

Dobne i spolne razlike u povezanosti nekih kognitivnih i socio-emocionalnih aspekata razvoja s vršnjačkim nasiljem i viktimizacijom

Velki, Tena; Duvnjak, Ivana; Milić, Marija

Source / Izvornik: **Sarajevski dani psihologije: Zbornik radova, 2016, 3, 49 - 65**

Conference paper / Rad u zborniku

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:761183>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-10**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)




DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

FILOZOFSKI FAKULTET UNIVERZITETA U SARAJEVU
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU
DRUŠTVO PSIHOLOGA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

ISSN 2490-2306
(ON-LINE)



SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE
ZBORNİK RADOVA

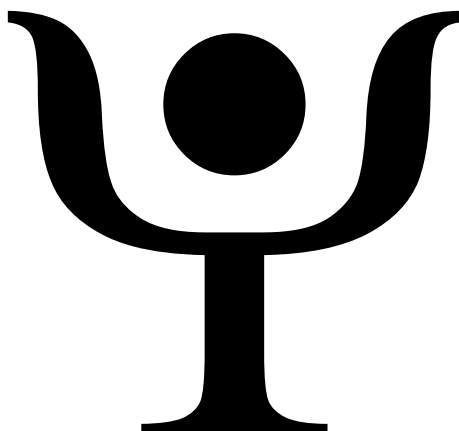
God. 3, br.3 (2016)

TREĆI SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE,
FILOZOFSKI FAKULTET U SARAJEVU,
25.-26.4.2014. GODINE

April/travanj 2016.
Sarajevo, Bosna i Hercegovina

FILOZOFSKI FAKULTET UNIVERZITETA U SARAJEVU
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU
DRUŠTVO PSIHOLOGA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

ISSN 2490-2306
(ON-LINE)



SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE
ZBORNİK RADOVA

God. 3, br.3 (2016)

TREĆI SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE,
FILOZOFSKI FAKULTET U SARAJEVU,
25.-26.4.2014. GODINE

April/travanj 2016.
Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu
Odsjek za psihologiju
Društvo psihologa u Federaciji Bosne i Hercegovine

ISSN 2490-2306

(ON-LINE)

SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE
ZBORNİK RADOVA
God. 3, br.3 (2016)

TREĆI SARAJEVSKI DANI PSIHOLOGIJE,
FILOZOFSKI FAKULTET U SARAJEVU,
25.-26.4.2014. GODINE

Uredništvo:

Dženana Husremović, Mirna Marković-Pavlović, Amela Dautbegović

Organizacioni odbor:

Jadranka Kolenović-Đapo - predsjednica Organizacionog odbora, Indira Fako,
Saša Drače, Đenita Tuće, Nina Hadžiahmetović, Remzija Šetić, Elma Pašić

Programski odbor:

Dženana Husremović– predsjednica Programskog odbora, Nermin Đapo,
Maida Koso-Drljević, Sibela Zvizdić, Enedina Hasanbegović-Anić,
Sabina Alispahić, Mirna Marković-Pavlović, Amela Dautbegović

Recenzenti:

Jadranka Kolenović Đapo, Indira Fako, Saša Drače, Dženana Husremović,
Nermin Đapo, Maida Koso - Drljević, Sibela Zvizdić,
Enedina Hasanbegović-Anić, Sabina Alispahić, Igor Krnetić

Prelom i dizajn:

Jusuf Hafizović

Izdavač:

Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu
<http://www.ff-eizdavastvo.ba/SerijskepublikacijePsihologija.aspx>

April/travanj 2016.
Sarajevo, Bosna i Hercegovina

SADRŽAJ

SADRŽAJ	5
RIJEČ UREDNIKA.....	7
KONVERGENTNA VALJANOST PGI UPITNIKA PROFESIONALNIH INTERESA KAO MJERE SFERIČNOG MODELA INTERESA I PERCEPCIJE KOMPETENCIJA - Dženana Husremović	9
OPTEREĆENJA U ŠKOLI I OBITELJSKA PODRŠKA KAO DETERMINANTE PSIHOSOMATSKIH REAKCIJA MLADIH ADOLESCENATA - Amela Dautbegović, Sibela Zvizdić	31
DOBNE I SPOLNE RAZLIKE U POVEZANOSTI NEKIH KOGNITIVNIH I SOCIO-EMOCIONALNIH ASPEKATA RAZVOJA S VRŠNJAČKIM NASILJEM I VIKTIMIZACIJOM - Tena Velki, Ivana Duvnjak, Marija Milić	49
CONTEXT DEPENDENT DIFFERENCES IN SELF-CONCEPT PRIMARY DOMAINS - Đorđe Čekrlja, Silvia Macher, Biljana Mirković.....	67
POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ UZROKOVAN TRAUMATSKIM POROĐAJEM - Vildana Aziraj-Smajić.....	81
METAKOGNITIVNA TERAPIJA OPSESIVNO KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA - Džejna Čapin, Diana Riđić.....	97
KOGNITIVNO – BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU TEŠKE DEPRESIVNE EPIZODE: PRIKAZ SLUČAJA - Zlatko Kalabić.....	113
PRIMJENA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNIH TEHNIKA U ODVIKAVANJU OD PUŠENJA - Emina Osmanović, Sandra Muratović	127
PRIMJENA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE U TRETMANU DEPRESIJE: PRIKAZ SLUČAJA - Edina Teskeredžić	139
KOGNITIVNO – BIHEVIORALNA OBJAŠNJENJA ETIOLOGIJE AGRESIVNIH OBLIKA PONAŠANJA KOD DJECE - Belma Žiga, Danijel Hopić, Mustafa Šuvalija	149
INDEKS AUTORA.....	163

RIJEČ UREDNIKA

Sarajevski dani psihologije je naziv naučnog skupa kojeg organizira Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu svake dvije godine. Na skupu se prezentiraju radovi domaćih i inozemnih autora, a učesnici imaju priliku da čuju eminentne psihologe kao pozvane predavače.

