

Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i problema u ponašanju

Petrović, Ana Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:625675>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Ana Marija Petrović

**Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i problema u
ponašanju**

ZAVRŠNI RAD

Mentor: Doc. dr. sc. Ana Tokić Milaković

Zagreb, 2020.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Psihološka trauma	2
2.1. Reakcije na traumu	2
2.1.1. Posttraumatski stresni poremećaj	3
2.2. Karakteristike dječje traume	4
2.3. Uloga razvojne traume u životu djeteta	5
3. Problemi u ponašanju	6
3.1. Prepoznavanje problema u ponašanju	7
3.2. Rizični čimbenici za pojavu problema u ponašanju	8
4. Povezanost traumatskog iskustva i problema u ponašanju	10
4.1. Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i agresivnog ponašanja	11
4.2. Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i delinkventnog ponašanja	13
4.3. Trauma i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem	14
4.4. Trauma i depresivnost	15
4.5. Trauma i socijalno povlačenje	17
4.6. Trauma i suicidalnost	19
5. Tretmani u području dječje traume i problema u ponašanju	20
6. Zaključak	21
7. Literatura	22

Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i problema u ponašanju

Sažetak:

Mnogi autori se slažu da postoji povezanost između proživljene traume u djetinjstvu i razvoja različitih oblika problematičnog ponašanja (Lebedina – Manzoni, 2007.). Hoće li dijete nakon proživljenog traumatskog iskustva imati posljedice na razini cjelokupnog ponašanja ili formiranja problematičnog ponašanja ovisi o karakteristikama samoga djeteta, odnosno načinu na koji se dijete nosi s traumom, podršci iz okoline, ali i vrsti, intenzitetu i trajanju traume. Cilj ovoga rada je prikazati povezanost traumatskog iskustva u djetinjstvu s određenim oblicima eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju. Prethodno je važno dobiti uvid u specifičnosti dječje traume i način na koji djeca reagiraju na traumatsko iskustvo te važnost čimbenika rizika za razvoj problema u ponašanju.

Ključne riječi: trauma u djetinjstvu, problemi u ponašanju, eksternalizirani problemi u ponašanju, internalizirani problemi u ponašanju, čimbenici rizika

The link between childhood trauma and behavioural problems

Summary:

Many authors agree that there is a link between the trauma experienced in childhood and development of various forms of problem behaviour. Whether traumatic experience will impact the child's behaviour in general or the development of a specific problem behaviour, depends on the child's individual characteristics, the way in which child responds to trauma, support from the environment, but also on the type, intensity, and duration of trauma. The aim of this paper is to present the relation between traumatic experience in childhood with some forms of externalized and internalized behavioural problems. Before that, it is important to gain insight into the specifics of child trauma and the way children react to the traumatic experience, as well as the importance of risk factors for the development of behavioural problems.

Key words: childhood trauma, problem behaviour, externalizing problem behaviour, internalizing problem behaviour, risk factors

Izjava o autorstvu rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad: *Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i problema u ponašanju* i da sam njegova autorica.

Svi djelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ana Marija Petrović

Datum: 1.7.2020

1.Uvod

Značaj proživljene traume u djetinjstvu je mnogo veći nego što se često percipira. Izlaganje raznim traumatskim događajima je vrlo često, a više od dvije trećine djece doživi najmanje jedan životno ugrožavajući traumatski događaj do 16. godine života (Coperland i sur., 2007., prema Scheering, 2019.). Međutim, 70% osoba nakon traumatskog iskustva nema trajnih posljedica, a preostalih 30% su u velikom riziku za razvijanje poteškoća povezanih s traumom (Scheering, 2019.). Psihološka trauma djece nastaje tijekom traumatskih događaja koji, zbog svoje opasnosti prema životu i zdravlju djeteta ili djetetu bliske osobe, mogu izazvati promjene koje vode problematičnom ponašanju, posebno kada se radi o traumatskim događajima neuobičajene prirode i iznenadnog pojavljivanja (Begovac i Begovac, 2011.). Iako mnoge studije i istraživanja potvrđuju povezanost između proživljene traume u djetinjstvu te kasnijeg razvoja problematičnog ponašanja, još uvijek nije točno utvrđeno koja vrsta traume utječe na pojavu određenog oblika problema u ponašanju (Ireland i Widom, 1994., prema Grella, Stein i Greenwell, 2005.). Djeca koja su proživjela traumu često iskazuju razne oblike problema u ponašanju koji su u velikom broju slučajeva povezani s emocionalnim poteškoćama (Cohen, Berliner i Mannarino, 2010.). Međutim, sam doživljaj traume i procesuiranje traumatskog događaja i odgovor na isti, ovisi o specifičnosti djeteta i njegovim razvojnim potrebama (Hrabar, 2016.). Jednako tako, Lebedina Manzoni (2007.) naglašava kako prilikom iskazivanja eksternaliziranih ili internaliziranih problema u ponašanju kao odgovor djeteta na događaje u okolini, osim uzroka takvog ponašanja treba uzeti u obzir i specifičnosti samog djeteta da bi se zaista razumjelo djetetovo ponašanje. Cilj ovog rada je pružiti pregled literature o povezanosti traume proživljene u djetinjstvu te pojave eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju. Stoga će se u prvom dijelu osvrnuti na karakteristike dječje traume, reakcije djeteta na traumu te specifične simptome nakon proživljene traume. Zatim se definira problematično ponašanje, a posebna se pažnja stavlja na rizične čimbenike koji doprinose razvoju problematičnog ponašanja. Nakon toga slijedi pregled znanstvenih studija koje su

ispitale povezanost između dječje traume i određenih najzastupljenijih eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju.

2.Psihološka trauma

Američka psihološka udruga (APA, 2013., prema Ivanišević, 2019.) definira traumu kao emocionalni odgovor osobe na izrazito negativne događaje. Trauma se smatra normalnom reakcijom na uznemirujući i stresan događaj, no njezini učinci mogu uvelike ometati normalan život čovjeka. Nadalje, Herman (1997.) navodi kako se traumatskim događajem smatraju oni događaji koji narušavaju osjećaj kontrole nad vlastitim životom te osjećaj pripadnosti i povezanosti s ostalim osobama iz okruženja (Profaca i Arambašić 2009.). Arambašić (1996.) traumatski događaj definira kao događaj izvan granica ljudskog iskustva koji je vrlo neugodan svim ljudima. To su događaji koji uključuju: borbu, mučenje, nasilje, prirodne katastrofe, teške prometne nesreće i sl. (Čorkalo Biruški, 2009.). Traumatskim događajima smatraju se i za život opasne situacije, odnosno one u kojima su ljudi izloženi smrti, težim tjelesnim povredama i u kojima se javlja osjećaj životne ugroženosti, straha i bespomoćnosti (Kurtović, 2007.). Ono što je zajedničko svim traumatskim događajima je njihovo neočekivano pojavljivanje i izazivanje intenzivnog straha i osjećaja bespomoćnosti (Čorkalo Biruški, 2009.). To znači da se taj događaj ne mora nužno dogoditi samoj osobi da bi se izazvala traumatska reakcija, već je ponekad dovoljno svjedočenje takvom događaju ili samo saznanje da se tako nešto dogodilo bliskoj osobi (Čorkalo Biruški, 2009.).

2.1.Reakcije na traumu

Reakcije na traumatski događaj mogu se pojaviti tijekom te neposredno nakon događaja ili nekoliko dana, mjeseci i godina poslije (Čorkalo Biruški, 2009.). Ponekad vrlo bliske osobe ne mogu primijetiti traumatske posljedice kod žrtve , upravo zato što pojedinci različito reagiraju na traumatski događaj (Van der Kolk, 2003.). Reakcije na ovaj događaj mogu se pojaviti na nekoliko razina, odnosno na emocionalnoj, tjelesnoj, ponašajnoj, kognitivnoj i misaonoj razini (Čorkalo Biruški, 2009.). Trauma se najčešće manifestira na emocionalnoj razini, pojavom

anksioznosti, ljutnje, tuge i straha (Van der Kolk, 2003.). Manifestacija traume u tjelesnim simptomima odnosi se na bolove u trbuhu, glavobolju, gubitak apetita i sl., a na ponašajnoj razini očituje se u smanjenju koncentracije, iritabilnosti, agresivnosti i socijalnom povlačenju. Manifestacija traume na kognitivnoj i misaonoj razini se najčešće očituje sjećanjima na događaj koja mogu izazvati različite reakcije od osobe do osobe (Čorkalo Biruški, 2009.). Ista autorica navodi da su sve reakcije zapravo normalne reakcije na traumatski događaj te o svakoj osobi ovisi koliko će ta reakcija trajati (od nekoliko mjeseci do godina). No kada te reakcije prijeđu određenu subjektivnu granicu podnošljivosti tada govorimo o patološkom obliku reakcije, odnosno posttraumatskom stresnom poremećaju (Čorkalo Biruški, 2009.).

