molimo navedi sve poslove ili zadatke koje imaš; npr. raznošenje novina, čuvanje djece, spremanje kreveta, rad u dućanu itd. (Uključi plaćene, kao i neplaćene poslove i zadatke). ☐ Niti jedan	U usporedbi s drugima tvojih godina, kako ih dobro izvršavaš?		
	Lošije od prosjeka	Prosječno	Bolje od prosjeka
	☐	☐	☐
	a. _____	☐	☐
	b. _____	☐	☐
c. _____	☐	☐	

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

- V. 1. Koliko imaš bliskih prijatelja? (Ne uključujući braću i sestre) ☐ Niti jednog ☐ Jednog ☐ Dva do tri ☐ Četiri ili više
2. Koliko puta tjedno si zajedno s prijateljima izvan redovite nastave? (Ne uključujući braću i sestre) ☐ Manje od jednom ☐ Jedan ili dva puta ☐ Tri ili više puta

VI. U usporedbi s drugima Vaših godina, koliko dobro:

- | | Lošije | Prosječno | Bolje | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Se slažete sa svojom braćom / sestrama ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ Nemam braću i sestre |
| b. Se slažete s drugim vršnjacima? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| c. Se slažete s Vašim roditeljima? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| d. Sami nešto radite? | ☐ | ☐ | ☐ | |

VII. Uspjeh u školskim predmetima

☐ Ne idem u školu jer _____

Označi križićem za svaki predmet koji učiš

	Neuspjeh	Ispod prosjeka	Prosječno	Iznad prosjeka
a. Hrvatski, jezici	☐	☐	☐	☐
b. Povijest i društvene znanosti	☐	☐	☐	☐
b. Matematika	☐	☐	☐	☐
d. Biologija, kemija, fizika	☐	☐	☐	☐
Drugi predmeti npr. računarstvo, strani jezici i slične aktivnosti. Ne uključujte ovdje tjelesni odgoj, vozački i sl.	☐	☐	☐	☐
e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

Imaš li kakvu bolest, fizičku nesposobnost ili hendikep?

☐ Ne

☐ Da. Molimo opiši!

Molimo opiši sve brige ili probleme koje imaš vezano uz školu:

Molimo opiši sve drugo što te brine:

Molimo opiši najbolje stvari o sebi:

Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

Niže se nalazi popis tvrdnji koje opisuju mlade. Za svaku tvrdnju koja te opisuje **sada** ili u **prošlih 6 mjeseci**, molimo da zaokružiš 2 ako je tvrdnja **vrlo točna** ili **često točna**. Zaokruži 1 ako je tvrdnja **ponekad** ili **donekle točna**. Ako nije točna, zaokruži 0.