Na Trećim sarajevskim danima psihologije pozvani predavač je bio profesor Žarko Korać s temom: „Psihološki korelati i implikacije savremene politike u regionu (osnovne teze)“. Profesor Korać je postavio niz značajnih pitanja za region Balkana i istakao kako se psihologija često historijski razvijala odgovarajući na pitanja vremena, kao što je mentalno testiranje ili istraživanja Olporta i Postmana o psihologiji predrasuda. Prof.Korać je istakao kako bi bilo značajno pokušati odgovoriti koliko su događaji i tragedije našeg regiona poslednje tri decenije potakli kritičko preispitivanje nekih pretpostavki savremene psihologije. Za sada, prema riječima prof.Koraća, odgovor je pomalo razočaravajući: „Sem retkih pojedinaca, većina psihologa nije imala snage ili želje da to uradi.“

Sarajevski dani psihologije upravo jesu mjesto na kojem psiholozi imaju prostor da pokažu do kojih spoznaja se došlo na regionalnom nivou, ali i da promišljaju u temama koje se tiču današnjeg društva.

Kolege iz kliničke prakse su organizirali simpozij pod nazivom „Kognitivno bihevioralna terapija“ sa ciljem da nam prezentiraju trenutna dostignuća iz područja psihoterapije. Na simpoziju je prezentirano 12 radova o učincima kognitivno bihevioralne terapije u tretmanu različitih psiholoških problema. Sa ovog simpozija pripremljeno je 5 radova koje objavljujemo u ovom Zborniku.

U okviru sekcija iz svih područja psihologije, usmeno je prezentirano 46 radova i pripremljeno 14 poster prezentacija. Posebno mjesto na Sarajevskim danima psihologije zauzima Studentska sekcija. Ona je namijenjena poticanju budućih psihologa na istraživanja i prezentacije rezultata široj javnosti. Na Trećim sarajevskim danima prezentirano je 27 kvalitetnih studentskih radova što nam daje osnovu da vjerujemo kako će psihologija u Bosni i Hercegovini igrati još značajniju ulogu kao nauka i struka u vremenima koja dolaze.

Zahvaljujemo svima koji su bili sa nama na Trećim sarajevskim danima psihologije. Pozivamo sve da nam se pridruže u budućim aktivnostima i da svojim radovima obogate Zbornike Sarajevskih dana psihologije.

Uredništvo



KONVERGENTNA VALJANOST PGI UPITNIKA PROFESIONALNIH INTERESA KAO MJERE SFERIČNOG MODELA INTERESA I PERCEPCIJE KOMPETENCIJA

Dženana Husremović

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu

Sažetak

Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti (engl. The Personal Globe Inventory; Tracey, 2002) je instrument za mjerenje preferencija prema radnim aktivnostima, percepcije kompetencija za pojedine aktivnosti i preferencija prema određenim zanimanjima. Ovaj instrument nastao je kao rezultat istraživanja sferičnog modela profesionalnih interesa (Tracey, 1997a; Tracey i Rounds, 1996a,b). Instrument omogućava dijagnostiku koju pružaju i drugi instrumenti (kao što je Hollandov Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti), ali uključuje i mogućnost generiranja kompleksnijih i fleksibilnijih informacija. Hollandov heksagonalni model profesionalnih interesa dominira zadnjih 30 godina područjem istraživanja i mjerenja u psihologiji odabira i razvoja karijere. Holland (1997) je predložio je model šest osnovnih tipova interesa koji se mogu prikazati heksagonom. Tracey i Rounds (1996) su utvrdili postojanje još jedne dimenzije - Prestiž. Tracey je postavio sferični model sa dimenzijama Ljudi / Stvari, Podaci / Ideje i Prestiž. Cilj ovog rada je bio ispitati konvergentnu i diskriminativnu valjanost skala Tracey-jevog Upitnika sa skalama Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti baziranog na Hollandovoj teoriji, a koji je trenutno na raspolaganju u Bosni i Hercegovini. Istraživanje je provedeno na uzorku od 317 učenika završnih razreda osnovne škole. MTMM matrica PGI-a pokazuje da postoji umjereno visoka konvergentna valjanost, ali da su parametri diskriminativne valjanosti visoki što ukazuje na učešće varijance metode i nedovoljno diferenciranje interesa u ovoj razvojnoj grupi. Korelacijske matrice za tri subskale oba upitnika ukazuju da su korelacije između rezultata na korespondentnim skalama od 0,4 do 0,57. Osim toga, rezultati korelacija između skala na Hollandovom upitniku i kompozitnih skala na Tracey-jevom upitniku ukazuju da postoje umjerene do visoke korelacije između Hollandovih tipova i korespondentnih dimenzija sferičnog modela. Uz dodatne analize Tracey-jev upitnik može biti korišten kao detaljnija i fleksibilnija mjera u karijernoj orijentaciji.

Ključne riječi: *profesionalni interesi, heksagonalni model, sferični model, MTMM matrica*

Abstract

PGI (Personal Globe Inventory; Tracey 2002) is the measure of professional interests for work activities, perception of competencies and preferences for particular occupations. This instrument was designed based on the research of the spherical model of professional interests (Tracey, 1997; Tracey and Rounds, 1996). PGI enables users to generate complex and flexible information about client's interests in specific vocational areas. Holland's hexagonal model (1997) of professional interests has been dominant in the researches of vocational interests for the past 30 years. Holland proposed the six basic types of interests which are presented in hexagonal structure. Tracey and Rounds (1996) proposed additional dimension – prestige. Tracey developed the spherical model of interests which includes basic Prediger's dimensions people – things and data – ideas and dimensions of prestige and which incorporates Holland's types too. The main goal of this research was assessment of convergent validity of the PGI (adapted by Šverko, 2008) with Questionnaire of professional interests and preferences constructed on Holland's theory (proMENTE, 2004). The participants were 317 elementary school students in their senior year before starting high school education. MPM matrix for PGI scales indicates that there is moderately high convergent validity among scales which measure the same trait (correlations between 0,4 and 0,57). The correlations of discriminant validity are relatively high which indicates the common method bias and insufficient differentiation of interests in this age group, probably due to the lack of systematic career counseling activities in the schools. The correlations between corresponding scales on two measures are also moderately high. Since PGI is much more detailed and flexible, with additional analysis, especially for Enterprising type, it might be used as better tool than previously used Questionnaire of professional interests and preferences for career counseling in the schools.

