

Identifikovani rizični faktori visokog stepena obuhvataju prisustvo kriminalnog ponašanja, zloupotrebu supstanci, nasilje u porodici i neprimerene vaspitne stilove roditelja. Vaspitni stilovi, načini na koje roditelji nastoje da vaspitaju i disciplinuju svoju decu, karakterišu se primarnom usmerenošću na problematična ponašanja i njihovo suzbijanje uz zanemarivanje prepoznavanja i podsticanja prosocijalnog ponašanja DA. Odsustvo bilo kakvog prepoznatljivog napora da se postave jasna očekivanja i norme ponašanja, prati njihovo poštovanje i dosledno primenjuju uzrastu primerene podsticajne i disciplinske mere, uz primenu drakonskih mera kažnjavanja su takođe karakteristične za vaspitne stilove roditelja DA sa PP. *Odnose u porodici* karakteriše manjak međusobne podrške, a više napetosti i odbrambenog odnosa i ponašanja, manje zajedničkog učešća u porodičnim aktivnostima i događajima, kao i jasna predominacija (autoritarnost) jednog člana porodice u odnosu na druge. Nezadovoljstvo bračnim odnosima, interpersonalni konflikti i porodično nasilje, takođe, mogu biti česta karakteristika porodica DA sa PP. Roditelji dece sa PP ne ukazuju dovoljno pažnje svojoj deci, ne nadziru ih dovoljno dosledno i često uopšte nisu direktno upućeni u to gde su im deca, sa kim su i čime se bave. *Odnosi roditelja i DA sa PP* su često disfunkcionalni ili značajno poremećeni. Te odnose često karakterišu nedostatak topline, privrženosti i emocionalne podrške sa tendencijom zanemarivanja, neprihvatanja, aktivnog odbacivanja ili otvornog sukoba. U takvim porodicama se često uspostavljaju međusobno iznuđujući odnosi kod kojih problematično ponašanje deteta indukuje (nefunkcionalno) ponašanje roditelja, a to ponašanje dalje potencira problematično ponašanje deteta. Tako se prećutno i često nesvesno prihvata zatvoreni krug koji može dovesti do teških posledica po obe strane. Porodica, načini vaspitanja dece i priroda i funkcionalnost interakcija između roditelja i dece predstavlja omiljen fokus većeg broja programa tretmana DA, koji se usmeravaju bilo na porodicu kao celinu, unapređenje porodičnih odnosa ili jednostavno trening, unapređenje roditeljskih vaspitnih veština.

Sredinski, kontekstualni uslovi. PP se javlja, razvija i dodatno komplikuje pod nizom nepovoljnih sredinskih uslova. DA sa PP obično dolaze iz mnogočlanih porodica koje žive u veoma skromnim stambenim uslovima, gde deca nemaju svoje mesto za igru i učenje, rad i razonodu. Roditelji DA sa PP su po pravilu izloženi visokom stepenu egzistencijalno-socijalnog stresa, a visok nivo stresa značajno umanjuje sposobnost roditelja da se nose sa svakodnevnim

odgovornostima i obavezama, posvete brizi i vaspitanju dece i uspostavljanju i održavanju kvalitetnih odnosa sa svojom decom. Porodice dece sa PP, koje su upućene na tretman, obično su izložene finansijskim problemima koji proističu iz nezaposlenosti, dugova, bankrota, nepovoljnih uslova života. DA sa PP po pravilu dolaze iz slabo opremljenih škola sa niskokompetentnim nastavnim kadrom i ograničenim mogućnostima za pomoć i podršku u savladavanju gradiva, regulisanju ponašanja ili razvoju interesovanja. Problemi DA sa PP i njihovih porodica mogu proisticati, ili biti potencirani nizom faktora iz lokalne socijalne sredine, uključujući siromaštvo, dezorganizovano ili opasno susedstvo. Najzad, većina porodica koje dolaze na tretman bile su izložene frustrirajućim, neprijatnim i stresnim iskustvima sa lokalnim agencijama i servisima kao što su škola, socijalne službe, policija ili sud...

PP se predstavlja i dijagnosticira kao poremećaj funkcionisanja deteta, ali u većini slučajeva u pitanju je kumulacija ličnih, porodičnih i socijalnih problema sa jedinstvenim sklopom. Programi koji će biti izloženi, bez izuzetka, prihvataju multidimenzionalni, socijalno-ekološki pristup PP, pri čemu svaki program apostrofira određen sklop rizičnih i protektivnih faktora, zbog čega se ograničava na jasno definisanu subpopulaciju DA sa PP. Nekoliko programa tretmana definitivno izlaze izvan okvira individue i porodice, nastojeći da preko multidimenzionalno, višeslojno i višefazno postavljenog interventnog programa obuhvate većinu rizičnih i protektivnih faktora PP kod DA.

Literatura

- Barker, E.D., Séguin, J.R., White, H.R., Bates, M.E., Lacourse, E., Carbonneau, R., & Tremblay, R.E. (2007). Developmental trajectories of male physical violence and theft: Relations to neurocognitive performance. *Archives of General Psychiatry*, 64, 592-599.
- Barkeley, R.A. (2010). Deficient emotional self-regulation: A core component of attention-defiant/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5-37.
- Blair, R. J. R. (2005). Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 17(3), 865-891.

Knjiga koju imate pred sobom pisana je sa namerom da se, empirijski potvrđeno, delotvorni programi tretmana dece i adolescenata sa disruptivnim poremećajima ponašanja predstave stručnoj javnosti u Srbiji. Kako su savremeni programi pozitivnog razvoja mladih sa problemima u ponašanju rezultat višedecenijskog iskustva autora u radu sa maloletnim delinkventima, ovo delo predstavlja i izuzetan doprinos svakodnevnom radu psihologa i unapređenju psihološke struke uopšte.

Dugujemo veliku zahvalnost profesoru Stakiću što je za izdavača ovako važne knjige odabrao Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, u kome je 1971. godine i započeo svoju više nego uspešnu karijeru.

Napominjemo i da su prihodi autora od ovog dela usmereni na unapređenje rada Društva psihologa Srbije.

IZ OBLASTI PSIHLOGIJE **Durad Stakić**

**DELOTVORNI PROGRAMI TRETMANA ZA
DECU I ADOLESCENTE SA PROBLEMIMA I
POREMEĆAJIMA PONAŠANJA**

Problemi i poremećaji ponašanja kod dece i adolescenata

Uvod

Razvoj dece i adolescenata je bremenit raznovrsnim izazovima i problemima koji mogu dovesti do usporavanja, zastoja, aberacija, regresija ili ozbiljnih poremećaja u njihovom funkcionisanju i razvoju. DA tokom razvoja povremeno i u određenim situacijama mogu ispoljavati određene emocionalne probleme ili probleme u ponašanju. Većina tih lutanja, posrtanja i problema se smatra delom procesa normalnog razvoja i odrastanja. DA i roditelji postaju svesni da se krize i problemi mogu pojaviti, a tokom vremena razvijaju strategije kako da se sa takvim izazovima i problemima suoče, kako da ih prevaziđu, kako da razviju važna iskustva i veštine koje će im pomoći da se uspešnije nose sa novim razvojnim i životnim izazovima. Međutim, kada se razvojni problemi ustale i akumuliraju, kada svojom učestalošću i ozbiljnošću počnu da ozbiljno ugrožavaju i ometaju funkcionisanje i dalji razvoj mlade osobe, onda se oni nazivaju poremećajima i zahtevaju stručnu, terapeutsku intervenciju.