2.1.1. *Posttraumatski stresni poremećaj*

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihijatrijski poremećaj koji se može pojaviti nakon izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim događajima. Razni traumatski događaji ili stresori mogu izazvati njegovu pojavu. PTSP može predstavljati i odgođeni ili produženi odgovor na traumatski događaj koji može izazvati uznemirenost kod gotovo svake osobe (Kozarić Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007.). U osoba koje pate od PTSP-a javljaju se tri vrste simptoma (Čorkalo Biruški, 2009.). Prva skupina simptoma odnosi se na **pojačanu pobuđenost** koja slijedi nakon traumatskog iskustva, a manifestira se kao razdražljivost, izljev bijesa, problemi sa spavanjem i sl. Naime, prvo se javlja subjektivna anksioznost koja se promjenom okolnosti i protokom vremena od traumatskog događaja smanjuje, no ostaje fiziološka pobuđenost koja otežava pojedincima prilagodbu na siguran život (Lacković – Grgin, 2000.). Druga skupina se odnosi na simptome **ponovnog proživljavanja**, odnosno upornog i nametljivog prisjećanja na traumatske događaje (Čorkalo Biruški, 2009.). Takvi simptomi mogu biti prisutni kod mnogih traumatiziranih osoba dugo vremena nakon samog događaja. U tom slučaju traumatski događaji se pojavljuju u neformalnoj formi, kao bljeskovi tijekom noćnih mora ili u stanju budnosti, a mogu ih izazvati mali, neznačajni poticaji koju osobu vraćaju na ranije doživljeno i pobuđuju snažne emocije vezane uz traumu. U takvim trenucima osobe svoju sigurnu okolinu doživljavaju kao opasnu i neprijateljsku (Lacković – Grgin, 2000.). Treća skupina odnosi se na simptome

izbjegavanja (Čorkalo Biruški, 2009.), nastoje se izbjeći određene aktivnosti, situacije i znakovi koji ih mogu podsjetiti na događaj kako ne bi izazvali uznemirujuće osjećaje (Kozarić Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007.). Također, osobe često zaobilaze mjesta koja ih podsjećaju na traumatski događaj, a javlja se i osjećaj ravnodušnosti prema svijetu oko sebe i međuljudskim odnosima (Lacković – Grgin, 2000.).

2.2. Karakteristike dječje traume

Slično kao i odrasli prema Pynoos i Nader (1993.) traumatizirana djeca reagiraju na traumatsko iskustvo znakovima ponovnog proživljavanja, emocionalnog izbjegavanja i pobuđenosti (Profaca, 2016.). Ponovno proživljavanje traume upućuje na znakove da su takva iskustva aktivno prisutna u mentalnom životu djeteta, a ono se odražava u traumatskoj igri te određenim obrascima ponašanja, nametajućim slikama, mirisima, snovima i psihološkim reagiranjem na podsjetnike izvora traume (Profaca i Arambašić, 2009.). Kako bi uspješno kontrolirali negativne osjećaje vezane za traumu, djeca nastoje ograničiti i regulirati ono što osjećaju -ovdje govorimo o znakovima emocionalnog izbjegavanja. U skladu s time nastoje izbjegavati određene misli, mjesta koja ih podsjećaju na proživljeni događaj kao i određene ljude, pojave, ponašanja. Također, karakterističnim znakovima pobuđenosti navode se razdražljivost, ljutnja i teškoće spavanja (Profaca i Arambašić, 2009.).

Međutim, ipak se mlađoj djeci s iskustvom traume mora pridati posebna pažnja pri izražavanju traumatskih reakcija, odnosno simptoma PTSP-a (Scheering, 2019.). Prilikom procjene dječjeg funkcioniranja nakon proživljene traume treba imati na umu da se klinička slika malog djeteta uvelike razlikuje od kliničke slike odraslih te će djeca svoju tugu ili razvijenu depresiju različito manifestirati od odraslih (Hrabar, 2016.). Stoga, kako bi se poboljšalo prepoznavanje traume i PTSP-a kod djece, potrebno je istaknuti neke specifičnosti na koje se stručnjaci trebaju usredotočiti s obzirom na razlike u kognitivnim, emocionalnim, jezičnim i ponašajnim kapacitetima. Primjerice, dijete neće uvijek pokazati uznemirenost na traumatski događaj. Naime, ako je učestalo svjedočilo nasilju u obitelji, razgovor o tome za njega ne mora nužno biti uznemirujuć, no to ne znači da obiteljsko nasilje ne

predstavlja traumu za dijete. Iz tog razloga potrebno je obratiti pozornost na djetetov opis događaja te emocije i ponašanje koje veže uz traumatski događaj (Scheering, 2019.). Hrabar (2016.) navodi kako je prilikom procjene traumatiziranosti djeteta nužno obratiti pozornost na način igre i djetetov odnos prema stvarima. Također, nezanimljivost je manjak interesa za sudjelovanje u različitim aktivnostima kao što su igra i svakodnevna rutina te djetetovo socijalno povlačenje i ekstremni ispadi bijesa (Scheering, 2019.).

2.3. Uloga razvojne traume u životu djeteta

Arambašić i Profaca (2009.) navode da su **razvojne traume** one traume koje su doživljene u djetinjstvu u interakciji s bliskim i važnim osobama tijekom odrastanja. Razvojne traume imaju veliku snagu koja nastaje radi ponavljanog iskustva traume i nagomilavanja istog, što pridonosi formaciji psihološkog oštećenja. Također, što se traumatska iskustva ranije jave, to će posljedice za dijete biti značajnije (Horvatinović, 2018.). Najučestaliji oblik traumatizacije u djetinjstvu je **zlostavljanje** (bez obzira o kojem se obliku zlostavljanja radi) i **zanemarivanje** (Profaca, 2016.). Hrabar (2016.) navodi kako traumatski događaj i odgovor na njega ovisi o vrsti traume, intenzitetu, dugoročnosti i ponavljanju traumatskog iskustva, no naglašava kako značajnu ulogu ima razvojna faza djeteta. Shodno tome, ovisno o razvojnoj fazi djeteta, različiti događaji imaju različito značenje te se na različit način odražavaju na funkcioniranje djeteta. Primjerice, separacija od majke za dijete u najranijoj dobi predstavlja značajno ugrožavajuću situaciju za razliku od djeteta školske dobi, koji ima razvijene druge socijalne odnose te bi separacija od vršnjaka i okoline za njega predstavljala izrazito stresogenu situaciju. Također, školski period bitno utječe na razvoj mentalnog zdravlja djeteta; osim stjecanja znanja dijete sudjeluje u mnogim procesima u kojima formira svoju ulogu u društvu. Tako razvija samopouzdanje, uči socijalno prihvaćati i brojna društvena ograničenja te stječe socijalne vještine i stvara socijalne odnose, a ti procesi za dijete mogu biti podržavajući ili traumatizirajući (Hrabar, 2016.).