Uvod

Odabir i razvoj karijere predstavljaju jednu od najvažnijih aktivnosti tokom čitavog života pojedinca. Rad psihologa u području odabira i razvoja karijere uključuje informiranje i savjetovanje. Neovisno o kojem se području radi, jedna od glavnih dijagnostičkih aktivnosti je ispitivanje profesionalnih interesa sa ciljem utvrđivanja radnih područja u okviru klijenti mogu najuspješnije graditi svoj karijerni put. Iako ispitivanja obično uključuju primjenu niza dijagnostičkih instrumenata, upitnici za ispitivanje profesionalnih interesa predstavljaju standardni dio baterije testova.

Profesionalni interesi predstavljaju jedno od najstarijih i najizazovnijih područja individualnih razlika (Lubinski & Dawis, 1995), te najpopularnije karakteristike za karakteriziranje, uspoređivanje i usklađivanje osobe i okoline (Hogan i Blake, 1996; prema Low, Yoon, Roberts, & Rounds, 2005). Interesi već dugo imaju veliku ulogu u empirijskim istraživanjima u području odabira i razvoja karijere, savjetovanja o odabiru i razvoju karijere, selekciji, motivaciji, zadovoljstvu poslom, stresu na poslu i uspješnosti u obavljanju posla. Kao glavna determinanta odabira karijere, profesionalni interesi imaju ulogu „pilota“ u odabiru vrste i raspona uloga koje osoba preuzima, kao i u ostvarivanju socijalnih interakcija. Iako definicije interesa variraju (Savickas, 1999), najčešće objašnjenje je da su interesi koherentne i relativno trajne kognitivne strukture koje karakteriziraju stilove sviđanja i nesviđanja i njihovu konzistentnost u vremenu. Interesi predstavljaju želju pojedinca za obavljanjem određenog broja poslova ili aktivnosti. Smatra se da su interesi relativno stabilni u vremenu i da se stabiliziraju u kasnoj adolescenciji.

Prema teoriji J.L. Hollanda (1997) profesionalni aspekt selfa je okarakterisan interesima, preferiranim aktivnostima, uvjerenjima o vlastitim kompetencijama, te samoprocjenom sposobnosti. Uvjerenja o vlastitim kompetencijama i interesi su produkt učenja koji vodi ka tome da nam se sviđaju ili ne sviđaju određene aktivnosti. Interesi su proučavani sa situacijskog i dispozicijskog aspekta. Situacijski interesi su prolazni i specifični za određeni kontekst. Povezani su sa emocionalnim statusom u kojem je osoba za vrijeme neke specifične aktivnosti (Hidi, Renninger, & Krapp, 1992). Situacijski interesi su uglavnom ispitivani u edukacijskom okruženju i povezani su sa učenikovom pažnjom na materijal koji uči i istrajnost u učenju. S druge strane, interesi iz dispozicijskog aspekta predstavljaju individualnu psihološku dispoziciju povezanu sa individualnim preferencijama ka određenoj aktivnosti. I individualni interesi u edukacijskim istraživanjima i profesionalni interesi u organizacijskoj psihologiji potiču iz dispozicijske perspektive. Profesionalni interesi su premisa formiranja sklada između osobe i okoline kako bi se unaprijedio profesionalni uspjeh i zadovoljstvo na poslu. U osnovi, akademski / školski interesi i profesionalni interesi upućuju na istu dispozicijsku karakteristiku. Preferiranje

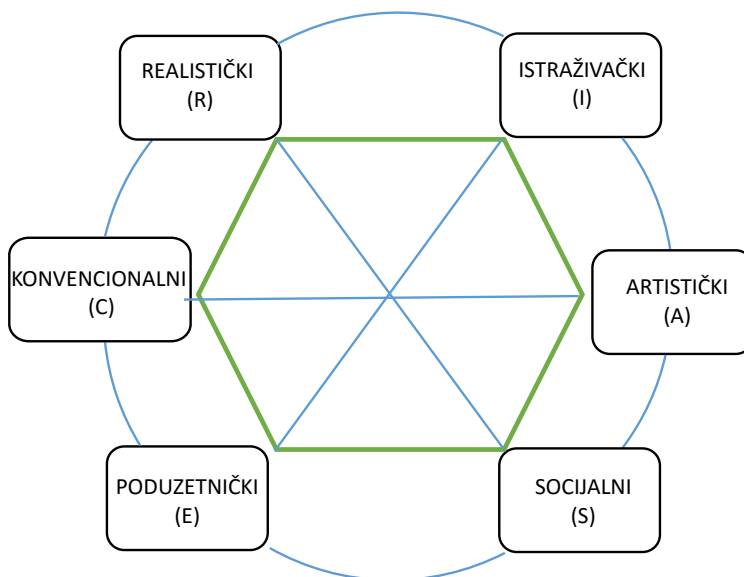
određenih školskih predmeta ili aktivnosti je sistematski povezano sa profesionalnim interesima (Elsworth, Harvey-Beavis, Ainley, & Fabris, 1999), a profesionalni interesi su sistematski povezani sa područjima koje osobe biraju za proučavanje na visokoškolskim ustanovama (Rosen, Holmberg, & Holland, 1994).

Struktura profesionalnih interesa

Profesionalnim interesima istraživači su se bavili iz dvije perspektive. Prva perspektiva bi se mogla nazvati i sadržajnom jer modeli u okviru ove perspektive gledaju na interese kao individualne karakteristike koje je potrebno uskladiti sa okruženjem (Holland, 1997; (Rounds & Tracey, 1990), dok je druga – procesna perspektiva u okviru koje istraživači pokušavaju da objasne kako se interesi mijenjaju kroz vrijeme u funkciji sazrijevanja i interakcije sa okruženjem (npr. Savickas, 1999; Vondracek, Lerner, & Schulenberg, 1986).