Poremećaji koji se javljaju tokom detinjstva i adolescencije obično se grupišu u sledećih deset grupacija:

1. *Mentalna retardacija* – za dijagnozu je potrebno da budu ispunjena tri kriterijuma: (a) da je nivo opštih intelektualnih sposobnosti značajano ispod proseka; (b) da se poremećaj ili deficit u adaptivnom funkcionisanju ispoljava u najmanje dve oblasti; kao i da se (c) poremećaj pojavio pre uzrasta od 18 godina;
2. *Poremećaji učenja* – karakterišu se značajno nižim nivoom postignuća (najmanje dve standardne devijacije ispod nivoa IQ) na testovima čitanja, matematike ili pisanja, od nivoa koji se očekuje s obzirom na nivo IQ. Ovde spadaju poremećaj

- čitanja (disleksija), poremećaj računanja (diskalkulija) i poremećaj pisanog izražavanja (disortografija);
3. *Pervazivni razvojni poremećaji* – podrazumevaju krupan i perzistentan poremećaj u više oblasti funkcionisanja i razvoja. Pored poremećaja autističkog spektra, ovde spadaju i dečji dezintegrativni poremećaj i Retov poremećaj;
 4. *Poremećaji komunikacije i motornih veština* – poremećaji komunikacije obuhvataju receptivno-ekspresivni poremećaj govora, fonološki poremećaj i mucanje. Poremećaj motornih veština se karakteriše značajnim poremećajem motorne koordinacije;
 5. *Poremećaji ponašanja* – ovi poremećaji se odnose na ekster-nalizovane, disruptivne forme poremećaja. Poremećaj ponašanja se karakteriše perzistentnim obrascem kršenja prava drugih i socijalnih normi i pravila, a opoziciono-negativistički poremećaj negativizmom, neprijateljstvom i otporom prema autoritetima u kući, školi i društvu;
 6. *Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti* – karakteriše se perzi-stentnim obrascem razvojno-neprimerene nepažnje, impul-sivnošću i hiperaktivnošću;
 7. *Poremećaji ishrane* – pored Pice i Ruminativnog poremećaja obuhvataju i bulimiju i anoreksiju, kao i poremećaje ishrane novorođenčadi i ranog detinjstva;
 8. *Poremećaji pražnjenja-eliminacije* – nedostatak kontrole ili namerno pražnjenje izmeta (Encompresis) ili urina (Enuresis);
 9. *Tikovi*, koji se karakterišu nekontrolisanim, nevoljnim, izne-nadnim ponavljanjem motornih pokreta ili vokalizacije;
 10. *Drugi poremećaji detinjstva i adolescencije* – Drugi značajni poremećaji obuhvataju separacionu anksioznost, selektivan mutizam, reaktivni poremećaj privrženosti (reactive at-tachment disorder) i stereotipni poremećaj motorike.

Problemi i poremećaji kod DA se, takođe, klasifikuju u grupu eksternalizovanih i internalizovanih, zavisno od načina na koji se DA ispoljavaju i nastoje da izađu na kraj sa razvojnim problemima. *Internalizovani poremećaji* označavaju poremećaje koji proističu, ili su karakterizovani preteranom kontrolom, inhibicijom impulsa i ponašanja, a uključuju anksiozne i depresivne forme poremećaja. *Eksternalizovani poremećaji* označavaju poremećaje zasnovane na slaboj kontroli ponašanja, gde DA ispoljavaju neposlušnost, nepri-

jateljstvo i otpor prema autoritetu, impulsivne i agresivne ispade i ponašanja. Grupacija eksternalizovanih poremećaja obuhvata poremećaj ponašanja, opozicionalni-negativistički poremećaj i poremećaj kontrole agresivnosti. Pored toga, a pre svega zbog velikog procenta komorbidnosti, ovoj grupaciji se pridodaje i poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću, iako taj poremećaj ima bitno drugačiju etiologiju i zahteva drugačiji tretman.

Eksternalizovani poremećaji su u fokusu programa tretmana odabranih za ovaj prikaz, zbog čega će upravo ti poremećaji biti kratko opisani. Svaki od ovih poremećaja je striktno definisan preko liste utvrđenih simptoma i drugih kriterijuma, tako da se dijagnoza može primeniti samo na slučajeve gde su ispunjeni kritični dijagnostički kriterijumi. Ovo je posebno značajno za utvrđivanje delotvornosti programa tretmana, budući da se kao jedan od uslova kvaliteta evaluacije uvek postavlja jasno definisanje populacije klijenata kojima je poseban program tretmana namenjen. Opis eksternalizovanih poremećaja će, u tekstu koji sledi, biti izložen prema DSM V, iz jednostavnog razloga što je većina, praktično svi osim jednog, programa tretmana ponikla i evaluirana u USA, odnosno, zasnovana je na kriterijumima koji su utvrđeni u DSM V.

Poremećaj ponašanja (PP)

PP je poseban poremećaj koji se razlikuje od povremenih ispada DA, ili situacija u kojima su prisutni određeni simptomi koji svojim brojem, učestalošću ili intenzitetom ispoljavanja ne ispunjavaju strogo utvrđene dijagnostičke kriterijume. PP se takođe, kao jasno utvrđena psihijatrijska kategorija, razlikuje od maloletničkog pre-stupništva kao pravne kategorije ili maloletničke delinkvencije koja je socijalno-pravna kategorija.

Glavna karakteristika poremećaja ponašanja (PP) je ustaljen obrazac ponašanja kojim se narušavaju prava drugih i krše osnovne, uzrastu primerene socijalne norme i pravila ponašanja. PP se u okviru DSM V definiše setom kriterijuma – simptoma, utvrđivanjem vremena nastanka, odnosno ispoljavanja poremećaja, utvrđivanjem ozbiljnosti poremećaja, kao i određenim specifikacijama u odnosu na unutrašnju strukturu prisutnih simptoma.

Postavljanje dijagnoze zahteva prisustvo tri ili više od petnaest dole navedenih simptoma u poslednjih 12 meseci, pri čemu najmanje

jedan kriterijum (simptom) mora da bude prisutan tokom poslednjih 6 meseci.

Dijagnostički kriterijumi za poremećaj ponašanja³

Dijagnostički kriterijumi za poremećaj ponašanja su svrstani u četiri grupe: (1) agresivnost prema ljudima i životinjama; (2) uništavanje imovine; (3) neiskrenost, prevare i krađe i (4) ozbiljno kršenje pravila i normi.