0 = NIJE TOČNO			1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO			2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO		
0	1	2	1. Ponašam se predjetinjasto za svoje godine	0	1	2	33. Osjećam da me nitko ne voli	
0	1	2	2. Konzumiram alkohol bez znanja roditelja (opiši): _____	0	1	2	34. Osjećam da me drugi progone	
0	1	2	3. Puno se prepirem	0	1	2	35. Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno	
0	1	2	4. Što započnem, ne dovršim	0	1	2	36. Često se slučajno povrijedim	
0	1	2	5. Uživam u malo stvari	0	1	2	37. Često sudjelujem u tučama	
0	1	2	6. Volim životinje	0	1	2	38. Često me zadirkuju	
0	1	2	7. Volim se hvaliti	0	1	2	39. Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje	
0	1	2	8. Teško se koncentriram ili posvećujem pozornost nečemu	0	1	2	40. Čujem zvukove ili glasove za koje drugi misle da ne postoje (opiši): _____	
0	1	2	9. Ne mogu se osloboditi nekih misli; opsesije (opiši): _____	0	1	2	41. Djelujem bez da prethodno promislim	
0	1	2	10. Teško mirno sjedim	0	1	2	42. Radije bih bio/bila sam/sama nego sa drugima	
0	1	2	11. Previše sam ovisan o odraslima	0	1	2	43. Lažem ili varam	
0	1	2	12. Osjećam se osamljeno	0	1	2	44. Grizem nokte	
0	1	2	13. Osjećam se zbunjeno ili kao u magli	0	1	2	45. Nervozan/na sam ili napet/a	
0	1	2	14. Puno plačem	0	1	2	46. Dijelovi mog tijela se trzaju ili se nervozno miču (opiši): _____	
0	1	2	15. Prilično sam iskren/iskrena	0	1	2	47. Imam noćne more	
0	1	2	16. Zao/Zla sam prema drugima	0	1	2	48. Druga djeca me ne vole	
0	1	2	17. Puno sanjarim	0	1	2	49. Neke stvari radim bolje od većine djece	
0	1	2	18. Namjerno se pokušavam povrijediti ili ubiti	0	1	2	50. Previše sam strašljiv/a ili tjeskoban/na	
0	1	2	19. Tražim puno pažnje	0	1	2	51. Osjećam vrtoglavicu ili ošamućenost	
0	1	2	20. Uništavam vlastite stvari	0	1	2	52. Osjećam se previše krivim	
0	1	2	21. Uništavam stvari koji pripadaju drugima	0	1	2	53. Previše jedem	
0	1	2	22. Ne slušam roditelje	0	1	2	54. Osjećam se premoreno bez valjanog razloga	
0	1	2	23. Ne slušam u školi	0	1	2	55. Imam previše kila	
0	1	2	24. Ne jedem koliko bih trebao/trebala				56. Tjelesni problemi bez poznatih medicinskih uzroka:	
0	1	2	25. Ne slažem se s ostalom djecom	0	1	2	a. tegobe ili bolovi (ne glavobolja ili bol u trbuhu)	
0	1	2	26. Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smio/smjela	0	1	2	b. glavobolje	
0	1	2	27. Ljubomoran/na sam	0	1	2	c. mučnina, slabost	
0	1	2	28. Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima	0	1	2	d. problemi s očima (ne oni koji se ispravljaju nošenjem naočala) (opiši): _____	
0	1	2	29. Bojim se nekih životinja, situacija ili mjesta, osim škole (opiši): _____	0	1	2	e. osip ili drugi problemi s kožom	
0	1	2	30. Bojim se ići u školu	0	1	2	f. bolovi u trbuhu ili grčevi	
0	1	2	31. Bojim se da bih mogao/la pomisliti ili učiniti nešto loše	0	1	2	g. povraćanje, bljuvanje	
0	1	2	32. Osjećam da moram biti savršen/savršena	0	1	2	h. drugo (opiši): _____	

Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

0 = NIJE TOČNO			1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO			2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO		
0	1	2	57. Fizički napadam ljude	0	1	2	84. Činim stvari koje drugi smatraju čudnima (opiši):	
0	1	2	58. Bodem kožu ili druge dijelove svog tijela (opiši):	0	1	2	85. Moje bi misli drugi smatrali čudnima (opiši):	
0	1	2	59. Mogu biti prilično prijateljski raspoložen/a	0	1	2	86. Tvrdoglav/a sam	
0	1	2	60. Volim isprobavati nove stvari	0	1	2	87. Moja raspoloženja ili osjećaji se iznenada mijenjaju	
0	1	2	61. U školi sam loš/a	0	1	2	88. Uživam biti s drugim ljudima	
0	1	2	62. Koordinacija mi je slaba ili sam nespretan/na	0	1	2	89. Sumnjičav/a sam	
0	1	2	63. Radije bih bio/bila sa starijom djecom nego s onima mojih godina	0	1	2	90. Psujem i koristim proste riječi	
0	1	2	64. Radije bih bio/bila s mlađom djecom nego s onima mojih godina	0	1	2	91. Razmišljam da se ubijem	
0	1	2	65. Odbijam govoriti	0	1	2	92. Volim nasmijavati druge	
0	1	2	66. Neprestano ponavljam neke radnje (opiši):	0	1	2	93. Previše pričam	
0	1	2	67. Bježim od kuće	0	1	2	94. Često zadirkujem druge	
0	1	2	68. Često vrištim	0	1	2	95. Lako se ražestim	
0	1	2	69. Tajnovit/a sam ili držim stvari za sebe	0	1	2	96. Previše razmišljam o seksu	
0	1	2	70. Vidim stvari za koje drugi misle da ne postoje (opiši):	0	1	2	97. Prijetim da ću povrijediti druge	
0	1	2	71. Smeten/a sam ili se lako zbunim	0	1	2	98. Volim pomagati drugima	
0	1	2	72. Volim paliti stvari	0	1	2	99. Pušim, žvačem ili šmrčem duhan	
0	1	2	73. Vješt/a sam s rukama	0	1	2	100. Imam poteškoća sa spavanjem (opiši):	
0	1	2	74. Pravim se važan/važna ili se ludiram	0	1	2	101. Ne dolazim na satove ili uopće u školu	
0	1	2	75. Previše sam sramežljiv/a i plah/a	0	1	2	102. Nemam puno energije	
0	1	2	76. Spavam manje od većine djece	0	1	2	103. Nesretan/na sam, tužan/na ili potišten/na (depresivan/na)	
0	1	2	77. Spavam više od većine djece tijekom dana i/ili noću (opiši):	0	1	2	104. Glasniji/a sam od ostale djece	
0	1	2	78. Teško se koncentriram i lako me je dekoncentrirati	0	1	2	105. Koristim alkohol ili droge u nemedicinske svrhe (nemoj uključivati alkohol ili duhan)(opiši):	
0	1	2	79. Imam problema s govorom (opiši):	0	1	2	106. Nastojim biti pravedan/na prema ostalima	
0	1	2	80. Borim se za svoja prava	0	1	2	107. Uživam u dobrom vicu	
0	1	2	81. Kradem kod kuće	0	1	2	108. Volim uživati u životu	
0	1	2	82. Kradem na mjestima van kuće	0	1	2	109. Nastojim pomagati drugima kada mogu	
0	1	2	83. Gomilam stvari koje mi nisu potrebne (opiši):	0	1	2	110. Želio/željela bih da sam suprotnog spola	
				0	1	2	111. Nastojim ne uplitati se u veze s drugima	
				0	1	2	112. Puno se brinem	