3. Problemi u ponašanju

Danas postoje mnoge znanosti i discipline koje se bave područjem problema u ponašanju (psihologija, pedagogija, socijalna pedagogija i sl.) stoga i više definicija ovoga pojma, međutim još uvijek ne postoji jedna općeprihvaćena definicija. Jedna od najprihvaćenijih definicija problema u ponašanju je ono ponašanje koje se značajno razlikuje od svakodnevnog ponašanja mladih i koje je opasno za osobu koja iskazuje takav oblik ponašanja, ali i njezinu okolinu te zahtjeva stručnu pomoć radi uspješne socijalizacije (Uzelac, 1995., prema Klarin, Miletić i Šašić, 2018.). Također, postoje i mnoge klasifikacije problema u ponašanju, no jedna od najčešće korištenih je podjela na eksternalizirane i internalizirane probleme. **Eksternalizirani** problemi u ponašanju za razliku od internaliziranih problema u ponašanju su vrlo prepoznati u društvu. Oni su definirani oblikom, vrstom i učestalošću. Najčešćim se smatraju delinkventno ponašanje i agresivnost, no u eksternalizirane poremećaje ubrajaju se i ADHD, impulzivnost, poremećaj ophođenja i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem (Lebedina Manzoni, 2007.). To su ona ponašanja koja su usmjerena prema vanjskom svijetu (prema svijetu oko sebe, okolini), a ono što je karakteristično za njih je manjak kontrole nad vlastitim ponašanjem (Mihčić i Bašić 2008.). Markiranje, krađa, ubojstvo, pljačke, kriminal, seksualno maltretiranje, tučnjave, svađe, laganje i kršenje pravila još su neki oblici koji se svrstavaju u eksternalizirane poremećaje ponašanja (Žižak, Koller-Trbović i Jeđud, 2004.). Djeca izložena traumatičnim događajima koji uzrokuju stres, osjećaje nelagode i ugroženosti uz psihološke probleme često iskazuju i značajne eksternalizirane probleme u ponašanju poput : agresije, destruktivnog, delinkventnog ili neprikladnog seksualnog ponašanja (Cohen, Berliner i Mannarino, 2010.). Suprotno prethodno navedenih eksternaliziranih problema u ponašanju, **internalizirani** problemu u ponašanju su teže prepoznati u društvu. Takva ponašanja odnose se na pretjerano kontrolirana i prema sebi usmjerena ponašanja kao što su depresivnost, anksioznost, plašljivost, povučенost, suicidalnost i drugi (Maglica i Džanko, 2016.). Manzoni Lebedina (2007.) u pretjerano kontrolirane poremećaje ponašanja svrstava i socijalnu povučенost, strahove u djetinjstvu te depresiju u djetinjstvu i adolescenciji . Ista autorica navodi kako su strahovi u djetinjstvu, depresija i socijalno povlačenje

najčešći oblici internaliziranih problema u ponašanju. Slično tome, Novak i Bašić (2008.) među tri najčešća oblika internaliziranih problema navode anksioznost, depresivnost i suicidalnost.

3.1. Prepoznavanje problema u ponašanju

Djeca većinom nisu svjesna psihičkih poteškoća povezanih s njihovim ponašanjem, odnosno odstupanja vlastitog ponašanja od onoga što se smatra „normalnim“. Iz tog razloga većinom druge osobe uočavaju probleme u ponašanju (Lebedina Manzoni, 2007.). Problemi u ponašanju kod djece znaju biti vrlo specifični, odnosno ponekad vrijede samo za određeni kontekst ili situaciju. Tako na primjer djeca mogu biti agresivna kod kuće, ali ne i u školi (Lebedina Manzoni, 2007.). Iz tog razloga, ista autorica navodi Campbellove (1990., prema Lebedina Manzoni, 2007.) kriterije za ustanovljavanje značajnog problematičnog ponašanja:

- 1.) Prisutna konstelacija simptoma problema u ponašanju
- 2.) Simptomi se stabiliziraju unatoč promjenama i kratkotrajnoj prilagodbi
- 3.) Simptomi se proširuju i opstaju i u kontaktima s osobama izvan obitelji
- 4.) Skup simptoma je ozbiljan, težak
- 5.) Simptomi utječu na djetetove sposobnosti da prevladaju razvojne izazove te se reflektiraju kao poteškoće u funkcioniranju

O'Reagan (2008.) navodi karakteristike cjelokupnog ponašanja školske djece s problematičnim ponašanjem:

- 1.) Zahtjevni
- 2.) Destuktivni
- 3.) Fizički i verbalno agresivni
- 4.) Pomanjkanje samokontole
- 5.) Problemi s autoritetom
- 6.) Svadljivi, nemoralni, odvlače pozornost
- 7.) Krađa, laganje, fobije

Osim navedenih karakteristika školske djece s problematičnim ponašanjem, značajna su i druga ponašanja koja su vezana uz socijalizaciju. Odnosno, djeca s takvim problemima se mogu prepoznati i po: uznemirenosti, sebičnosti, egocentričnosti, nepristojnosti, bezosjećajnosti, depresivnosti, niskom samopoštovanju, povučenošću,

manjku empatije i dr. (O'Reagan, 2008.). Bez obzira na navedeno, kako će se problemi u ponašanju manifestirati ovisi i o samom djetetu; neki će iskazivati više eksternaliziranih problema, a neki internaliziranih. Stoga je važno obratiti pozornost na svako ponašanje koje se čini odstupajuće od djetetova uobičajenog ponašanja (Hrabar, 2016.).

3.2. Rizični čimbenici za pojavu problema u ponašanju

Čimbenici rizika su događaji ili osobine koji pridonose razvoju problema u ponašanju. Oni se mogu pojaviti u određenom trenutku u vremenu poput stresnih događaja i mogu biti korisni pri procjeni statusa rizika za razvoj problema u ponašanju (Bašić, 2009.). Problematično ponašanje je vrlo složeno, stoga, kada govorimo o različitim čimbenicima rizika potrebno je obuhvatiti sve potencijalne događaje ili osobine koji u svom međudjelovanju mogu doprinijeti razvoju takvog ponašanja (Deković, 1999.). Isti autor navodi kako postoje tri osnovne razine rizičnih čimbenika: individualna razina, obiteljsko i vršnjačko okruženje i širi društveni kontekst. Prilikom procjene rizika nužno je uzeti u obzir sve tri razine.

Mnogi se prijestupi maloljetnika smatraju rezultatom djelovanja individualnih čimbenika (Bašić, 2003:23; prema Doležal, 2006.). **Individualna razina** rizičnih čimbenika odnosi se na osobna obilježja pojedinca. Među glavnim čimbenicima se navode nisko samopoštovanje i loše akademsko postignuće koje je praćeno osjećajem neuspjeha (Deković, 1999.). Nadalje, Williams, Ayers i Arthur (1997.) navode genetske predispozicije kao individualne rizične čimbenike, što podrazumijeva perinatalne traume i neurotoksičnost te konzumaciju alkohola i droge tijekom trudnoće (Bašić, 2009.). Mangham, McGarth, Reid i Stewart (1997.) tome pridodaju težak temperament, nisko samopouzdanje te izostanak pozitivnih i neutralizirajućih događaja prije i nakon stresnog i traumatskog događaja, te manjak socijalnih vještina i odgovornosti (Doležal, 2006.).

Među čimbenicima rizika na obiteljskoj razini Lebedina Manzoni (2007.) ističe kako su **obiteljski odnosi** vrlo važni u razvoju djeteta, a njihov se utjecaj odražava u emocionalnom zdravlju i kasnijem oblikovanju djetetovog ponašanja. U skladu s time je jasno da postoji značajna veza između rizičnih čimbenika na obiteljskoj razini

i problema u ponašanju. Ključnim obiteljskim rizicima se smatraju učestali sukobi unutar obitelji, razvijena nesigurna privrženost, slaba komunikacija unutar obitelji te slab nadzor nad djetetom kao i neprimjeren odgojni stil poput popuštajućeg i nedemokratskog odgojnog stila (Scholte, 1992a, 1992b; Scholte, 1995., svi prema Koller, Nikolić i Dugandžić, 2009.). Međutim, Koller, Nikolić i Dugandžić (2009.) ističu kako uz navedene čimbenike, zlostavljanje i zanemarivanje djece te kriminalno ponašanje, psihičke poteškoće i konzumacija psihoaktivnih tvari, uz ostala problematična ponašanja roditelja, predstavljaju značajne faktore koji kasnije doprinose formiranju problematičnog ponašanja djeteta. Mnogi autori naglašavaju važnost obiteljskih odnosa i interakcija na cjelokupni razvoj djeteta i njegovog ponašanja (Hrabar, 2016.).