Testovi profesionalnih interesa proističu iz prve perspektive. Tracey i Rounds (1996) su u preglednom članku ponudili historijat razvoja cirkularnog modela profesionalnih interesa. Prema autorima, još je 1956. godine Ann Roe predložila osam kategorija zanimanja i organizirala ih u cirkularnu strukturu. Ovaj model imao je značajan uticaj na proučavanje i razumijevanje profesionalnih interesa. 1968. godine John Holland i Doug Whitney su organizirali šest tipova ličnosti u model heksagona, te ustanovili poveznice i razlike među pojedinim tipovima. Ovaj model poznat je kao RIASEC model što je akronim za šest tipova ličnosti (realistički, istraživački, umjetnički, socijalni, poduzetnički i konvencionalni). Prema Hollandu, svi ljudi su kombinacija ovih tipova pri čemu su najčešće kombinacije između susjednih tipova u heksagonu.

Hollandov heksagonalni model služi kao dijagnostički sistem. Početna dijagnostika se odnosi na određivanje dvokoda ili trokoda koji objašnjava profesionalne interese individue. Osim toga, dijagnostički sistem je baziran na nekoliko indikatora: indikatorima kongruencije, konzistencije, diferencijacije i identiteta (Spokane, Luchetta, & Richwine, 2002). Kongruencija se odnosi na usklađenost između osobe i okruženja. Konzistencija je mjera unutarnje koherentnosti rezultata na tipovima i određuje se kao pozicija prva dva slova u trokodu. Što su prva dva slova bliže pozicionirana u Hollandovom heksagonu to je konzistencija interesa veća (na primjer R i I su dva susjedna tipa i između njih postoji veća harmonija nego između R i S). Diferencijacija je mjera kristalizacije interesa i određuje se kao razlika u rezultatu između najvišeg i najnižeg rezultata. Identitet je povezan sa konzistencijom i diferencijacijom i ukazuje na stepen jasnoće „slike koju osoba ima o svojim ciljevima, interesima i talentima“ (Holland, 1997, str.26). U meta-analitičkoj studiji 104 istraživanja rađena na populaciji ispitanika starosti 14 godina i više, Tracey i Rounds



Ilustracija 1. Hollandov heksagon profesionalnih interesa

(1993) dobili su podržavajuće rezultate za cirkularnu strukturu interesa. Još jedan model vrijedan pažnje, koji je komplementaran Hollandovom modelu, predložio je Prediger (Prediger, 1982) (Prediger & Vansickle, 1992). Prediger je iskoristio postojeću dvodimenzionalnu strukturu Hollandovog heksagona da objasni ove dvije dimenzije na kojima počiva heksagon. Predložio je da se interesi i okruženja mogu objasniti dvjema bipolarnim dimenzijama – ljudi/stvari (koja objašnjava razliku između socijalnog i realističkog tipa koji leže na suprotnim stranama, te podaci/ideje (koja objašnjava razliku između konvencionalnog i poduzetničkog tipa na strani podataka, te istraživačkog i umjetničkog tipa na strani ideja).

Tracey i Rounds (1996) su predložili sferičnu strukturu profesionalnih preferencija. Iako njihov model slijedi modele Roe i Hollanda, ovaj sferični model se naslanja na radove interpersonalnih teoretičara, te tretira interese kao arbitrarne apstrakcije i inkorporira u osnovne preferencije dimenziju prestiža. Što ovo znači? Tracey i Rounds (1995) su u istraživanju interesa pokazali da se pitanja iz upitnika interesa raspodjeljuju oko kruga koji može biti podijeljen u šestine (kako bi reprezentirao Hollanda), osmine (prema Roe) ili četvrtine (prema Predigerovim dimenzijama ljudi – podaci, ideje – stvari).

Tracey i Rounds također argumentiraju da je broj tipova reprezentiranih u krugu interesa arbitraran i svaka podjela je jednako valjana, ali da je bolje adaptirati broj tipova prema potrebama korisnika testiranja umjesto pristupa „jedna podjela odgovara svakome“. To bi značilo da je, u adaptivnom pristupu testiranju interesa,

moguće prilagođavati broj tipova ili širinu interesa kao i detaljnost (dubinu) unutar pojedinih interesa. Na primjer, korisniku koji ima jako malo znanja o svojim interesima (djeca u osnovnoj školi) više odgovara da dobije globalne informacije o tipovima interesa, dok korisnicima koji su u procesu sužavanja područja više odgovara detaljnija, specifičnija, odnosno dublja perspektiva o njegovim interesima (student ili odrasla osoba koja traži promjenu u pravcu razvoja karijere). Stoga su Tracey i Rounds predložili krug interesa koji je adaptabilan u smislu podjele na tipove.

U svojim radovima 1996, Tracey i Rounds našli su podršku za prisutnost treće dimenzije (pored dvije Predigerove), a to je prestiž. Prestiž u ranijoj literaturi i teorijama nalazimo pod nazivima status (Holland, 1985), obrazovni nivo (Campbell, 1971), stepen treninga (Holland 1985) ili nivo težine i odgovornosti (Roe, 1956). Prestiž je jedan od centralnih konstrukata u Gottfredson-inoj teoriji (Gottfredson, 2002). Ona eksplicitno inkorporira prestiž kao jedan od najvažnijih elemenata na osnovu kojeg individue određuju alternative i biraju zanimanje. S druge strane, sve do pojave Inventara profesionalnih preferencija (Tracey i Rounds, 1996) ova dimenzija nije bila sastavni dio instrumenata za procjenu.