Molimo provjeri da li si odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo da napišeš sve ostalo što opisuje tvoje osjećaje, ponašanje ili interese:

RSE - Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965.)

ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA

Molimo Vas da pažljivo pročitate ove tvrdnje i nakon toga zaokružite jedan od brojeva koji se nalaze uz tvrdnje. Među tim tvrdnjama nema dvije jednake i zato prije odgovaranja razmotrite svaku tvrdnju.

Odredite u kojoj se mjeri navedena tvrdnja odnosi na Vas:

- 0 – niti malo**
- 1 – malo**
- 2 – osrednje**
- 3 – prilično**
- 4 – u potpunosti**

Molimo Vas da odgovorite na sve tvrdnje, i to što iskrenije možete.

1. Osjećam da vrijedim, u najmanju ruku koliko i ostali ljudi.	0	1	2	3	4
2. Osjećam da imam puno pozitivnih osobina.	0	1	2	3	4
3. Općenito, sve više osjećam da sam neuspješna osoba.	0	1	2	3	4
4. Sposoban/na sam funkcionirati barem tako uspješno kao i većina drugih ljudi.	0	1	2	3	4
5. Osjećam da nema puno toga čime bih se mogao/la ponositi.	0	1	2	3	4
6. Imam pozitivan stav o sebi.	0	1	2	3	4
7. Općenito govoreći zadovoljan/na sam sobom.	0	1	2	3	4
8. Željeo/la bih imati više poštovanja prema samom/oj sebi.	0	1	2	3	4
9. Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim/om.	0	1	2	3	4
10. Ponekad mislim da upoće ne vrijedim.	0	1	2	3	4

Inventar iskustava u bliskim vezama (Kamenov i Jelić, 2003).

UPITNIK PRIVRŽENOSTI PREMA MAJCI

Sljedeće tvrdnje odnose se na Vaše osjećaje u obiteljskim odnosima. Zanima nas kako se Vi općenito osjećate u Vašem odnosu s majkom. Molim Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju i odgovorite u kojoj mjeri se slažete s tvrdnjom.

Svoj stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom izrazite zaokruživanjem odgovarajućeg broja na skali od 1 do 7. Ispitivanje je anonimno pa Vas molimo da budete iskreni.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Uopće se niti se slažem potpuno se
ne slažem niti se ne slažem slažem

1. Pokušavam izbjeći preveliko zbližavanje s majkom.	1	2	3	4	5	6	7
2. Postanem nezadovoljan/na kada moja majka nije na raspolaganju kada ju trebam.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ne osjećam se ugodno kada se emocionalno otvaram majci.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bojim se da moja majka neće mariti za mene koliko ja marim za nju.	1	2	3	4	5	6	7
5. Osjećam se ugodno dijeleći svoje intimne misli i osjećaje s majkom.	1	2	3	4	5	6	7
6. Kada nema majke, osjećam se pomalo tjeskobno i nesigurno.	1	2	3	4	5	6	7
7. Gotovo sve govorim svojoj majci.	1	2	3	4	5	6	7
8. Jako se brinem da ću izgubiti naklonost svoje majke.	1	2	3	4	5	6	7
9. Nervozan/na sam kad mi se majka previše emocionalno približi.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ako ne mogu navesti majku da pokaže interes za mene, postajem uznemiren/na ili ljut/a.	1	2	3	4	5	6	7
11. Obraćam se majci iz puno razloga, uključujući utjehu i smirivanje.	1	2	3	4	5	6	7
12. Moja želja za bliskošću ponekad uplaši i otjera moju majku.	1	2	3	4	5	6	7
13. Radije ne pokazujem majci svoje prave osjećaje.	1	2	3	4	5	6	7
14. Zamjeram majci kada provodi vrijeme odvojeno od mene.	1	2	3	4	5	6	7
15. Osjećam se jako neugodno kada sam blizak/bliska s majkom.	1	2	3	4	5	6	7
16. Brinem se da ću ostati sam/a.	1	2	3	4	5	6	7
17. U trenutku kada se majka počne zbližavati sa mnom, primjećujem da se ja povlačim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Ponekad osjećam da prisiljavam majku da pokazuje više osjećaja, više obvezivanja.	1	2	3	4	5	6	7