Vršnjačko okruženje ima značajan utjecaj na formiranje ponašanja djece i adolescenata te emocionalnih veza i odnosa prema drugima (Lebedina Manzoni, 2016.). Shodno tome, neka su istraživanja pokazala da unatoč važnoj ulozi obitelji, važnijim prediktorom problema u ponašanju (posebno delinkventnih ponašanja) pokazala se povezanost i interakcija s vršnjacima koji su skloni delinkventnim i odstupajućim ponašanjima. Takvi **vršnjački odnosi** su vrlo snažni čimbenici rizika u pogledu eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju (Deković, 1999.). Ostala rizična ponašanja vršnjačkih skupina koja također doprinose formiranju odstupajućih ponašanja su: antisocijalno ponašanje u vršnjačkim grupama, skitnja, zloupotreba alkohola i droga, poteškoće u ostvarivanju odnosa s vršnjacima izvan „delinkventnih grupa“ (Scholte, 1992a, 1992b; Scholte, 1995., prema Koller, Nikolić i Dugandžić, 2009.). Bez obzira koja razina i koji čimbenici rizika su ti koji su doprinijeli razvoju problematičnog ponašanja, važno je imati na umu da su sve razine, kao i svaki čimbenik pojedinačno vrlo složeni te jači u međudjelovanju. Iz tog razloga potrebno je pažljivo proučavati svaki čimbenik rizika prvenstveno zasebno, a potom u međudjelovanju s drugima. Također, ne smije se zapostaviti mogućnost postojanja novih i neotkrivenih čimbenika rizika koji doprinose razvoju problema u ponašanju (Doležal, 2006.).

Međutim, kada se radi o rizičnim čimbenicima koji se smatraju najznačajnijima za pojavu eksternaliziranih problema u ponašanju navode se: povučenost, izloženost obiteljskom stresu, težak temperament, antisocijalni roditelji, bračni konflikti, nizak

socioekonomski status te socijalna izolacija obitelji (Vulić-Prtorić i Cifrek Kolarić, 2011., prema Čorić, 2016.). Livazović i Ručević (2012., prema Čorić, 2016.) tome pridodaju impulzivnost i slabu kontrolu poriva, a Bailey i suradnici (2009. prema Čorić, 2016.) strogu disciplinu i kontrolu roditelja.

Kada se radi o internaliziranim problemima ponašanja, Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić (2011., prema Čorić, 2016.) rizičnim čimbenicima smatraju razvijeno nisko samopoštovanje, sramežljivost djeteta, pretjeranu samokritičnost, stresne životne događaji, roditeljsku hladnoću, osjećaj beznadnosti, zlostavljanje i zanemarivanje. Lebedina Manzoni (2007.) tome pridodaje osjećaj nevoljenosti i inferiornosti, posebno u obiteljskim odnosima, a Klarin i Đerđa (2014., prema Čorić, 2016.) u rizične čimbenike svrstavaju potrebu za pretjeranom psihološkom kontrolom te roditeljsko odbacivanje djeteta.

Mnoga istraživanja navode da ono što je također važno pri procjeni čimbenika rizika, je **spol** djeteta teukazuju na to kako u ranom djetinjstvu dječaci imaju tendenciju eksternalizirati svoje emocije iskazom bijesa, agresije i verbalnog maltretiranja (Leeb, Barker i Strine, 2007., prema Odhayani, Watson i Watson, 2013.), dok djevojčice češće internaliziraju emocije u ponašanju, što vodi do socijalnog povlačenja, depresije i somatskih simptoma (Dehon C, 2010., prema Odhayani, Watson i Watson, 2013.).

4. Povezanost traumatskog iskustva i problema u ponašanju

Brojna istraživanja ukazuju na značajnost traumatskog iskustva za kasnije oblikovanje djetetova ponašanja. Pynoos, Steinberg i Goenjjan (1996.) ističu važnost zrelosti djeteta za prepoznavanje posljedica traumatskog iskustva, što pomaže pri kasnijoj adaptaciji na novonastalu situaciju nakon traumatskog događaja. Iz toga proizlazi da način na koji dijete proživljava traumatsko iskustvo te kako se nosi s istim, uvelike pridonosi njegovom kasnijem oblikovanju (Profaca, 2016.). Pritom će djeca koja su u ranijoj dobi iskusila traumu imati veće izgleda za razvoj problema u ponašanju (Ford i sur., 1999.). U skladu s ranije navedenim mnogi autori apeliraju na značaj obiteljskog okruženja te rizik zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja i problema u ponašanju. Teicher et al.

(2003.) navodi kako emocionalno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje i tjelesno zanemarivanje ima pogubne kratkoročne i dugoročne posljedice za cjelokupni razvoj i ponašanje djeteta. Naime, ova traumatska iskustva uzrokuju strukturne i funkcionalne promjene u razvoju mozga, što doprinosi smanjenju školskog uspjeha, razvoju emocionalnih problema, početku konzumiranja psihoaktivnih supstanci, kriminalnom ponašanju, suicidalnim sklonostima, delinkventnom ponašanju i sl. (van de Ven i sur., 2020.). Sanderson (2013.) navedenome pridodaje i značaj složenosti traumatskog iskustva za dijete, odnosno radi li se o dugotrajnom nasilju i zlostavljajućem ponašanju dolazi do veće mogućnosti razvoja problema u ponašanju tijekom odrastanja. Navodi kako djeca izložena složenom traumatskom iskustvu imaju više teškoća tijekom razvoja, skloniji su kroničnom samodestruktivnom ponašanju, socijalnom povlačenju, emocionalnim poteškoćama te osjećaju bespomoćnosti i krivnje koji pospješuju takva ponašanja (Profaca, 2016.). Sumirano, Hrabar (2016.) navodi kako uz intenzitet, trajanje, vrstu traume te djetetov doživljaj traume i specifičnosti njegovih potreba (jesu li one zadovoljene ili ne) ovisi hoće li traumatski događaj utjecati na pojavu problema u ponašanju.

4.1. Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i agresivnog ponašanja

Kada govorimo o eksternaliziranim problemima u ponašanju jedan od najprepoznatljivijih i najupečatljivijih simptoma je agresivnost. Kako bi se razumjelo agresivno ponašanje, važno je razumjeti na koji način i u kojoj mjeri proživljena trauma u djetinjstvu može utjecati na razvoj agresije. Ljutnja je obično kratkotrajna posljedica traume, dok je agresivnost njena dugoročna posljedica (Lacković – Grgin, 2000.). Agresivno ponašanje definirano je kao društveno neprihvatljivo ponašanje s namjerom nanošenja štete osobi ili imovini (Parke i Slaby, 1983., prema Vasta i sur., 1998.). Ono se pokazuje kao problem kod svih populacija (ne samo djece) koje su pogođeni traumatskim iskustvom i PTSP-om, bez obzira o kojoj se vrsti traumatičnog događaja radi, iako je mnogim istraživanjima utvrđeno da ratni veterani

i osobe s iskustvom rata pokazuju najvišu razinu agresije (Orth i Wieland, 2006., prema Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.).

Prema istraživanju Abdullah i suradnika (2015.), pronađena je pozitivna korelacija između agresivnosti i simptoma pobuđenosti karakterističnih za PTSP. Naime, prag tjelesne pobuđenosti (drhtanje, znojenje) koji je ujedno znak moždane pobuđenosti, bio je značajno niži za skupine osoba koji pokazuju simptome PTSP-a, a što je upućivalo na povezanost s višim rezultatima agresivnosti. Pobuđenost je jedan od najčešćih simptoma PTSP-a te je često povezana s pojavom agresivnog ponašanja i bijesa.