Upitnik profesionalnih interesa i preferencija

Na osnovu empirijskih pokazatelja, istraživanja i kritika drugih instrumenata, Tracey (2002) je konstruirao Upitnik profesionalnih interesa i preferencija (engl. Personal Globe Inventory ili PGI). Ovaj upitnik ima ukupno 18 skala koje reprezentiraju tri dimenzije strukture interesa: ljudi/stvari, podaci/ideje i prestiž). Skale su distribuirane ekvidistantno u odnosu na središnju tačku koordinatnog sistema kojeg tvore dimenzije i koje onda formiraju loptu ili globus. Na ekvatoru lopte nalaze se osnovne skale koje korespondiraju sa dvodimenzionalnim presjekom Hollandove strukture interesa. Na sjevernom polu lopte nalaze se skale interesa za zanimanja visokog prestiža, a na južnom polu lopte su skale interesa za zanimanja niskog prestiža. Svaka od 18 skala sadrži tri tipa pitanja: preferencija aktivnosti, percepcija kompetentnosti za izvođenje aktivnosti i preferencije zanimanja. Unutar svakog tipa pitanja definirano je po 6 pitanja, tako da se ukupni rezultat za svaku skalu izračunava na osnovu 18 pitanja. Bazične skale ovog upitnika su: društveno funkcioniranje, upravljanje, računovodstvo, elektrotehnika, mehanika, prirodopis, umjetnost i podučavanje. Skale visokog prestiža su: društvene znanosti, prirodne znanosti, poslovni sistemi, finansijske analize i utjecaj. Skale niskog prestiža su: kontrola kvalitete, manuelni rad, osobne usluge, poslovne usluge i gradnja/ popravci. Tracey (2002) je ponudio iscrpna uputstva o mogućnostima PGI-a, te formiranju rezultata u zavisnosti od teorijskog okvira koji se koristi u savjetovanju ili istraživanjima. Detaljno je opisao i formiranje rezultata na osnovu pitanja PGI-a

koji korespondiraju Hollandovoj tipologiji. Personal Globe Inventory je adaptiran za korištenje u Srbiji i Hrvatskoj (Hedrih, 2008) (Šverko, 2008). U oba istraživanja dobivena je očekivana faktorska struktura od 4 faktora, pri čemu je prvi generalni faktor interesa.

Trenutna situacija u Bosni i Hercegovini u području testiranja interesa za karijernu orijentaciju nije najpovoljnija. Prema saznanju autora, nema dovoljno metrijski provjerenih upitnika profesionalnih interesa koji bi savjetodavcima, istraživačima, ali i korisnicima omogućili dobivanje valjanih i pouzdanih informacija o profesionalnim preferencijama. Organizacija proMENTE socijalna istraživanja (2004) je u okviru projekta „Moja karijera“ razvila Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti za učenike osnovnih i srednjih škola baziran na Hollandovoj tipologiji, koji trenutno jedini omogućava ustanovljavanje profesionalnih kodova i njihovo uspoređivanje sa kodovima zanimanja datih u bazama zanimanja kao što je O'Net. Osim ovog upitnika, ne postoji drugi upitnik koji bi bio multimodalan i omogućavao prilagođavanje dijagnostike i intervencije na način kako to omogućava PGI.

Cilj i zadaci istraživanja

Glavni cilj istraživanja je bio utvrditi konvergentnu i diskriminativnu valjanost PGI Upitnika profesionalnih interesa, kao i povezanost sa skalama Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti.

Osnovni zadaci ovog istraživanja su bili:

1. Utvrditi konvergentnu i diskriminativnu valjanost skala PGI upitnika
2. Utvrditi konvergentnu i diskriminativnu valjanost skala PGI i globalnih kompozitnih skala prema skalama Hollandovog upitnika

U skladu sa glavnim zadacima i ciljem istraživanja definirane su dvije hipoteze:

1. Na tri seta subskala dva upitnika (PGI Upitnika profesionalnih interesa i Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti) postojaće više korelacije među skalama koje mjere iste profesionalne interese nego između setova interesa koji nisu isti
2. Kompozitne skale PGI Upitnika profesionalnih interesa imaće više korelacije sa korespondentnim tipovima interesa na Hollandovom upitniku nego sa ostalim interesima

Metodologija istraživanja

Instrumenti

U ovom istraživanju korištena su dva instrumenta:

1. PGI Upitnik profesionalnih interesa (Tracey 2002, adaptirala Šverko, 2008). Upitnik je sastavljen od tri dijela, od kojih su dva grupirana u jedan zajednički format. Upitnik preferencija i procjene uspješnosti u radnim aktivnostima sadrži 113 tvrdnji, a zadatak ispitanika je da za svaku tvrdnju procijeni: koliko mu se ta aktivnost sviđa i koliko procjenjuje da bi bio uspješan u njoj na skali od 1 do 7, pri čemu je 1 „izrazito neuspješan“ i „izrazito mi se ne sviđa“, a 7 je „izrazito uspješan“ i „izrazito mi se sviđa“. Primjer pitanja je „Davati finansijske savjete“ ili „Prodavati kućne ljubimce“. Drugi dio upitnika odnosi se na preferencije zanimanja. U ovom dijelu ponuđeno je 108 zanimanja i zadatak ispitanika je bio da ocijeni na skali od 1 do 7 koliko mu se sviđa svako od ponuđenih zanimanja. Primjeri zanimanja su „Psihijatar“ ili „Hotelski činovnik“.

2. Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti (proMENTE,2004) – ovo je upitnik otvorene licence dizajniran na osnovu Hollandove teorije u okviru projekta „Moja karijera“. Ovaj upitnik također ima tri dijela – interesi, aktivnosti i zanimanja u okviru kojih su pripremljene po četiri tvrdnje za svaki tip interesa. Kompozitni skor se izračunava na 12 tvrdnji za šest tipova interesa. Zadatak ispitanika je bio da za svaku tvrdnju ili zanimanje procijene koliko se vide uspješnim ili koliko im se ta aktivnosti ili zanimanje sviđa.

Ova dva upitnika, iako slični po teorijskoj pozadini, strukturi pitanja i načinu mjerenja razlikuju se po nekoliko obilježja. Obilježja u kojima PGI ima prednost su:

1. Broj pojedinačnih mjerenja – PGI sadrži 113 tvrdnji na koje ispitanik daje dva odgovora – koliko mu se aktivnost sviđa i kako procjenjuje svoju efikasnost u toj aktivnosti, što je ukupno 226 mjerenja. Osim toga, ispitanik ocjenjuje preferencije za 108 zanimanja tako da je ukupan broj mjerenja 334. Hollandov upitnik sadrži po 12 tvrdnji za svaki interes što je ukupno 72 mjerenja.