UPITNIK PRIVRŽENOSTI PREMA OCU

Sljedeće tvrdnje odnose se na Vaše osjećaje u obiteljskim odnosima. Zanima nas kako se Vi općenito osjećate u Vašem odnosu s ocem. Molim Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju i odgovorite u kojoj mjeri se slažete s tvrdnjom.

Svoj stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom izrazite zaokruživanjem odgovarajućeg broja na skali od 1 do 7. Ispitivanje je anonimno pa Vas molimo da budete iskreni.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Uopće se niti se slažem potpuno se
ne slažem niti se ne slažem slažem

1. Pokušavam izbjeći preveliko zbližavanje s ocem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Postanem nezadovoljan/na kada moj otac nije na raspolaganju kada ga trebam.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ne osjećam se ugodno kada se emocionalno otvaram ocu.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bojim se da moj otac neće mariti za mene koliko ja marim za njega.	1	2	3	4	5	6	7
5. Osjećam se ugodno djeleći svoje intimne misli i osjećaje s ocem.	1	2	3	4	5	6	7
6. Kada nema oca, osjećam se pomalo tjeskobno i nesigurno.	1	2	3	4	5	6	7
7. Gotovo sve govorim svome ocu.	1	2	3	4	5	6	7
8. Jako se brinem da ću izgubiti naklonost svoga oca.	1	2	3	4	5	6	7
9. Nervozan/na sam kad mi se otac previše emocionalno približi.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ako ne mogu navesti oca da pokaže interes za mene, postajem uznemiren/na ili ljut/a.	1	2	3	4	5	6	7
11. Obraćam se ocu iz puno razloga, uključujući utjehu i smirivanje.	1	2	3	4	5	6	7
12. Moja želja za bliskošću ponekad uplaši i otjera mog oca.	1	2	3	4	5	6	7
13. Radije ne pokazujem ocu svoje prave osjećaje.	1	2	3	4	5	6	7
14. Zamjeram ocu kada provodi vrijeme odvojeno od mene.	1	2	3	4	5	6	7
15. Osjećam se jako neugodno kada sam blizak/bliska s ocem.	1	2	3	4	5	6	7
16. Brinem se da ću ostati sam/a.	1	2	3	4	5	6	7
17. U trenutku kada se otac počne zbližavati sa mnom, primjećujem da se ja povlačim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Ponekad osjećam da prisiljavam oca da pokazuje više osjećaja, više obvezivanja.	1	2	3	4	5	6	7

PARQ - Parental Acceptance/Rejection Questionnaire (Rohner, 2005.)

Upitnik roditeljskog prihvaćanja/odbijanja za majku

Vaš je zadatak da uz svaku tvrdnju zaokružite broj, koji određuje koliko se često Vaša majka prema Vama odnosila na opisani način.

Pojedini brojevi imaju sljedeće značenje:

1 znači da se majka nikada tako nije odnosila prema Vama

2 znači da se majka rijetko tako odnosila prema Vama

3 znači da se majka često tako odnosila prema Vama

4 znači da se majka uvijek tako odnosila prema Vama

Molimo Vas da odgovarate iskreno, opisujući kako se Vaša majka zaista ponašala, a ne kako ste željeli da se ponaša.