U skladu s time, druga istraživanja naglašavaju biološku važnost uske veze između PTSP-a i agresije te se također osvrću na važnost pobuđenosti organizma kao posljedice PTSP-a i pojavnosti agresije. Shodno tome navode kako veza između PTSP-a i agresije može biti posljedica drugačijeg funkcioniranja pojedinih dijelova mozga i živčanog sustava koji reguliraju agresiju, pobuđenost i anksioznost (Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.). Naime, kada se nakon traumatskog iskustva pojave simptomi PTSP-a, poput poteškoća u regulaciji osjećaja i pobuđenosti organizma, vrlo je značajna inhibirajuća uloga frontalnog korteksa te signalna uloga limbičkog sustava koji nastoje kontrolirati autonomno uzbuđenje uzrokovano sjećanjem na traumu (Davidson i sur. 2000., prema Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.). Kod osoba s PTSP-om se pokazalo da će neku situaciju smatrati prijetećom zbog preaktivnog limbičkog sustava koji upozorava na „prijetnju“ te snižene inhibicije frontalnog područja (u odnosu na opću populaciju u istoj situaciji) što dovodi do impulzivnog agresivnog reagiranja na percipiranu prijeteću situaciju. S druge strane, kod osoba bez PTSP-a, ovi sustavi će reagirati kao obrambeni mehanizmi, stoga istu situaciju neće percipirati kao prijeteću u toj mjeri te će uspješno inhibirati osjećaj bijesa ili agresiju (Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.). Također, veliku ulogu u pojavnosti agresivnog ponašanja osoba s PTSP-om ima hormon serotonin, serotonin pomaže pri inhibiciji agresivnog ponašanja, a njegova nedovoljna aktivnost pojačava agresivnost. Iz tog razloga važno je održavati razinu serotonina u organizmu kako bi se osobe nakon traumatskog događaja lakše nosile s posljedicama i izbjegle agresivne reakcije tokom pobuđenosti organizma (Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.).

Kao još jedan od razloga pojave agresije nakon traumatskog događaja Forbes i suradnici (2008.) navode: osobe koje su proživjele neku vrstu traumatičnog događaja često se boje pristupiti sjećanjima na traume koji su kod njih uzrokovali osjećaj straha, bijesa i pobuđenosti organizma. Naime, intenzivna traumatska sjećanja često aktiviraju njihov bijes koji pokreće agresivno ponašanje (Forbes i sur. 2008.), no problem se javlja prilikom nastanka akumulacije bijesa koji se nakupljao tokom traumatskih događaja, ali i nakon. Takav akumulirani bijes uzrokovan simptomima traume i stresnih događaja kasnije se iskazuje intenzivnijim agresivnim obrascima ponašanja (Odhayani, Watson i Watson, 2013.).

Također, pokazalo se da se problemi s agresijom manifestiraju neovisno o spolu kada se radi o agresiji kod žena i muškaraca s PTSP-om, štoviše agresija se smatra uobičajenim problemom koji nastupa kao posljedica traumatičnog događaja, kako kod žena, tako i kod muškaraca (Worthen i sur., 2014., prema Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.).

4.2. Povezanost proživljene traume u djetinjstvu i delinkventnog ponašanja

Novija istraživanja delinkventnog ponašanja posvećuju sve veću pažnju ulozi proživljene traume u djetinjstvu na kasniji razvoj delinkventnog ponašanja (Marsiglio i sur., 2014.). Delinkventno ponašanje obuhvaća razne oblike antisocijalnog i kriminalnog ponašanja koje podrazumijeva krađe, suprotstavljanje pravilima zajednice, nasilje prema ljudima, ali i životinjama, zatim učestale sukobe s autoritetom, prevare, laganje te kršenje zakonskih pravila kao i pravila zajednice te društvenih normi (Luca – Mrđen i sur., 2006.).

Prema nekim istraživanjima 90% delinkventnih mladih osoba je doživjelo traumatski događaj tijekom života i odrastanja. Međutim, ono što je karakteristično za delinkvenciju kod mladih djevojaka je ekstremna i ponavljajuća viktimizacija povezana uz traumu koja je eksponencijalno veća od traumatske viktimizacije muških delinkvenata (Marsiglio i sur., 2014.). Mnoga istraživanja upućuju da je pojava nepovoljnog emocionalnog odgovora (ljutnje, bijesa...) na traumatski događaj često posrednik delinkventnog ponašanja. To je posebno vidljivo kod dječaka čija je

izloženosti traumatskim iskustvima u djetinjstvu poput fizičkog zlostavljanja ili svjedočenja nasilju u svojoj okolini, u istraživanjima pokazala značajnu povezanost s delinkventom ponašanjem (Adams, Tsytsarev i Meller, 2009.). U skladu s time Maschi (2006.) navodi kako je većina ispitivanih muških delinkvenata, odnosno 77,8 % izjavila da je tijekom djetinjstva bila izložena nasilju ili da su doživjeli iznimno stresan događaj u protekloj godini 88,3%, a 76,3% ih navodi kako je svjedočilo nasilju koje je ostavilo traumatske posljedice. Kada se radi o izravnoj viktimizaciji ono što se pokazalo najčešćim i najutjecajnijim traumatskim iskustvom među mladim delinkventima je doživljen fizički napad 21,3%, a potom da su bile žrtve fizičkog nasilja (8,5%). Također, ovim istraživanjima je utvrđeno da izloženost stresnim životnim događajima značajno povećava mogućnost za pojavu delinkventnog ponašanja mladeži u vezi s imovinskim prekršajima. Vjerojatnost da će počiniti neku vrstu kaznenog djela u vezi imovine je 1,31 puta veća nego kod adolescenata koji tijekom života nisu bili izloženi stresnim životnim događajima. Kada se izloženosti stresnim životnim događajima pridoda izloženost nasilju utvrđeno je postojanje značajne povezanosti s kasnijim nasilnim delinkventnim ponašanjem (Maschi, 2006.). Nadalje, istraživanjima je potvrđeno da maloljetne delinkventne djevojčice često doživljavaju visoke stope zlostavljanja tijekom djetinjstva te nastavljaju doživljavati traumatične događaje tijekom adolescencije (Marsiglio i sur., 2014.). Također, Marsiglio i suradnici (2014.) navode kako postoji veća mogućnost za put k delinkventnom ponašanju, kada se radi o djevojčicama koje su traumatsko iskustvo doživjele u razvojno osjetljivim razdobljima (često su to razdoblja osnovne škole), a na to upućuje i veća stopa ranih uhićenja radi delinkventnog ponašanja. Iz toga proizlazi da razdoblje pojave traumatskog iskustva i njegovo trajanje predstavljaju bitan faktor za razvoj delinkventnog ponašanja kod djevojčica (Marsiglio i sur., 2014.), dok je izloženost vrsti traume, odnosno fizičkom nasilju kod dječaka bitan faktor za razvoj delinkventnog ponašanja (Maschi, 2006.).

4.3. Trauma i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem

Scheering (2019.) ističe kako su istraživanja poremećaja vezanih uz traumu i PTSP kod djece, pokazala da se nakon proživljene traume i PTSP-a, najčešće javlja

poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem. Ovaj poremećaj karakteriziraju obrasci ponašanja koji uključuju prkos, odbijanje, ljutnju, defenzivna ponašanja te zlobna i osvetoljubljiva ponašanja, a pojavljuju se u situacijama uzrujanosti i nevoljkosti (O'Regan, 2008.). Luca – Mrđen i suradnici (2006.) ističu kako se prkos najčešće javlja onda kada se doživljava pritisak, a nastaje kao otpor protiv okoline. Prema istraživanju Scheeringa i suradnika (2003.), 75% djece koja su proživjela traumu, nakon PTSP-a pokazuje znakove poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem. Nadalje, u ranijim istraživanjima, Fisher i suradnici (1997.) navode kako 33% djece s proživljenim traumatskim iskustvom u kojima su bili zlostavljani, tijekom kasnije dobi razvija poremećaj prkosnog ponašanja i suprotstavljanja. Kod djece su posebno važne reakcije na traumatska iskustva, stoga pojavljivanje simptoma ponovnog proživljavanja traumatskog događaja ili pobuđenosti doprinosi pojavi agresivnog i borbenog prkosa i suprotstavljanja. Djeca koja su sklonija izbjegavanju, kao načinu nošenja s traumom, često se socijalno povlače te emocionalno „otupljuju“, što doprinosi kasnijem formiranju snažnijeg i agresivnijeg poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem (Ford i sur., 1999.). Nadalje, Ford i suradnici (1999.) u svom istraživanju navode kako djeca koja su izložena traumatskoj viktimizaciji imaju veću mogućnost za pojavu poremećaja prkošenja i suprotstavljanja, nego ona čije je traumatsko iskustvo vezano uz nesreće, prirodne katastrofe ili bolesti. No, u svom idućem istraživanju, Ford i suradnici (2000.) uz navedenu važnost viktimizacije, ističu kako su fizičko i seksualno zlostavljanje najviše doprinosili razvoju prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja. Međutim, to ne znači da su ostali oblici zlostavljanja, zanemarivanja, ali i drugih traumatskih iskustava zanemarivi.