2. Širina i dubina područja –PGI pokriva mnogo širi raspon ljudske djelatnosti nego Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti.

3. Dijagnostičke mogućnosti – multimodalna koncepcija PGI Upitnika daje mnogo više mogućnosti rada u dijagnostici profesionalnih interesa.

S druge strane, prednosti Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti su:

1. Vrijeme popunjavanja – Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti je vremenski ekonomičniji. U situacijama grupnog rada, kao što je u školama, njegova ekonomičnost je velika prednost.

2. Vrednovanje i interpretacija rezultata – Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti je u formi papir – olovka pripremljen tako da učenik može vrlo brzo odrediti svoje rezultate i identificirati svoje dominantne interese. Ovakvim načinom bodovanja postiže se značajan cilj testiranja, a to je samospoznaja i lični razvoj, što je glavna svrha savjetovanja (Finn & Tonsager, 1997). Vrednovanje i interpretiranje PGI-a zahtijeva više ekspertize, vremena i pažnje, posebno u formiranju kompozitnih skorova za interpretaciju u okviru Hollandovog heksagona.

Ispitanici

U ispitivanju je učestvovalo 317 učenika završnih razreda osnovnih škola na području Kantona Sarajevo u školskoj 2011/2012 godini, od čega je 155 djevojčica i 161 dječak (jedan ispitanik nije prijavio spol), prosječne dobi 15 godina.

Postupak

Ispitivanje je provedeno u okviru šireg istraživanja na časovima odjeljenskih zajednica, a dva upitnika su zadana u vremenskom razmaku od 15 dana kako bi se smanjila pristranost zajedničke metode (Podsakoff, MacKenzie, & Podsakoff, 2013).

Rezultati i diskusija

Pouzdanost pojedinih skala PGI Upitnika profesionalnih interesa

Kako bi utvrdili pouzdanost skala u PGI upitniku izračunati su Cronbach-ovi koeficijenti za sve skale pojedinačno, kao i koeficijent pouzdanosti za kompozitne skale. Dobiveni koeficijenti prikazani su u Tabeli 1.

Pregledom koeficijenata pouzdanosti uočava se da, kod skala zanimanja, skala društvenog funkcioniranja ima najniži koeficijent (0,63), dok su koeficijenti ostalih skala kreću u rasponu od 0,72 do 0,92. Sličan nalaz dobio je i Hedrih (2008) u istraživanju u Srbiji. Vjerovatni razlog nižoj pouzdanosti ove skale je što ponuđena zanimanja (kao i kod svakog upitnika interesa) dolaze iz različitih područja funkcioniranja kako bi se ispitanicima sa sličnim interesima, ali različitim područjima prema kojima je taj interes usmjeren, ponudila mogućnost da pronađu svoje opcije. Tako se u ovoj skali nalazi zanimanje „Prodavač odjeće“ koje vrlo nisko korelira sa nekim drugim zanimanjima kao što su „Direktor za društvene poslove“ i „Direktor za publicitet“. Ipak, rezultati inter-item korelacija pokazuju da između pitanja nema negativnih korelacija, što upućuje da je niža pouzdanost prije svega posljedica heterogenosti

Tabela 1

Pouzdanost skala PGI

Skale	Zanimanja	Preferencije aktivnosti	Procjena efikasnosti	Kompozitna skala
OSNOVNE SKALE				
Društveno funkcioniranje	0,63	0,77	0,76	0,86
Upravljanje	0,73	0,68	0,67	0,84
Računovodstvo	0,83	0,80	0,80	0,91
Elektrotehnika	0,87	0,76	0,76	0,90
Mehanika	0,72	0,78	0,77	0,89
Prirodopis	0,74	0,73	0,77	0,88
Umjetnost	0,84	0,84	0,81	0,93
Podučavanje	0,82	0,74	0,77	0,90
Skale visokog prestiža				
Društvene znanosti	0,87	0,86	0,86	0,94
Utjecaj	0,76	0,78	0,80	0,90
Poslovni sistemi	0,91	0,79	0,81	0,91
Finansijske analize	0,83	0,85	0,87	0,94
Prirodne znanosti	0,82	0,81	0,82	0,92
Skale niskog prestiža				
Kontrola kvalitete	0,77	0,79	0,77	0,90
Fizički rad	0,78	0,84	0,85	0,92
Osobne usluge	0,76	0,75	0,73	0,86
Gradnja i popravci	0,81	0,84	0,86	0,92
Osnovne usluge	0,75	0,75	0,75	0,86

područja zanimanja. U području Upravljanja dvije skale imaju pouzdanost nižu od 0,7. To su skale preferencija aktivnosti i percepcije efikasnosti u aktivnostima. Pitanje koje u ovim dvjema skalama smanjuje pouzdanost je „Prodavati robu“. Ovo pitanje ima gotovo nulte korelacije u obje skale sa pitanjima „Voditi ured“ i „organizirati vođenje uredskih spisa“. Međutim, item-total korelacijska matrica pokazuje da ovo pitanje „Prodavati robu“ ima pozitivnu povezanost sa ukupnim rezultatom na skali što ipak ukazuje da, zbog pokrivenosti profesionalnih područja, i pitanja koja nemaju značajne korelacije sa drugim pitanjima u skali, u slučaju upitnika interesa, trebaju biti zadržana radi dijagnostike. Koeficijenti pouzdanosti kompozitnih skala kreću se u rasponu od 0,84 do 0,94 što ukazuje da je PGI precizan instrument za određivanje područja profesionalnih interesa, te da je njegova obimnost opravdana jer se velikim brojem pitanja pokriva veliki broj profesionalnih aktivnosti, koje su heterogene i ne moraju na manifestnoj razini biti prepoznate kao povezane zajedničkim interesima.