Moja majka...	nikada	rijetko	često	uvijek
1. Tukla me i kad to nisam zaslužio/la.	1	2	3	4
2. Zaboravljala je ono što je trebala obaviti za mene.	1	2	3	4
3. Doživljavala me kao teret.	1	2	3	4
4. Razgovarala je sa mnom toplo i s ljubavlju	1	2	3	4
5. Grdila me i bila nestrpljiva.	1	2	3	4
6. Nije imala vremena odgovarati na moja pitanja.	1	2	3	4
7. Činilo mi se da sam joj smetao/la.	1	2	3	4
8. Istinski ju je zanimalo čime se ja bavim.	1	2	3	4
9. Izgovorila mi je mnogo ružnih riječi.	1	2	3	4
10. Nije obraćala pažnju kad sam tražio/la pomoć.	1	2	3	4
11. Nije imala razumijevanja kada sam imao/la problema.	1	2	3	4
12. Govorila mi je kako je ponosna na mene kad sam bio/la dobar/dobra.	1	2	3	4
13. Namjerno je vrijeđala moje osjećaje.	1	2	3	4
14. Zaboravljala je važne događaje za koje sam mislio/la da bi ih trebala pamtiti.	1	2	3	4
15. Kad sam se loše ponašao/la pokazivala je da me više ne voli.	1	2	3	4
16. Trudila se da mi pomogne kad sam bio/la uplašen/a ili zabrinut/a.	1	2	3	4
17. Osramotila bi me pred mojim prijateljima kad bih se loše ponašao/la.	1	2	3	4
18. Izbjegavala me.	1	2	3	4
19. Žalila se na mene.	1	2	3	4
20. Dopuštala mi je da radim ono što je meni bilo važno, čak i kad to njoj ne bi odgovaralo.	1	2	3	4
21. Kad sam se loše ponašao/la, uspoređivala me s ostalom djecom na moju štetu.	1	2	3	4
22. Prepuštala je nekom drugom brigu o meni (npr. susjedima ili rođacima).	1	2	3	4
23. Stavljala mi je na znanje da sam bio/la neželjen/a.	1	2	3	4
24. Udarala me tako da sam se bojao/la da bi me mogla ozbiljno povrijediti.	1	2	3	4

Upitnik roditeljskog prihvaćanja/odbijanja za oca

Vaš je zadatak da uz svaku tvrdnju zaokružite broj, koji određuje koliko se često Vaš otac prema Vama odnosio na opisani način.

Pojedini brojevi imaju sljedeće značenje:

1 znači da se otac nikada tako nije odnosio prema Vama

2 znači da se otac rijetko tako odnosio prema Vama

3 znači da se otac često tako odnosio prema Vama

4 znači da se otac uvijek tako odnosio prema Vama

Molimo Vas da odgovarate iskreno, opisujući kako se Vaš otac zaista ponašao, a ne kako ste željeli da se ponaša.

Moj otac...	nikada	rijetko	često	uvijek
1. Tukao me i kad to nisam zaslužio/la.	1	2	3	4
2. Zaboravljao je ono što je trebao obaviti za mene.	1	2	3	4
3. Doživljavao me kao teret.	1	2	3	4
4. Razgovarao je sa mnom toplo i s ljubavlju	1	2	3	4
5. Grdio me i bio nestrpljiv.	1	2	3	4
6. Nije imao vremena odgovarati na moja pitanja.	1	2	3	4
7. Činilo mi se da sam mu smetao/la.	1	2	3	4
8. Istinski ga je zanimalo čime se ja bavim.	1	2	3	4
9. Izgovorio mi je mnogo ružnih riječi.	1	2	3	4
10. Nije obraćao pažnju kad sam tražio/la pomoć.	1	2	3	4
11. Nije imao razumijevanja kada sam imao/la problema.	1	2	3	4
12. Govorio mi je kako je ponosan na mene kad sam bio/la dobar/dobra.	1	2	3	4
13. Namjerno je vrijeđao moje osjećaje.	1	2	3	4
14. Zaboravljao je važne događaje za koje sam mislio/la da bi ih trebao pamtiti.	1	2	3	4
15. Kad sam se loše ponašao/la pokazivao je da me više ne voli.	1	2	3	4
16. Trudio se da mi pomogne kad sam bio/la uplašen/a ili zabrinut/a.	1	2	3	4
17. Osrमतio bi me pred mojim prijateljima kad bih se loše ponašao/la.	1	2	3	4
18. Izbjegavao me.	1	2	3	4
19. Žalio se na mene.	1	2	3	4
20. Dopuštao mi je da radim ono što je meni bilo važno, čak i kad to njemu ne bi odgovaralo	1	2	3	4
21. Kad sam se loše ponašao/la, uspoređivao me s ostalom djecom na moju štetu.	1	2	3	4
22. Prepuštao je nekom drugom brigu o meni (npr. susjedima ili rođacima).	1	2	3	4
23. Stavljao mi je na znanje da sam bio/la neželjen/a.	1	2	3	4
24. Udarao me tako da sam se bojao/la da bi me mogao ozbiljno povrijediti.	1	2	3	4