4.4. Trauma i depresivnost

Različite studije ukazuju na različite postotke depresivnih poremećaja koji se mogu pripisati stresnim traumatskim događajima koji su doživljeni u prethodnih šest mjeseci ili posljednjoj godini osobe (Lacković – Grgin, 2000.). Depresija je mnogo više od normalne tuge i žalosti, to je patološko stanje u kojem intenzitet tuge i žalosti nije u skladu s pretrpljenim gubitkom i drugim izvorom emocionalnog problema (Vulić – Prtorić, 2004., prema Lebedina Manzoni, 2007.). Kada se radi o slučajevima

dugotrajne i netretirane traume djece, postoji veća mogućnost pojave poteškoće u reguliranju svojih emocija te poteškoća u poznavanju i opisivanju svojih osjećaja. Kao posljedica toga moguće je formiranje dugoročnih učinaka što može rezultirati poremećajem depresije (Purtscher, 2008.).

U istraživanju Wagner (2016.) pokazalo se kako su osobe s kroničnim depresivnim ponašanjem prijavile znatno više dječjih trauma, odnosno 62,5% sudionika je navelo više od dva traumatična događaja u životu u usporedbi s 28,4% sudionika iz kontrolne skupine. Također, stope traumatskih iskustava vezanih uz seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje te svjedočenje obiteljskom nasilju, maltretiranju ili odbijanju bile su značajno veće u usporedbi s kontrolnom skupinom. Isto je istraživanje pokazalo, da se osobe s depresivnim ponašanjem koje su bile izložene traumi u djetinjstvu (posebno seksualnom, tjelesnom i emocionalnom zlostavljanju) teže liječe od depresije, a posebice ukoliko se traumatsko iskustvo, dogodilo u dobi do sedam godina. Heim i suradnici (2008.) navode kako povezanost između traumatskih iskustava i depresivnog ponašanja može biti rezultat neuroendokrinih promjena uslijed stresa uzrokovanog traumatskim iskustvom tokom ranije životne dobi. Neuroendokrine promjene služe kao odgovor na stres, a ako dođe do neuspjeha u radu živčanog područja koje je zaduženo za emocionalnu, neuroendokrinu i autonomnu kontrolu tijela, osobe se teže nose s izazovima stresa i depresije. Također, Wagner (2016.) iznosi kako specifične neurobiološke posljedice traume iz djetinjstva doprinose senzibilizaciji stresnih situacija, što nije prisutno u depresivnih bolesnika bez povijesti traume.

U istraživanju Negele i suradnika (2015.) 75,6% osoba s kroničnom depresijom je prijavilo kliničko značajniju povijest dječje traume, a 37% kronično depresivnih osoba je prijavilo višestruku traumatizaciju u djetinjstvu. Ovi rezultati su u skladu s ranije navedenim istraživanjem Wagnera (2016.) u kojima se također pokazuje velik postotak osoba s kroničnom depresijom i proživljenim značajnim traumatskim događajem ili višestrukom traumatizacijom. Nadalje, Negele i suradnici (2015.) ukazuju kako je kod depresivnih osoba najčešće prijavljeno traumatsko iskustvo emocionalno zlostavljanje 61%, a potom seksualno zlostavljanje 25%. Također, Sesar i Sesar (2008.) ukazuju na češću pojavu depresije i raznih oblika anksioznosti kod emocionalnog zanemarivanja i zlostavljanja djeteta, a Urbanc (2000.) navodi

kako kod psihičkog zlostavljanja postoji veća vjerojatnost pojavnosti depresije nego kod fizičkog zlostavljanja.

Međutim, traumatski događaj mora predstavljati izrazito stresan događaj koji zahtijeva dugoročnu prilagodnu osobe na novonastalu situaciju ili proživljenu traumu, kako bi mogao biti prediktor kliničke depresije. Obično se takvim događajima smatraju oni koji predstavljaju neku vrstu trajnog gubitka ili teškog razočarenja (Coyne i Downey, 1991., prema Lacković – Grgin, 2000.). O'Regan (2008.) navodi kako većinom ne postoji samo jedan razlog za pojavu depresije kod djece i mladeži. Međutim, među glavnim razlozima za pojavu depresivnosti kod djece koji često predstavljaju traumatske događaje ili su s njima povezani su:

- 1.) Gubitak- koji se može odnositi na gubitak roditelja, odvajanje od roditelja, gubitak prijateljstva ili bolni gubitci prouzročeni nečijom smrću
- 2.) Visoka razina stresa
- 3.) Obiteljski problemi poput zlostavljanja ili pritiska za učenje
- 4.) Maltretiranje djeteta
- 5.) Ozbiljna bolest djeteta koja je za njega životno ugrožavajuća

4.5. Trauma i socijalno povlačenje

Kada se radi o socijalno povučenoj djeci govorimo o sramežljivom te socijalno anksioznom djetetu koje izbjegava kontakte i aktivnosti s vršnjacima i svim nepoznatim osobama bez obzira na godine. Smatra se da takva djeca imaju slabo razvijene socijalne vještine, no tu se postavlja pitanje ometa li anksioznost socijalne interakcije i vještine te uzrokuje li socijalno povlačenje (Lebedina – Manzoni, 2007.). Lacković – Grgin (2000.) navodi kako negativni životni događaji koji ugrožavaju zdravlje i život djeteta ili koje dijete percipira kao opasno po život mogu ostaviti brojne posljedice, a nerijetko je to anksioznost vezana uz mjesta, akcije i ljude koji ih podsjećaju na traumatski događaj. Nevezano uz to da li je određena osoba ili mjesto izravno povezano uz traumatski događaj ako dijete percipira da je

ono poveznica s ranijim traumatskim iskustvom ono se povlači kako bi osiguralo vlastitu sigurnost (Lacković – Grgin, 2000.). Prema Rapee i Heimbergu (1997.) veliku ulogu pri socijalnom povlačenju djeteta ima i socijalno učenje koje se odvija u nezdravom okruženju u kojem dijete odrasta. To može biti zlostavljanje u obitelji, svjedočenje zlostavljanju, odrastanje u kriminalitetnom okruženju koje za dijete predstavlja stres i traumatsko iskustvo koje izaziva osjećaj ugroženosti (Kuo i sur 2011.). Primjerice, Lebedina Manzoni (2007.) navodi kako dijete takvo disfunkcionalno ponašanje može naučiti samo promatrajući reakcije roditelja i njihova objašnjenja određenog socijalnog događaja bez da izravno sudjeluje u provokativnoj situaciji.

Traumatski događaji mogu ostaviti razne posljedice na dijete, a jedna od istaknutih u mnogim studijama o dječjim traumama je strah od ponovnog proživljavanja traume (Kurtović, 2007.). Upravo zbog straha koji je posljedica prethodnih negativnih iskustava i naučenog disfunkcionalnog ponašanja u okolini, djeca često percipiraju socijalni svijet na anksiozan način. U skladu s time, djeca sklona socijalnom povlačenju često evaluiraju situacije koje potencijalno mogu biti igra i relaksacija kako bi propitala njihovu sigurnost te samim time stvaraju negativno uzbuđenje (Lebedina Manzoni, 2007.). Različiti uzorci traume pokazuju i različiti stupanj povezanosti sa socijalnom anksioznošću, odnosno povlačenjem. Runtz (1988.) navodi kako emocionalno zlostavljana djeca od strane oca češće pokazuju znakove anksioznosti i bojazan prema međuljudskim odnosima. Također, Gibb i suradnici (2007.) u svojim istraživanjima navode emocionalno zlostavljanje kao najsnažnije povezano sa pojavom socijalnog povlačenja među ostalim traumatskim iskustvima zlostavljanja (fizičko nasilje, seksualno nasilje) (Kuo i sur., 2011.). Nadalje, u istraživanju Simona i suradnika (2009.) osim utjecaja emocionalnog i psihološkog zlostavljanja u djetinjstvu na kasniju pojavu socijalnog povlačenja, seksualno nasilje također doprinosi toj pojavi. S druge strane fizičko zlostavljanje i zanemarivanje nije povezano s razvojem ovakvog ponašanja. Zbog rezultata istraživanja Kuo i suradnika (2011.) stručnjaci stavljaju naglasak na značaj emocionalne traume uzrokovane emocionalnim zlostavljanjem i zanemarivanjem u djetinjstvu, kao i značajnu povezanost između takve traume i razvoja poremećaja socijalnog povlačenja.