I Agresivnost prema ljudima i životinjama

1. često kinji, preti ili zastrašuje druge
2. često započinje i stupa u fizičke obračune
3. koristio-la je sredstva ili oružje kojim može naneti ozbiljne povrede drugima (palice, cigle, razbijene flaše, nož, vatreno oružje i sl.)
4. bio-la je fizički okrutan-a prema ljudima
5. bio-la je fizički okrutan-a prema životinjama
6. krao-la je od prisutnih žrtava (napad i pljačka, otimanje tašni, krađa novčanika, iznuđivanje, oružana pljačka...) i
7. prinuđivao-la je druge na seksualne aktivnosti

Ključna karakteristika ove grupacije simptoma poremećaja ponašanja je agresivnost prema ljudima i životinjama, akti agresivnosti u direktnom kontaktu sa drugom osobom ili žrtvom.

II Uništavanje imovine

8. namerno je podmetao-la požar u nameri da izazove ozbiljnu štetu
9. namerno je uništavao-la imovinu drugih, na bilo koji način, osim podmetanja požara

Ova ponašanja se ne odnose na onu vrstu vandalizma koji se može objasniti kao artefakt ponašanja motivisanog traganjem za uzbuđenjima, već pre obuhvata vandalizam kome je svrha namerno uništavanje imovine radi nanošenja štete drugima.

³ Izloženo prema DSM V – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

III Neiskrenost, prevare i krađe

10. provaljivao-la je u tuđi stan, zgradu ili kola
11. često se koristi lažima i prevarama radi ostvarivanja dobiti, privilegija ili izbegavanja obaveza i odgovornosti
12. krao-la je vredne stvari bez direktnog kontakta sa žrtvom (krađa iz samoposluga, radnji, javnih mesta ili dvorišta, ali bez provale)

Ova grupa ponašanja uključuje provalne krađe, laganje, falsifikovanje, izdvanje čekova bez pokrića, krađe bez kontakta sa žrtvom i sl. Takođe, kada su osobe sa PP suočene sa neadekvatnošću njihovog ponašanja, one pokazuju tendenciju da minimiziraju ozbiljnost problema, kao i tendenciju da prebace krivicu i odgovornost na okolnosti ili na druge, uključujući i žrtvu.

IV Ozbiljno kršenje pravila i normi

13. često ostaje noću napolju i pored zabrane od strane roditelja (sa početkom ispoljavanja takvog ponašanja pre 13. godine)
14. bežao-la je od kuće najmanje dva puta sa ostajanjem napolju preko noći, ili najmanje jednom ostajući van kuće u dužem periodu
15. bežao-la iz škole, sa početkom ispoljavanja problema pre 13. godine

Pravila i norme ponašanja u društvu, lokalnoj zajednici i porodici se ne smatraju važnim, ne prihvataju se ili se aktivno odbacuju i shodno tome redovno krše. Takav stav prema pravilima i normama obuhvata i odnos prema sebi, svojoj bezbednosti i trajnoj dobrobiti. Bežanje od kuće, izostajanje ili napuštanje škole, boravak izvan porodice i kuće preko noći, vikenda ili tokom nekog drugog vremena bez odobrenja roditelja, stavljaju ovu decu i adolescente na skalu visokog rizika koga često nisu svesni ili ga aktivno ignorišu.

Postoje još dva važna kriterijuma, od kojih se jedan odnosi na ozbiljnost uticaja koji PP ima na opšte funkcionisanje DA, a drugi apostrofira značaj razgraničavanja PP od antisocijalnog poremećaja ličnosti kod odraslih. Da bi se PP razlikovao od relativno prihvatljivih razvojnih problema u ponašanju dece i adolescenata, postavlja se uslov da utvrđeni simptomi, odnosno kriterijumi, uzeti zajedno, izazivaju značajan negativan uticaj na funkcionisanje deteta ili adolescenta (DA) u porodici, školi i društvenoj zajednici, odnosima

sa vršnjacima ili profesionalnom osposobljavanju i pripremi za rad. Dijagnoza PP se može postaviti i kod osoba starijih od 18 godina, ali samo pod uslovom kada nisu ispunjeni kriterijumi za dijagnozu antisocijalni poremećaj ličnosti. Istovremeno, dijagnoza antisocijalni poremećaj ličnosti se ne može postaviti za osobe mlađe od 18 godina, a sa etičkog stanovišta izrazi „antisocijalni“, „psihopatski“ ili „sociopatski“ poremećaj kod DA smatraju se neprihvatljivim (npr. primerena stigmatizacija koja može imati dugoročne negativne posledice).

Vreme pojave poremećaja

Razlikuju se dva tipa PP, zavisno od uzrasta na kom se poremećaj pojavljuje:

1. **Rani, dečji poremećaj ponašanja**, koji se pojavljuje tokom detinjstva, konkretnije, kada je utvrđeno da je najmanje jedan od gore nabrojanih 15 kriterijuma bio prisutan na uzrastu pre 10 godina. Rani PP se uzima kao predznak dočnijeg antisocijalnog ponašanja a povezuje se sa disfunkcionalnim i nestabilnim porodičnim ambijentom, problemima temperamenta i kognicije, i umerenim nivoom genetičke predispozicije.
2. **Pozni, adolescentski poremećaj ponašanja**, koji se prvi put javlja na adolescentskom uzrastu, odnosno kada ni jedan od 15 dijagnostičkih kriterijuma nije bio prisutan pre uzrasta od 10 godina. Adolescentski PP je značajno manje povezan sa negativnim porodičnim faktorima, problemima temperamenta i kognicije, dok je u najvećem broju slučajeva povezan sa negativnim socijalnim učenjem u grupi vršnjaka i problemima vezanim za nesklad između socijalnog i fizičkog razvoja adolescenata.

Značaj utvrđivanja vremena ispoljavanja PP se odnosi na istraživanjima utvrđenu prognostičku sliku, pri čemu je prognoza za adolescentski tip PP povoljnija nego što je to slučaj kod PP koji se pojavljuje na (ranom) dečjem uzrastu. Ispoljavanje PP na ranim dečjim uzrastima se povezuje sa većom verovatnoćom prenošenja tog poremećaja u adolescenciju i odraslo doba sa tendencijom transformacije PP u antisocijalni poremećaj ličnosti ili hronično delinkventno ili kriminalno ponašanje koje može trajati tokom celog životnog veka.

Ozbiljnost poremećaja ponašanja

Ozbiljnost, težina PP se procenjuje prema intenzitetu, stepenu negativnog uticaja koji PP može imati kako na DA, njihovo funkcionisanje i razvoj, tako i preko štetnosti koji PP može imati po druge ili po društvenu zajednicu. Razlikuju se tri nivoa ozbiljnosti PP: blag PP, umeren PP i ozbiljan, težak PP.