Konvergentna i diskriminativna valjanost PGI skala – MTMM MATRICA

Kako bi se ispitala konvergentna i diskriminativna valjanost kompozitnih skala prema algoritmu za formiranje skorova prema Hollandovim kodovima unutar upitnika PGI (Tracey, 2002) korištena je MTMM matrica. Ovu metodu za određivanje konvergentne i diskriminativne valjanosti u području profesionalnih interesa koristili su Savickas, Taber i Spokane (2002) kako bi ustanovili povezanost 5 inventara interesa koji su najviše u upotrebi.

Metode su definirane kao tri dijela upitnika (zanimanja, preferencije i efikasnost), dok su kao crte korišteni Hollandovi tipovi (RIASEC). MTMM matrica sadrži četiri osnovna dijela (Campbell & Fiske, 1959):

1. Glavnu dijagonalu pouzdanosti
2. Dijagonale konvergentne valjanosti koje povezuju korelacije između istih tipova mjerenih različitim metodama
3. Trokutove različita crta – ista metoda u kojima se nalaze korelacije između različitih tipova mjerenih istom metodom
4. Trokutove različita crta – različita metoda u u kojima se nalaze korelacije između različitih tipova mjerenih različitom metodom

Očekuje se da će korelacije u dijagonalama konvergentne valjanosti biti visoke i više od ostalih korelacija što ukazuje da se različitim metodama zaista mjerila ista crta. Korelacije u trokutovima trebaju biti niže, i to u trokutu različita crta – različita metoda niže od korelacija u trokutovima različita crta – ista metoda jer u drugim korelacija može sadržavati i faktor metode.

U slučaju mjerenja profesionalnih interesa prema Hollandovoj tipologiji, očekuje se također i da će korelacije među susjednim tipovima u Hollandovom heksagonu biti više od korelacija među suprotnim tipovima (R –S; I-E i A-C).

Konvergentna valjanost

Konvergentna valjanost u MTMM matrici se čita u dijagonalama valjanosti koje sadrže korelacije između istih tipova mjerenih različitim metodama. Ove korelacije bi trebale da budu najviše unutar MTMM matrice. U tabeli 1, dijagonale valjanosti su prikazane tamnije obojene. Primjećuje se da su sve korelacije visoke i značajne, što govori o tome da testne rezultate na PGI RIASEC skalama možemo interpretirati kao da mjere istu crtu. Osim toga, primjećuje se da su najviše korelacije između skala preferencija i efikasnosti. U objašnjenju ovih korelacija treba biti uzeta u obzir i činjenica da je vjerovatno došlo do inflacije korelacije uslijed metode ispitivanja (ove dvije skale se simultano popunjavaju tako da učenik odgovara prvo koliko mu se aktivnost sviđa, a odmah potom i koliko procjenjuje da bi bio efikasan u njoj). Korelacije između skala zanimanja i druge dvije skale su niže, ali visoke i značajne .

Usporedbom korelacija konvergentne valjanosti u odnosu na korelacije diskriminativne valjanosti – korelacije metode primjećuje se da su najviše korelacije metode u većini slučajeva malo, ali ipak više od niže korelacije konvergentne valjanosti. Dodatno, i korelacije među pogreškama (iz trokutova različita crta, različita metoda) su vrlo blizu po vrijednosti nižoj vrijednosti korelacije konvergentne valjanosti. Za ovaj nalaz moguće je dati nekoliko objašnjenja. Prvo, ovo ukazuje na to da metoda objašnjava značajno kovarianje među skalama (Podsakoff, MacKenzie, & Podsakoff, 2013). To je posljedica načina prikupljanja podataka gdje su učenici u jednoj vremenskoj tački davali odgovore na čitav upitnik. Drugo objašnjenje je statističko i teoretsko. Prema istraživanjima faktorske strukture upitnika profesionalnih interesa i sa njom povezane literature (Prediger, 1982; Prediger & Vansickle, 1992; (Rounds & Tracey, 1993); (Tracey T. J., 1997); Šverko, 2008; Hedrih, 2008) prva komponenta u svim istraživanjima je generalni faktor koji se definira kao generalni nivo zainteresiranosti. Postojanje zajedničkog faktora u svim pitanjima vodi ka višim korelacijama ne samo unutar crte, nego i između crta. Treće moguće objašnjenje vezano je za uzorak. Uzorak u ovom istraživanju su osnovnoškolci prosječne dobi oko 14 godina. Niz teorija koje objašnjavaju razvoj interesa (Lent, Brown, & Hackett, 2002) ističu da je razvoj interesa vezan za razvoj percepcije samoeфикаsnosti, odnosno percepcije vlastitih kompetencija. Interesi se dosta dugo formiraju i postižu stabilnost u kasnoj adolescenciji. Uzimajući u obzir da učenici osnovnih škola u Bosni i Hercegovini nemaju dovoljno prilike da promišljaju o svojim interesima u okviru karijerne orijentacije, za pretpostaviti je da oni još uvijek nemaju dovoljno jasno izdiferenciran profil kako percepcije kompetencija, tako i preferencije pojedinih grupa aktivnosti. Najviše korelacije diskriminacijske valjanosti su među susjednim tipovima, a posebno niske korelacije su između suprotnih tipova na Hollandovom heksagonu, što ukazuje na cirkularnu strukturu profesionalnih interesa.

Artistički tip se najjasnije diferencira. Artistički tip ima korelacije u dijagonalama valjanosti $r_{ZA,SA} = 0,72$; $r_{ZA,EA} = 0,59$; $r_{SA,EA} = 0,77$, dok su korelacije ovog tipa sa svim drugim tipovima unutar metode i u različitim metodama (korelacije diskriminativne valjanosti) niže. Jedine korelacije diskriminativne valjanosti koje se približavaju vrijednostima konvergentne valjanosti su one koje artistički tip ima sa svojim susjednim tipovima (socijalnim i istraživačkim tipom). Skale sa najnižim koeficijentima konvergentne valjanosti su skale poduzetničkog tipa. Nalaz vezan za ovu skalu sličan je nalazima dobivenim u ranijim istraživanjima (Husremović, 2006) u kojoj je upravo skala poduzetničkog tipa imala najnejasniju faktorsku strukturu na Upitniku profesionalnih interesa i sklonosti (proMENTE, 2004), kao i najniže koeficijente povezanosti sa korespondentnim skalama SDS-a (Holland, 1985).