4.6. Trauma i suicidalnost

Dječja trauma je prepoznata kao važan faktor rizika suicida i suicidalnih primisli. Međutim, pitanje je koje su to traume koje doprinose razvoju suicidalnog ponašanja. Prema istraživanju Bahk i suradnika (2017.) od nekoliko vrsta zlostavljanja koja su predstavljala traumatski događaj u djetinjstvu, samo je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu izravno predviđalo ideju o suicidu. Međutim, fizičko i emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu su neizravno predviđali ideju suicida putem povezanosti s anksioznosti koja se nerijetko pojavljuje kao posljedica težih traumatskih događaja. Zanemarivanje tijekom djetinjstva također posredno predviđa suicid ovisno o količini socijalne potpore (manja socijalna potpora znači veću mogućnost suicidalnih primisli).

O'Connor i suradnici (2018.) u istraživanju navode kako su najviši stupanj traume u djetinjstvu proživjeli oni ispitanici koji su pokušali suicid (78,7%), potom oni koji su razmišljali o samoubojstvu (37,7%), zatim oni bez povijesti samoubojstva (17,8 %). Analizom u njihovom istraživanju pokazalo se da je trauma u djetinjstvu značajan prediktor djelovanja, odnosno pojačane reaktivnosti kortizola na stres i razine kortizola u mirovanju. Kortizol je poznat pod nazivom „hormon stresa“, a njegovo lučenje je pojačano svaki put kada se osoba nalazi u stresnoj situaciji kako bi se stvorila dodatna energija za rješavanje stresne situacije (Štrok, 2017.). Ono što je bilo specifično kod osoba sa suicidalnom povijesti jesu niže razine kortizola koje su bile povezane s većim razinama traume. Smanjenje kortizola često uzrokuje umor, lošu koncentraciju te bezvoljnost ili depresiju koji su često okidači suicidalnih ideja (O'Connor i sur., 2018.).

Uz prethodno navedeno, druga brojna empirijska istraživanja i klinička opažanja ukazuju na to da je suicidalno ponašanje često povezano s traumatskim iskustvima poput: značajnih životnih gubitaka, opasnosti od narušavanja ili gubitka važnih međuljudskih odnosa, pogoršanja zdravlja (fizičkog i mentalnog) i financijskih problema što može prouzročiti gubitak nade, životnog smisla ili osjećaj bespomoćnosti (Krysinska, 2003.).

5. Tretmani u području dječje traume i problema u ponašanju

Intervencije u području dječje traume su nužne, a Sheering (2019.) naglašava značaj tretmana nakon proživljene traume ukazujući na činjenicu da PTSP ne nestaje sam od sebe. Isti autor je zajedno sa svojim suradnicima proveo istraživanje s prospektivnim praćenjem PTSP simptoma na grupi djece od 1-6 godina koja su bila izložena različitim vrstama traume (poput nesreće, zlostavljanja, svjedočenje nasilju u obitelji). Naime, obitelji nisu zatražile pomoć radi liječenja traumatskih iskustva te simptoma PTSP-a, a prosječan broj simptoma PTSP-a kod svakog djeteta iznosio je 3,6, dok je 26% djece imalo sve simptome. Nakon dvije godine gotovo polovica djece je imalo prosječno 2,9 simptoma, a 23% je zadržalo sve simptome, pošto nije bilo dokaza o značajnom spontanom oporavku u cijelom uzorku, smatra se da je došlo do kroničnog pogoršanja. Nadalje, u radu s traumama osim rada s educiranim stručnjacima, važno je raditi na promjeni stavova djetetova okruženja što uključuje rad s obitelji, školom i društvom (Hrabar, 2016.). Iako, podrška roditelja i ostalih bitnih osoba uvelike pridonosi tretmanu dječje traume kao što mnogi autori naglašavaju, uvijek treba voditi računa o jedinstvenosti svakog djeteta i njegovog doživljaja traume. Što znači da stručnjaci moraju uzeti u obzir: tjelesni razvoj djeteta, očekivani razvoj intelektualnih sposobnosti, potrebe djeteta, ali i djetetovu sliku o sebi (Ćorić i Bačan, 2006.).

Kada se radi o tretmanu problema u ponašanju Lebedina – Manzoni (2007.) naglašava važnost 3 bitne odrednice. Prva je uloga roditelja, odnosno edukacija roditelja koji je sastavni dio tretmana. Druga odrednica odnosi se na upotrebu igre u terapiji, ova odrednica je često ključna pošto mnoga djeca ne dolaze dobrovoljno te ih se igrom motivira na suradnju. Također, djeci je lakše izraziti svoje probleme i osjećaje putem igre, a ne verbaliziranjem. Treća odrednica je pitanje nužnosti i efekata psihoaktivnih lijekova koje djeca koriste u tretmanu, njihova upotreba u dječjoj dobi može biti upitna. Ista autorica naglašava kako je potrebno strpljenje u radu s ovom vrstom problema, ali i razumijevanje jer se djeca tada lakše otvaraju (posebno adolescenti).

Tretmani vezani uz dječju traumu i probleme u ponašanju temelje se na razumijevanju djeteta kao pojedinca i na prilagođenosti njihovim razvojnim

kapacitetima. Kako je i ranije navedeno, u oba se naglašava važnost obiteljske i okolinske podrške te njihove suradnje sa stručnjacima. Prilikom intervencije u području problema u ponašanju djece s iskustvom traume vrlo je važno biti usmjeren na kontekst traume, odnosno njezino djelovanje na pojavu i razvoj problema u ponašanju (Cohen, Berliner, Mannarino, 2010.). Također, Hrabar (2016.) navodi kako se u tretmanskome radu s djecom uvijek treba usmjeriti na zaštitne čimbenike djeteta te dobru procjenu rizičnih čimbenika kako bi se osiguralo adekvatno pružanje pomoći.

6. Zaključak

Traumatski događaji u djetinjstvu mogu imati veliku ulogu u formiranju djetetova ponašanja pa tako i problema u ponašanju. Hoće li traumatski događaj utjecati na pojavu problema u ponašanju ovisi o djetetovom doživljaju traume i specifičnosti njegovih potreba (jesu li one zadovoljene ili ne). Što je intenzitet traume jači te što ona duže traje postoji veća mogućnost za nastanak problema u ponašanju (Hrabar, 2016.).

Naime, kada se radi o agresivnom ponašanju osoba s proživljenom traumom i razvijenim simptomima PTSP-a, postoji pozitivna korelacija između agresivnosti i simptoma pobuđenosti karakterističnih za PTSP (Abdullah i sur., 2015.), a često je to posljedica preaktivnog limbičkog sustava i snižene inhibicije frontalnog područja što vodi impulzivnom agresivnom ponašanju u prijetećim situacijama (Rodenburg, Heesink i Droždek, 2017.). Iz navedenog se može zaključiti da su značajni biloški čimbenici na funkcioniranje organizma osoba s PTSP-om koji utječu na manifestaciju i intenzitet agresivnog ponašanja u uznemirujućim situacijama. Kada se radi o delinkventnom ponašanju istraživanja su pokazala da traumatsko iskustvo izloženosti nasilju u djetinjstvu te skorije proživljavanje nekih stresnih događaja povećavaju mogućnost pojave delinkventnog ponašanja (Maschi, 2006.). Marsiglio i suradnici, (2014.) tome pridodaju i važnost pojave traumatskog iskustva tokom osjetljivih razvojnih razdoblja i trajanje istog. Kada se radi o internaliziranim

problemima ponašanju, konkretno o pojavi depresivnog ponašanja veliku ulogu također predstavlja razdoblje u kojem se traumatsko iskustvo pojavilo, odnosno djetinjstvo te višestruka traumatizacija (Negele i sur., 2015.). Isto tako, sklonost suicidalnom ponašanju će imati upravo one osobe koje su pokazale viši stupanj traume u djetinjstvu te osobe s nižom razinom kortizola (O'Connor i sur., 2018.). Iz navedenog se može zaključiti da su vrlo bitni faktori koji doprinose razvoju problema u ponašanju nakon proživljene traume : **reakcije organizma** nakon proživljene traume koje odstupaju od uobičajnog funkcioniranja organizma te **ranija izloženost** traumatskim iskustvima i **višestruko izlaganje** traumi. Međutim, Scheering (2019.) naglašava kako su ključne i **intervencije** odgovarajućih stručnjaka nakon proživljene traume u djetinjstvu koje uvelike pomažu pri sprječavanju kasnijih problema u ponašanju.