1. **Blag PP** označava PP kod koga postoji tek samo mali broj problema u ponašanju (simptoma) preko minimuma koji je neophodan za postavljanje dijagnoze. Takođe, pristupi problemi ponašanja (laganje, napuštanje škole, ostajanje napolu tokom noći bez dozvole roditelja...) nanose samo relativno malu štetu ili relativno lake povrede drugima;
2. **Umeren PP** označava poremećaj kod koga je broj i vrsta prisutnih problema u ponašanju (vandalizam, krađe bez kontakta sa žrtvom...), kao i intenzitet njihovog nepovoljnog uticaja po druge „umeren“, odnosno između „blagog“ i „značajnog“.
3. **Ozbiljan, težak PP** se karakteriše kumulacijom, prisustvom većeg broja problema u ponašanju, odnosno prisustvom značajno većeg broja kriterijuma nego što je neophodno za postavljanje dijagnoze PP. Takođe, prisutni problemi u ponašanju (prinuda na seks, fizička grubost i agresivnost, krađe uz direktan kontakt sa žrtvom, provalne krađe...) nanose značajnu štetu ili izazivaju ozbiljne povrede drugih.

PP sa emocionalnom neosetljivošću

DSM-5 uvodi nov specifikum kod PP, kako bi se istakle osobenosti one subgrupe DA sa PP koja, pored ostalih simptoma, ispoljava i specifične karakteristike emocionalne neosetljivosti. Emocionalna neosetljivost je operacionalizovana preko 4 grupe simptoma, a za utvrđivanje ovog dijagnostičkog specifikuma potrebno je da dva od ta četiri simptoma budu neprestano prisutna tokom 12 meseci i to u više socijalnih ambijenata i odnosa. Postavlja se takođe i zahtev da ti simptomi budu procenjeni putem više izvora informacija, uključujući metode samoizveštavanja i izveštaje o zapažanjima bliskih osoba koje su bile u situaciji da neposredno posmatraju DA.

Četiri grupe simptoma emocionalne neosetljivosti obuhvataju sledeće:

(1) Nedostatak osećanja krivice i kajanja. DA se ne oseća loše niti se oseća krivim kada učini nešto što je pogrešno ili nedozvoljeno. DA ispoljava generalni nedostatak brige o negativnim posledicama svojih akcija i ponašanja po druge, a žaljenje izražava (verbalizuje) samo kada je uhvaćeno na delu ili kada mu je zaprećeno kaznom.

(2) Ozbiljan nedostatak empatičnosti. DA se opisuje kao hladno i nebrižno, nezaniteresovano za druge, odnosno zanemaruje ili jednostavno ne uvažava osećanja drugih. DA po pravilu ne brine o posledicama svog ponašanja, a i kada je to slučaj onda izgleda da više, ili isključivo, brine o sebi, čak i u slučajevima kada njegovo ponašanje izaziva teže negativne posledice ili povrede drugih;

(3) Nebriga oko sopstvenog ponašanja i opšteg vladanja. DA ne pokazuje zabrinutost oko svog slabog, neadekvatnog ili problematičnog ponašanja, kao ni u vezi sa neuspehom u školi, radu ili drugim važnim aktivnostima. Shodno tome, DA se ne trudi da unapredi svoje ponašanje, uspeh ili ugled, čak i kada su očekivanja i zahtevi jasno definisani. DA, po pravilu, krivi druge ili okolnosti za svoje propuste, greške, neuspehe ili loše ponašanje, te shodno tome nastoji da menja (manipuliše) drugima umesto da menja i unapređuje sebe;

(4) Površne ili restriktivne emocije. DA, uopšteno govoreći, retko i na veoma restriktivan način izražava sopstvena osećanja, a još ređe i oskudnije ispoljava emocije prema drugima. U slučajevima kada izražava osećanja prema drugima ili u prisustvu drugih, onda to čini na površan, plitak i neiskren način radi manipulacije, izazivanja saosećanja i sažaljenja, pridobijanja poverenja i zaštite ili zastrašivanja drugih, radi ostvarivanja kakve dobiti po sebe.

Shodno istraživanjima i kliničkoj praksi, karakteristike emocionalne neosetljivosti su relativno stabilne, a DA pokazuju tendenciju da te karakteristike ispoljavaju od dečjeg doba preko adolescencije do odraslog doba. DA sa tipičnim karakteristikama emocionalne neosetljivosti u većoj meri ispoljavaju ozbiljne probleme u ponašanju, agresivnost i delinkventno ponašanje, nego druga DA sa poremećajima ponašanja, ali sa višim nivoom emocionalne osetljivosti. Takođe, DA sa karakteristikama emocionalne neosetljivosti, u većoj meri nego deca koja ne ispoljavaju te karakteristike, ispoljavaju snažniju glad za stimulusima, traganju za uzbuđenjima, potcenji-

vanju rizika, neustrašivosti, kao i manju povezanost sa anksioznošću, neuroticizmom i osetljivošću prema anticipiranom kažnjavanju. DA sa karakteristikama emocionalne neosetljivosti slabo reaguju na bihevioralni tretman kao i na tretman koji se oslanja na trening roditeljskih veština. Važno je, međutim, istaći da su gore navedene četiri karakteristike emocionalne neosetljivosti veoma široko rasprostranjene izvan područja PP, odnosno nisu isključiva karakteristika PP i drugih disruptivnih poremećaja.

Opoziciono-negativistički poremećaj (ONP)

Opoziciono-negativistički poremećaj (ONP), takođe, predstavlja posebnu formu eksternalizovanog poremećaja koji može biti dijagnostikovano nezavisno ili istovremeno sa poremećajem ponašanja.

Dijagnostički kriterijumi za opoziciono-negativistički poremećaj

ONP karakteriše ustaljen obrazac negativističkog, neprijateljskog i prkosnog ponašanja prema autoritetima, operacionalizovan preko osam simptoma, dijagnostičkih kriterijuma. Postavljanje dijagnoze zahteva prisustvo najmanje četiri ili više simptoma tokom perioda od najmanje 6 meseci. Simptomi:

1. često se razljuti i gubi kontrolu, plahovite je naravi
2. često se prepire sa odraslima
3. često prkosi, suprotstavlja se ili otvoreno odbija da se povinuje zahtevima ili pravilima odraslih
4. često namerno ometa ili uznemirava druge
5. često krivi druge za svoje propuste ili ponašanje
6. često ispoljava preosetljivost, lako se uznemiri ili ga razdraže postupci drugih
7. često je ljut ili ozlojeđen
8. često je pakostan ili osvetoljubiv

Postavljanje dijagnoze zahteva da prisutni simptomi ONP izazivaju klinički značajno pogoršanje ponašanja i uspeha u školi, ometaju učenje i profesionalno osposobljavanje i pripremu za rad i značajno narušavaju kvalitet interpersonalnih odnosa.

Ova dijagnoza može biti postavljena i kod osoba koje su starije od 18 godina pod uslovom da nisu ispunjeni kriterijumi za antisocijalni poremećaj ličnosti.

Tipovi opoziciono-negativističkog poremećaja

Oslanjajući se na trodimenzionalni model OPN, DSM-5 promovira tri posebna podtipa ONP i to: (1) *razdražljiv tip*, (2) *prkosan tip* i (3) *osvetoljubivi tip*. Iako ova tri podtipa ONP imaju dosta sličnosti i preklapanja, svaki od njih apostrofira viši stepen povezanosti sa drugim, prisutnim ili potencijalnim problemima ili poremećajima, što se smatra značajnim za razumevanje mogućeg kursa daljeg razvoja poremećaja, kao i za određivanje fokusa i vođenje programa intervencije. U najkraćem, tri podtipa ONP se određuju kao:

1. **Razdražljiv tip ONP** se karakteriše generalno labilnim raspoloženjem uz česti gubitke kontrole, izlive ljutnje i besa. Ovaj tip ONP se povezuje sa internalizovanim formama poremećaja, pre svega anksioznim poremećajima i poremećajima raspoloženja. DA sa razdražljivim tipom ONP u principu dobro reaguju na modele tretmana koji se baziraju na treningu roditelja, odnosno na unapređenju vaspitne kompetencije roditelja.
2. **Prkosan, negativistički tip ONP**, karakteriše se ispoljavanjem otvorenog prkosa i otpora prema autoritetima, odbijanjem naloga, zanemarivanjem pravila i kršenjem normi autoriteta u porodici, školi ili zajednici. Prkosan tip ONP se povezuje, ili ide ruku pod ruku, sa poremećajem pažnje i hiperaktivnošću.
3. **Osvetoljubiv tip ONP** se karakteriše ispoljavanjem ozlojeđenosti, zlobe i osvetoljubivosti prema drugima. Ovaj, tvrdoglavi i osvetoljubivi tip ONP, takođe se karakteriše emocionalnom neosetljivošću i nedostatkom empatije prema drugima, a uzima se kao rani nagoveštaj razvoja karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Utvrđeno je takođe da ovaj podtip ONP, slabo reaguje na uobičajene, standardne modele tretmana, čak i kada poremećaj

nije ozbiljnijeg intenziteta. Utvrđeno je takođe da DA sa osvetoljubivim ONP mogu da se menjaju i napreduju pod uticajem posebnih formi tretmana sa empirijski utvrđenom efikasnošću koje će docnije biti prikazani.

Važno je istaći da DSM-5, ponovo uvodi mogućnost da osoba sa ONP može u isto vreme biti dijagnostikovana i kao PP i obrnuto. Iako se ranije verovalo da ONP predstavlja lakši ili čak početni stadijum u razvoju PP, stalo se na stanovište da je veoma korisno zadržati obe dijagnoze naročito zbog nagoveštaja mogućeg razvoja internalizovanih formi poremećaja kod pojedinih podtipova ONP.

Najzad, postavljen je i zahtev da se u određivanju stepena ozbiljnosti poremećaja oslonac traži ne samo u uzrastu na kom se poremećaj javlja (mlađi/stariji od 5 godina), već isto tako u proceni širine ispoljavanja poremećaja, odnosno da li se poremećaj ispoljava samo u kući, školi ili šire. Taj zahtev je utemeljen na rezultatima istraživanja koja su pokazala da razuđenost i ukorenjenost simptoma više govori o težini poremećaja nego sam broj i učestalost simptoma.

Problemi koji obično prate poremećaj u ponašanju i opoziciono-negativistički poremećaj

Postoji više karakterističnih problema koji su vezani za poremećaj ponašanja i opoziciono-negativistički poremećaj. Sa kliničkog stanovišta najznačajniji su sledeći:

- Rana seksualna iskustva, seksualni odnosi bez odgovarajuće zaštite, rane trudnoće i izloženost seksualno prenosivim bolestima;
- Upotreba duvana, alkohola i droga uz eventualnu zloupotrebu supstanci;
- Niska tolerancija na frustracije, nemarnost, nedostatak brige za dobrobit i osećanja drugih;
- Iako izgledaju kao tvrdi, žestoki momci, često je prisutna bazična nesigurnost i nizak nivo samouvažavanja;
- Iako se radi o eksternalizovanom poremećaju, anksioznost i depresivnost se često pojavljuju, tako da se može razmotriti druga dijagnoza;

- Suicidalne ideje i pokušaji su značajno viši od proseka za generalnu populaciju adolescenata;
- Opšti intelektualni nivo može biti niži od proseka, posebno u sferi verbalnih sposobnosti, kao što je i uspeh u školi, naročito kod čitanja i pisanja; Visok nivo hiperaktivnosti, impulsivnosti i nepažnje su često prisutni, kao i poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću;
- Porodična situacija može predisponirati DA za poremećaj ponašanja, naročito odbacivanje i zanemarivanje od strane roditelja, nedoslednost u vaspitanju i primena oštrih i surovih mera disciplinovanja, fizičko ili seksualno zlostavljanje, nedostatak nadziranja, česte promene roditelja ili staratelja, mnogobrojne porodice i psihopatologija u porodici, posebno kriminalno ponašanje roditelja.

Poremećaj kontrole agresivnosti sa nepredvidivim eksplozivnim agresivnim ispadima

Poremećaj kontrole agresivnosti (*Intermittent explosive disorder*) se karakteriše ustaljenim, nekontrolisanim i nepredvidivim bihejvioralnim ispadima koji su rezultat nedostatka kontrole agresivnih impulsa. Ispadi se ispoljavaju (1) verbalnom ili fizičkom agresijom prema drugima, koja se u proseku pojavljuje najmanje dva puta nedeljno tokom poslednja tri meseca i (2) izlivima besa i agresivnosti, najmanje tri ispada tokom 12 meseci, koji izazivaju ozbiljnu štetu, uništavanje imovine i/ili uključuju fizički napad, što dovodi do povreda ljudi ili životinja. Ozbiljnost ispoljene fizičke agresije značajno prevazilazi proporciju povoda ili nivoa prethodnog psihološkog stresa. Važno je podvući da agresivni izlivi ili napadi nisu unapred planirani, niti su izvršeni radi ostvarivanja određenih ciljeva i dobiti. Izlivi besa i ispadi sa agresivnošću izazivaju značajne poremećaje međuljudskih odnosa, kompromitovanje statusa i funkcionisanja osobe ili izazivaju negativne finansijske ili zakonske posledice. Dijagnoza može biti postavljena samo kod osoba koje su stare najmanje šest godina ili funkcionišu na tom razvojnom nivou. Ne samo da se izlivi ne mogu unapred predvideti već i sami klijenti imaju osećanje da se to događa van moći njihove kontrole.

Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (PPH)

Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću ne spada u kategoriju eksterenalizovanih poremećaja, ali se po pravilu često javlja zajedno sa tim poremećajima, tako da se kod određenog broja programa tretmana ovi poremećaji tretiraju zajedno, bilo u okviru integralnog modela tretmana ili u formi multimodalnog programa.

Osnovne karakteristike PPH su ozbiljan poremećaj pažnje (smanjen opseg i/ili problemi održavanja pažnje), i/ili značajna hiperaktivnost i impulsivnost, ponekad nazvani i hiperkinetički sindrom. Poremećaj treba da traje najmanje šest meseci, da je počeo pre 12. godine života, da se ispoljava u najmanje dva životna ambijenta (porodica i škola), da značajno ometa funkcionisanje DA u porodici, školi, odnosima sa vršnjacima i društvu, kao i da negativno utiče na uspeh DA u učenju, profesionalnom osposobljavanju i radu.