7. Literatura

1. Abdullah, B. O. L. U., Balikci, A., Erdem, M., Öznur, T., Çelik, C., & Özcan, U. Z. U. N. (2015). Cortical Excitability and Agressive Behavior in Post-Traumatic Stress Disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(1), 73.
2. Adams, N. L., Tsytsarev, S. V., & Meller, P. J. (2009). The Relationship between Childhood Traumatic Experiences and Gang-Involved Delinquent Behavior in Adolescent Boys. *Journal of the American Academy of Special Education Professionals*, 6, 16.
3. Al Odhayani, A., Watson, W. J., & Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician*, 59(8), 831-836.
4. Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry investigation*, 14(1), 37.
5. Begovac, I., & Begovac, B. (2011). Psihička traumatizacija djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 30, 85-92.

6. Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child abuse & neglect*, 34(4), 215-224.
7. Čorić, K. (2016). *Istodobna pojavnost internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.).
8. Čorkalo Biruški, D. (2009). Primijenjena psihologija: pitanja i odgovori. *Zagreb: Školska knjiga*
9. Čorić, V., & Bačan, M. (2006.). *Zanemarivanje djece*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba.
10. Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 28(6), 667-685.
11. Doležal, D. (2006). Otpornost i prevencija poremećaja u ponašanju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 41(1), 87-103.
12. Forbes, D., Parslow, R., Creamer, M., Allen, N., McHugh, T., & Hopwood, M. (2008). Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(2), 142-149.
13. Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., ... & Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit–hyperactivity disorder. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786.
14. Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment*, 5(3), 205-217
15. Grella, C. E., Stein, J. A., & Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes

- in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive behaviors*, 19(1), 43.
16. Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
 17. Horvatinović, N. (2018). *Promjena ličnosti uslijed traumatskog događaja* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology.).
 18. Hrabar, D. (Ed.). (2016). *Prava djece: multidisciplinarni pristup*. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
 19. Ivanišević, K. (2019). *Stres i traumatizacija* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences.).
 20. Klarin, M., Miletić, M. i Šimić Šašić, S. (2018). Problemi ponašanja kod djece i mladih - doprinos sociodemografskih obilježja, zadovoljstva obitelji i socijalne podrške. *Magistra Iadertina*, 13 (1), 70-90
 21. Koller Trbović, N., Nikolić, B., & Dugandžić, V. (2009). Procjena čimbenika rizika kod djece i mladih u riziku ili s poremećajima u ponašanju u različitim intervencijskim sustavima: socio-ekološki model. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), 37-54.
 22. Kozarić Kovačić, D., Kovačić, Z., & Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 102-106.
 23. Krysinska, K. E. (2003). Loss by suicide: A risk factor for suicidal behavior. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 41(7), 34-41.
 24. Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473.

25. Kurtović, A. (2007.). Odnos atribucijskih dimenzija, negativnih životnih događaja i depresivnosti: provjera modela beznadnosti. *Psihologijske teme* 16(1), 159-182.
26. Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata: izvori, posrednici i učinci*. Naklada Slap.
27. Lebedina Manzoni, M. (2016). Važnost vršnjačkog utjecaja i privrženosti među djecom i mladima u kontekstu razvoja pozitivnih odnosa. *Odnosi u školi: prilozi za pedagogiju odnosa*, 70-96.
28. Lebedina-Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Naklada slap
29. Luca - Mrđen J, Milanović-Lambeta A, Škovrlj K, Bačan M. *Trebamo li brinuti?, Priručnik o adolescentima za roditelje i stručnjake*, Buljan Flander G; Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba, 2006.
30. Maglica, T., & Džanko, P. (2016). Internalizirani problemi u ponašanju među splitskim srednjoškolcima. *Školski vjesnik: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu*, 65(4), 559-585.
31. Marsiglio, M. C., Chronister, K. M., Gibson, B., & Leve, L. D. (2014). Examining the link between traumatic events and delinquency among juvenile delinquent girls: A longitudinal study. *Journal of child & adolescent trauma*, 7(4), 217-225.
32. Maschi, T. (2006). Unraveling the link between trauma and male delinquency: The cumulative versus differential risk perspectives. *Social Work*, 51(1), 59-70.
33. Mihić, J. i Bašić, J.; Preventivne strategije - Eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih; *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3) (2008), str. 445-471
34. Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression research and treatment*.
35. Nikčević-Milković, A. (2016). KORIŠTENJE SREDSTAVA OVISNOSTI I PROVOĐENJE SLOBODNOG VREMENA MLADIH LIČKO-SENJSKE ŽUPANIJE. *Magistra Iadertina*, 11(1.), 161-183.

36. Novak, M. i Bašić, J.; Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: Obilježja i mogućnosti prevencije; *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3) (2008), str. 473-498
37. O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). Effects of childhood trauma on cortisol levels in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology*, 88, 9-16.
38. O'Regan, F. J. (2008). Kako se nositi s djecom problematična ponašanja: ne mogu učiti, ne žele učiti, ne zanima ih. *Zagreb: Naklada Ljevak*.
39. Profaca, B. (2016). TRAUMATIZACIJA DJECE I MLADIH. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 23(3).
40. Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 53-73.
41. Purtscher, K. (2008). TRAUMA IN CHILDHOOD - RISKS FOR THE CHILD'S DEVELOPMENT. *Psychiatria Danubina*, 20. (4.), 513-520.
42. Rodenburg, J., Heesink, L., & Droždek, B. (2017). PTSD, anger and aggression: Epidemiology, aetiology and clinical practice. *Attending to Anger*, 17.
43. Scheering M. S. (2019). Tretman PTSP-a u predškolske djece- Vodič za kliničare. *Naklada slap*.
44. Seifert, K. (2003). Childhood trauma: Its relationship to behavioral and psychiatric disorders. *Forensic Examiner*, 12(9), 27-33.
45. Sesar, K., Sesar, D. (2008). Zanimarivanje-definiranje, rizični čimbenici i posljedice za psihološki razvoj djeteta. *Magistra Iadertina*, 3(1), 83-93.
46. Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... & Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(11), 1027-1032.
47. Štok, P. (2017). *Medicinska sestra-promotor o povezanosti prehrane i hormonalne ravnoteže* (Doctoral dissertation, University North. University centre Varaždin. Department of Biomedical Sciences.).

48. Urbanc, K. (2000). Neke specifičnosti emocionalnog zlostavljanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 7(1), 183-196
49. van de Ven, M. C., van den Heuvel, M. I., Bhogal, A., Lewis, T., & Thomason, M. E. (2020). Impact of maternal childhood trauma on child behavioral problems: The role of child frontal alpha asymmetry. *Developmental psychobiology*, 62(2), 154-169.
50. Van der Kolk, B. A. (2003). Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
51. Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A., Arambašić, L., Čorkalo, D., & Keresteš, G. (1998). *Dječja psihologija: moderna znanost*. Naklada Slap.
52. Wagner, K. (2016). Effects of childhood trauma on depression and suicidality in adulthood. *Psychiatric Times*, 33(11).
53. Žižak, A., Koller-Trbović, N., Jeđud, I. (2004.). Poremećaji u ponašanju djece i mladih: perspektiva stručnjaka i perspektiva djece i mladih. U: Bašić, J., KollerTrbović, N. i Uzelac, S. (ur.): Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 119-139