Dijagnostički kriterijumi za poremećaj pažnje i hiperaktivnost

Za dijagnozu je potrebno da bude prisutno najmanje šest simptoma nepažnje ili/i šest simptoma hiperaktivnosti-impulsivnosti kod osoba mlađih od 17 godina, ili pet simptoma nepažnje i/ili pet simptoma hiperaktivnosti-impulsivnosti kod osoba starijih od 17 godina.

Simptomi nepažnje

- (1) često propušta da obrati pažnju na detalje ili pravi nemarne greške u domaćim zadacima, radu ili drugim aktivnostima;
- (2) često ispoljava teškoće održavanja pažnje na zadatku ili aktivnostima igre;
- (3) često ne sluša kada mu/joj se neko obraća ili govori sa njim/njom;
- (4) često propušta da prati instrukcije i dovrši domaće zadatke, zadatke na poslu ili kućne obaveze zbog nerazumevanja (neobraćanja pažnje na instrukcije);
- (5) često ispoljava teškoće organizovanja izvršenja zadataka ili aktivnosti;
- (6) često izbegava, izražava negodovanje ili otpor da preuzme zadatke koji zahtevaju održavanje mentalnog napora;

- (7) često gubi stvari koje su neophodne za izvršavanje zadataka ili atkivnosti (igračke, školske zadatke, olovke, knjige...)
- (8) spoljni stimuli mu/joj lako odvrte i poremete pažnju;
- (9) često je zaboravan/a u pogledu dnevnih aktivnosti.

Simptomi hiperaktivnosti-impulsivnosti

Simptomi hiperaktivnosti:

- (1) često se vrpolti na sedištu ili „mlatara” rukama ili nogama;
- (2) često napušta sedišta na času ili drugom mestu gde se očekuje mirno ostajanje na mestu
- (3) često trči ili se penetra u situacijama u kojima je to neprimereno;
- (4) često ispoljava teškoću da se mirno igra ili zabavlja;
- (5) često deluje kao da je u stalnom pokretu ili se ponaša kao da je na „mlazni pogon”;
- (6) često mnogo priča.

Simptomi impulsivnosti:

- (7) često izbacii odgovor i pre nego što je pitanje kompletno postavljeno;
- (8) često ispoljava problem da sačeka svoj red;
- (9) često prekida ili ometa druge (upada u konverzaciju ili igru).

Tipovi poremećaja pažnje i hiperaktivnosti

Shodno broju i intenzitetu prisutnih simptoma razlikuju se tri posebna tipa poremećaja pažnje i hiperaktivnosti:

1. **Predominantno nepažljiv tip**, DA ispunjavaju samo dijagnostičke kriterijume nepažnje;
2. **Predominantno hiperaktivan-impulsivan tip**, DA ispunjavaju samo kriterijume za hiperaktivnost-impulsivnost i
3. **Kombinovani tip**, DA istovremeno ispunjavaju kriterijume i za nepažnju i za hiperaktivnost-impulsivnost.

Karakteristike poremećaja pažnje i hiperaktivnosti

Prevalencija PPH se kreće oko 5% kod dece i oko 2,5% kod odraslih, pri čemu je odnos muških prema ženskim klijentima u korist muške populacije klijenata, kod dece 2:1, odnosno 1,6:1 kod odraslih.

Razvoj i prognoza. Većina dece sa PPH (oko 60%) nastavljaju da ispoljavaju simptome i u odraslom dobu, pri čemu negde oko 15% njih i dalje ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za PPH (Barkley, 2010). Simptomatska slika se, međutim, menja tokom životnog veka. Dok je u detinjstvu dominantan simptom hiperaktivnosti, u odraslom dobu primat preuzimaju problemi sa pažnjom, što se manifestuje kao problem koncentracije i uspostavljanja i održavanja rutina, ili obavljanja zadataka u skladu sa postavljenim rokovima.

Etiologija PPH se vezuju za neuro-biološke faktore, a dokazi genetičke predispozicije se oslanjaju na istraživanja koja potvrđuju visoku povezanost PPH među biološkim srođnicima, pri čemu je taj procenat veći sa povećanjem rodbinske bliskosti. Na osnovu zapažanja da deca sa PPH ispoljavaju teškoće u jednim, ali ne i u drugim situacijama, da se problemi više ispoljavaju u situacijama koje su jednolične, rutinske, visoko strukturirane i tamo gde potkrepljenja nisu dostupna ili su nedosledna, postavljena je i hipoteza o deinhibiciji ponašanja (Barkley, 2010). Prema toj hipotezi, glavna karakteristika PPH je nemogućnost usklađivanja nivoa aktivnosti sa (promenljivim) zahtevima situacije, što ima značajne reperkusije na program tretmana.

Karakteristični problemi koji prate PPH:

- Roditelji su prvi koji zapažaju TTH simptome kod dece na ranim uzrastima, ali se to po pravilu ne dijagnostikuje pre polaska deteta u školu;
- Poremećaj pokazuje stabilnost sve do rane adolescencije, ali može pokazati tendenciju ublažavanja tokom pozne adolescencije i naročito tokom odraslog doba, pri čemu glavni simptomi ostaju prisutni i tokom odraslog doba;

- Nizak nivo tolerancije na frustracije, temper tantrumi, tvrdoglavost, nestabilno raspoloženje, sukobi i odbacivanja od strane vršnjaka, nizak nivo samouvažavanja i značajni problemi sa uspehom i ponašanjem u školi;
- Porodične odnose karakteriše antagonizam, a naročito zbog toga što roditelji često smatraju da je ponašanje DA voljno i namerno;
- Deca sa TTH mogu imati i opoziciono-negativistički poremećaj ili poremećaj ponašanja, a prevalencija anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja, poremećaja učenja ili komunikacije je takođe viša nego kod druge dece.

Tretman

Tretman obično uključuje kombinaciju medikamentozne i bihevioralne intervencije. Methylphenidate (Ritalin) i drugi stimulansi CNS u oko 80% slučajeva imaju pozitivne efekte na simptome hiperaktivnosti, impulsivnosti i problema pažnje kod osoba sa PPH. Poboljšanja su, međutim, privremenog karaktera. Bihevioralne intervencije se koriste za tretman problema koji idu uz PPH kao što su problematični odnosi sa vršnjacima i roditeljima, problemi učenja i problemi neposlušnosti. Najbolji rezultati se postižu kombinovanim medikamentoznim i bihevioralnim tretmanom koji treba da bude fokusiran na dete, da obuhvati trening roditelja, kao i intervenciju u školi.

Razvojno-psihološki pogled na probleme i poremećaje ponašanja

Razvojno-psihološki pristup predstavlja nastojanje da se problemi i poremećaji ponašanja sagledaju u svetlu koncepata, principa i rezultata istraživanja normativnog razvoja dece i adolescenata. Proširivanje fokusa sa proučavanja nedostataka i poremećaja na sagledavanje razvojnih problema i poremećaja u perspektivi procesa normalnog razvoja i socijalizacije DA nudi kompleksniji pristup razumevanju korena, nastanka, procesa i putanja ukorenjivanja, komplikovanja i prevazilaženja razvojnih poremećaja. Takav pri-

stup, takođe, nudi razvojno primereniji način razmatranja potrebe za intervencijom, kao i sugestije u pogledu prirode, ciljeva, strategija i toka eventualne intervencije. Klasičan klinički pristup je fokusiran na identifikovanje simptoma i nedostataka, dijagnozu i tretman poremećaja koji je usmeren na ublažavanje i eliminaciju simptoma. Razvojno-psihološki pristup je fokusiran na procenu rizičnih i protektivnih faktora, identifikovanje potencijala i „snaga”, a tretman je usmeren na „osnaživanje”, podsticanje i unapređenje razvoja DA, kao i unapređenje uslova u kojima DA žive i razvijaju se. Razvojno-psihološki pristup se povezuje sa socio-ekološkom teorijom razvoja, teorijama socijalnog učenja, konceptima plastičnosti i psihološkog imuniteta (resilience) DA, istraživanjima rizičnih i protektivnih faktora, programima za unapređenje veština, socijalne kompetencije, vaspitne kompetencije roditelja i stvaranje uslova za „pozitivan razvoj mladih”.

Stapanjem kliničkog i razvojnog modela PP kod DA dobija se kompleksniji model razumevanja, procene i tretmana. Taj model uključuje: (a) *dimenziju modulacije, intenziteta, ozbiljosti*, koja zahvata pažljivu procenu usklađenosti specifičnog problema ponašanja sa parametrima normativnog razvoja u pogledu učestalosti, intenziteta, trajanja i dijapazona u različitim kontekstima i (b) *dimenziju komponenata*, profila ili unutrašnje strukture problema ili poremećaja, odnosno rasvetljavanje karakteristika koje čine esenciju konkretnog problema ponašanja, slično kako se to radi u okviru DSM. Novina se odnosi na uvođenje dimenzije modulacije koja se određuje kao stepen ili mera do koje je neko ponašanje modulirano ili očekivano u datom kontekstu (Briggs-Gowan, et. all., 2007). Indikatori za procenu modulacije uključuju: (1) *intenzitet*, stepen izraženosti date dimenzije ponašanja u odnosu na očekivani, razvojno primeren intenzitet za određeni razvojni stadijum; (2) *fleksibilnost*, stepen do kog je dato ponašanje automatizovano, rigidno, ukorenjeno ili fleksibilno, sa mogućnošću usklađivanja u različitim kontekstima; (3) *organizacija*, odnosno predvidivost toka, ritma i trajanja ponašanja na datom razvojnem stadijumu (ispoljavanja temper tantruma koja ne podrazumevaju potpunu disregulaciju deteta na predškolskom uzrastu se mogu prihvatiti kao razvojno prihvatljivi, dok se, na istom uzrastu, česti i destruktivni tantrumi smatraju predznakom razvoja niza kliničkih poremećaja). Dimenzija organizacije, takođe, procenjuje meru u kojoj je neko ponašanje primereno kontekstu, odnosno da li je ispoljavanje takvog ponašanja (agresivnost) inače očekivano u datim okolnostima (npr. agresivnost u dečjoj igri sa direktnim fizičkim kontaktom) (Wakschlag & Danis, 2009).

Model 4 faktora

Razvojno-psihološka konceptualizacija poremećaja ponašanja artikulirana je preko tzv. modela 4 faktora, koji obuhvata sledeće četiri dimenzije ponašanja: (1) agresivnost, odnosno modulaciju agresivnosti (2) neposlušnost, odnosno balansiranje autonomije i poslušnosti (3) impulsivnost, emocionalnu regulaciju kao preduslov regulacije ponašanja i (4) nedostatak brige za druge, odnosno razvoj empatičnosti i savesnosti.

Dimenzija agresivnosti procenjuje tendenciju agresivnog reagovanja u različitim kontekstima, duž kontinuuma od očekivane, razvojno primerene, reaktivne i samozaštitne forme agresivnosti, pa sve do ozbiljne, destruktivne agresivnosti. Jedan od ključnih koncepata i fokusa procene se odnosi na kognitivističku tezu o pristrasnoj atribuciji neprijateljskih namera (*the hostile attribution bias*), odnosno tendenciju da se, u neutralnim ili nejasnim situacijama, neprijateljska namera pripisuje drugima, što se onda uzima kao opravdan razlog za reaktivnu, odbrambenu agresivnost. Istraživanja (Dodge 2006) sugerišu da je problem u „čitanju” odnosno neadekvatnom tumačenju interpersonalnih situacija, što potencira verovatnoću neprijateljskog ili agresivnog reagovanja. Shodno tome, razvijen je niz programa kontrole agresivnosti preko unapređenja sposobnosti razumevanja i razrešavanja interpersonalnih situacija.

Dimenzija neposlušnost obuhvata otpor ili odbijanje DA da se povinuju, slede uputstva, ispunjavaju naloge, poštuju pravila ili socijalne norme. Podvlači se da neposlušnost, koja se proteže duž kontinuma od razvojno-očekivanog otpora, preko kritičkog preispitivanja zahteva, pa sve do ukorenjenog ignorisanja i kršenja pravila, ima svoju razvojnu opravdanost i funkcionalnost. Učenje da se kaže „ne” predstavlja značajan razvojni zadatak koji dalje preko učenja razjašnjavanja i utvrđivanja pravila postepeno vodi ka razvoju asertivnosti i autonomiji ličnosti. Shodno tome utvrđena su dva pojma „asertivna neposlušnost” i „zdrav/realističan negativizam” kojima se izvesne forme neposlušnosti „normalizuju” kao kontrast „slepoj” nekritičnoj poslušnosti koja takođe može biti razvojno nefunkcionalna. Neurokognitivno tumačenje neposlušnosti (Nigg & Casez, 2005) ističe propust da se inhibira ponašanje u prisustvu jasnih predznaka negativnih ishoda – „kazne”, zbog zaslepljenosti anticipiranom, željenom neposrednom nagradom. Ra-

zličite forme asertivnog treninga mogu pomoći deci da izraze svoje pravo na izbor i izbore svoj put ka autonomnosti, bez kršenja prava drugih.

Dimenzija gubitak kontrole obuhvata probleme sa kontrolom ljutnje i besa i otvoreno izražavanje agresije, počevši od blagog izražavanja frustriranosti do ekstremnih formi gubitka kontrole i nekontrolisanih izliva impulsivnosti. Kontrola impulsa i agresivnosti je ukorenjena u razvoju veština emocionalno zasnovane regulacije ponašanja. Emocionalna diferencijacija i emocionalna regulacija predstavljaju dva povezana razvojna procesa. Laki, povremeni i kratkotrajni temper tantrumi ili gubici kontrole su razvojno prihvatljiv način postepenog uspostavljanja kontrole, tolerancije na frustracije i usklađivanja ponašanja realnim uslovima i zahtevima. Sa kliničkog stanovišta, takva ponašanja dobijaju na značaju tek kada uključuju česte i produžene izlive besa i destruktivne gubitke kontrole. Niz programa koji će docnije biti opisani su fokusirani ili sadrže komponentu kontrole ljutnje i agresivnosti, odnosno unapređenje emocionalno zasnovane kontrole ponašanja.

Dimenzija nedostatak brige i pažnje prema drugima obuhvata nezainteresovanost i aktivno zanemarivanje drugih, uključujući nedostatak osećanja krivice i nedostatak brige za potrebe i osećanja drugih. Interes i briga za druge reflektuje niz varijacija u odgovoru na osećanja drugih, uključujući modifikovanje ponašanja bazirano na negativnim reakcijama drugih, izražavanje žaljenja i suačešća posle izliva ljutnje i besa prema drugima, kao i osetljivost na osećanja drugih. Za razliku od psihijatrijskih i kriminoloških studija u razvojno-psihološkim studijama nedostatak brige za druge je studiran u kontekstu razvoja prosocijalnog ponašanja, kao što su socijalni interes, interes i pažnja prema drugima, empatičnost, razvoj savesnosti i rane moralno-emocionalne (nelagodnost nakon neadekvatnog/lošeg ponašanja) senzitivnosti (Frick et al. 2003). Kliničke manifestacije uključuju neosetljivost prema nezadovoljstvu, neodobravanju drugih (roditelja), indiferentnost za posledice i kazne, pa sve do zadovoljstva rastuživanjem ili kinjenjem drugih. Neurokognitivna hipoteza se zasniva na konceptu niza nedostataka u zapažanju, tumačenju i reagovanju na izražavanje straha kod drugih. Smatra se da zapažanje straha, patnje kod drugih, dovodi do inhibicije agresivnosti i aktiviranja empatije (Blair, 2005). Niz programa kontrole agresivnosti uključuje komponentu unapređenja socijalnog interesa, empatičnosti i senzitivnosti za prava i dobrobit drugih.

Klinički domeni i kontekst poremećaja ponašanja

Podvučeno je već da je glavna karakteristika PP ustaljen obrazac ponašanja kojim se krše prava i uzrastu primerene socijalne norme i pravila. Izolovani akti fizičke agresije, uništavanje imovine, krađe, podmetanja požara i sl, mogu se uzeti kao upozorenje na mogući poremećaj, ali tek ustaljen i povezan obrazac ponašanja (simptoma) čine bazu za postavljanje dijagnoze. U psihijatrijskoj literaturi, taj generalni obrazac ponašanja, koji obuhvata široku lepezu „problematičnog ponašanja”, ali ne dostiže kritične kriterijume za dijagnozu PP, naziva se *obrazac antisocijalnog ponašanja*. Ovaj izraz odgovara opisu slučajeva koji su predmet indikovanih programa prevencije, a obuhvata tipične simptome PP, ali i ponašanja i probleme koji obično idu uz PP. Taj izraz je često korišćen i kod programa tretmana koji će docnije biti izloženi da bi se opisala grupacija DA, koja se nalazi na pragu ispunjavanja kriterijuma za poremećaj ponašanja, ali se ne uzima i kao predznak antisocijalnog poremećaja ličnosti, koji se ionako ne može dijagnostikovati kod DA.

Klinička slika PP obuhvata širok dijapazon domena (grupacija faktora) koji, shodno nalazima studija rizičnih i protektivnih faktora, uključuje DA, roditelje i porodicu, školu i školovanje, odnose sa vršnjacima i višeslojan splet sredinskih uslova. Mnogi aspekti tih domena ne čine sastavni deo simptomatske slike, nisu zahvaćeni procesom dijagnosticanja, ne vide se jasno iz postavljene dijagnoze i nisu uvek uključeni u proces planiranja, postavljanja, vođenja i evaluacije programa tretmana. Različiti programi tretmana stavljaju u fokus jedan ili više rizičnih i protektivnih faktora, a neki od njih imaju ambiciju da slede Bonefrenbrenerovu mapu socijalno-ekoloških „sistema”, razvijajući višeslojnu seriju intervencija kao što je to slučaj kod multisistemske terapije ili programa pozitivnog roditeljstva.

Kliničke karakteristike DA sa PP

DA sa PP obično ispunjavaju kriterijume i za jedan ili više srodnih poremećaja. Kliničke statistike govore da oko 84–96% DA koja imaju dijagnozu PP ujedno ispunjavaju i kriterijume za opoziciono-negativistički poremećaj, kao i da 45–70% dece sa PP ujedno ispunjavaju i kriterijume za poremećaj pažnje i hiperaktivnosti. Najzad, iako izgleda paradoksalno, neka deca sa ovim (eksternalizovanim)

poremećajima mogu ispoljavati simptome nekih internalizovanih poremećaja, kao što su anksioznost ili depresija. Pored toga DA sa PP se suočavaju i sa nizom drugih problema koji mogu imati značajnog uticaja na postavljanje i vođenje programa intervencije ili tretmana. Nešto više svetla o karakteristikama DA sa PP unosi razvojno-psihološki model, a svaki od programa koji će biti prikazan apostrofira specifične dimenzije i domene tog kompleksnijeg pristupa tumačenju PP. Jedan broj programa tretmana se upravo fokusira na osnaživanje dece, unapređenje emocionalne, kognitivne i regulacije ponašanja dece, dok drugi nastoje da promene ostvare sinhronom primenom programa za decu i za roditelje.

Problemi sa školovanjem, pohađanje škole, motivacija za učenje i uspeh u učenju, ponašanje u školi, naročito odnos prema nastavnicima i vršnjacima, mogu voditi čestom izostajanju iz škole i privremenom ili trajnom napuštanju škole. Sve to značajno kompromituje osposobljavanje za rad, zaposlenje i sposobnost osobe da obezbedi pristojan život sebi i članovima svoje porodice. Nizak nivo obrazovne i profesionalne kompetencije trajno podriva ukupnu socijalnu kompetenciju DA i povratno aktivno deluje kao faktor komplikovanja simptomatske slike i stabilizacije poremećaja. U programima koji će biti prikazani škola se uzima kao važna komponenta, ali retko i glavni fokus tretmana.

Vršnjački odnosi DA sa PP, takođe su opterećeni tipičnim problemima, nesporazumima i konfliktima. Prosocijalni vršnjaci često izbegavaju ili aktivno odbacuju DA sa PP, zbog čega se oni priklanjaju vršnjacima sa sličnim problemima ponašanja ili antisocijalnim odraslima. Takav razvoj sužava repertoar socijalnih interakcija i iskustava, pogodujući razvoju siromašnog repertoara socijalnih veština, što DA sa PP dodatno čini inferiornim i udaljava od prosocijalnih vršnjaka i aktivnosti. Mnogi programi nastoje da zahvate populaciju dece kod koje je uticaj vršnjaka još uvek slabiji u odnosu na uticaj porodice i roditelja. U isto vreme, povezanost sa prosocijalnim vršnjacima i uključenost u konstruktivne, razvojno primerene aktivnosti sa vršnjacima ima ulogu snažnog protektivnog faktora, odnosno agensa socijalizacije, zbog čega se neki programi usmeravaju ili uključuju podsticanje povezivanja sa prosocijalnim vršnjacima.

Kliničke karakteristike roditelja i porodice. Porodična konstelacija i dinamika, kao i vaspitni stilovi roditelja su sa razlogom omiljena tema istraživanja maloletničke delinkvencije i dece sa PP.