Tabela 2

MTMM matrica profesionalnih interesa na PGI skalam

	ZANIMANJA					PREFERENCJE					EFIKASNOST					
	Z	A	S	E	C	Z	A	S	E	C	Z	A	S	E	C	
ZANIMANJA																
R																
I	0,57**															
A	0,26**	0,54**														
S	0,27**	0,49**	0,55**													
E	0,46**	0,43**	0,30**	0,62**												
C	0,67**	0,43**	0,17**	0,32**	0,63**											
R	0,60**	0,40**	0,18**	0,18**	0,34**	0,62**										
PREFERENCJE																
I	0,36**	0,57**	0,48**	0,41**	0,28**	0,22**	0,41**									
A	0,21**	0,45**	0,72**	0,44**	0,22**	0,1	0,22**	0,66**								
S	0,16**	0,40**	0,53**	0,65**	0,36**	0,08	0,22**	0,59**	0,65**							
E	0,38**	0,42**	0,39**	0,52**	0,58**	0,37**	0,47**	0,47**	0,46**	0,74**						
C	0,56**	0,38**	0,24**	0,32**	0,48**	0,60**	0,69**	0,46**	0,32**	0,33**	0,58**					
R	0,51**	0,32**	0,14*	0,12*	0,27**	0,55**	0,80**	0,30**	0,12*	0,06	0,30**	0,56**				
EFIKASNOST																
I	0,31**	0,50**	0,41**	0,34**	0,20**	0,16**	0,31**	0,80**	0,52**	0,41**	0,29**	0,36**	0,44**			
A	0,14*	0,35**	0,59**	0,37**	0,17**	0,08	0,16**	0,50**	0,77**	0,45**	0,30**	0,24**	0,28**	0,65**		
S	0,07	0,31**	0,46**	0,63**	0,33**	0,05	0,09	0,46**	0,51**	0,76**	0,50**	0,20**	0,20**	0,54**	0,58**	
E	0,23**	0,33**	0,32**	0,48**	0,27**	0,05	0,25**	0,35**	0,32**	0,45**	0,57**	0,37**	0,41**	0,46**	0,42**	
C	0,47**	0,31**	0,17**	0,23**	0,40**	0,54**	0,55**	0,35**	0,19**	0,12*	0,34**	0,79**	0,71**	0,51**	0,35**	
															0,30**	
																0,53**

** :Korelacija značajna na 0.01

Tabela 3

Sažetak MTMM matrice profesionalnih interesa na PGI skalama

	Skala	Konvergentna valjanost		Metoda			Pogreška		
		Niža	Viša	Median	Min	Max	Median	Min	Max
zanimanja	R	0,51	0,60	0,52	0,26	0,67	0,27	0,07	0,56
	I	0,50	0,57	0,49	0,43	0,57	0,37	0,31	0,45
	A	0,59	0,72	0,30	0,17	0,55	0,36	0,14	0,53
	S	0,63	0,65	0,49	0,27	0,62	0,36	0,12	0,52
	E	0,48	0,58	0,46	0,30	0,63	0,31	0,17	0,48
	C	0,54	0,60	0,43	0,17	0,67	0,19	0,05	0,62
preferencije	R	0,60	0,80	0,22	0,22	0,69	0,30	0,06	0,56
	I	0,57	0,80	0,47	0,41	0,66	0,36	0,22	0,50
	A	0,72	0,77	0,46	0,22	0,66	0,27	0,10	0,52
	S	0,65	0,76	0,59	0,22	0,74	0,38	0,06	0,53
	E	0,58	0,57	0,47	0,46	0,74	0,38	0,29	0,52
	C	0,60	0,79	0,46	0,32	0,69	0,37	0,20	0,56
efikasnost	R	0,51	0,80	0,41	0,20	0,71	0,29	0,06	0,56
	I	0,50	0,80	0,51	0,44	0,65	0,33	0,16	0,52
	A	0,59	0,77	0,42	0,28	0,65	0,27	0,08	0,50
	S	0,63	0,76	0,54	0,20	0,75	0,32	0,05	0,51
	E	0,48	0,57	0,46	0,41	0,75	0,33	0,23	0,48
	C	0,54	0,79	0,51	0,30	0,71	0,33	0,12	0,55

Konvergentna i diskriminativna valjanost skala PGI-ja sa skalama Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti

Kako bi se utvrdila povezanost mjera PGI-ja sa upitnikom konstruisanim prema Hollandovoj metodologiji, izračunate su matrice korelacija pojedinačnih skala, kao i kompozitnih skala ova dva upitnika. Pripremljene su tri matrice (zanimanja, efikasnost i preferencije), kao i matrica korelacija ukupnih skorova na tipovima.

Korelacije konvergentne valjanosti za skale su značajne i umjereno visoke. Najviša korelacija je za skale socijalnog tipa (0,51). Ovo je ujedno i najviša korelacija u matrici. U trokutovima diskriminativne valjanosti uočava se razlika u visini korelacija između skala koje mjere susjedne tipove i skala koje mjere suprotne tipove. Na primjer, skala PGI konvencionalnog tipa ima visoke korelacije sa Hollandovim skalama realističnog i poduzetničkog tipa, dok su ostale korelacije ove skale sa drugima tipovima vrlo

Tabela 4

Matrica korelacija za Skale zanimanja

	HOL- LAND_Z_R	HOLLAND_Z_I	HOL- LAND_Z_A	HOL- LAND_Z_S	HOL- LAND_Z_E	HOL- LAND_Z_C
PGI_Z_R	<u>0,47</u>	0,26	0,09	0,11	0,38	0,34
PGI_Z_I	0,20	<u>0,43</u>	0,22	0,17	0,19	0,18
PGI_Z_A	-0,04	0,39	<u>0,46</u>	0,28	-0,01	0,02
PGI_Z_S	-0,07	0,36	0,41	<u>0,51</u>	0,05	0,12
PGI_Z_E	0,15	0,18	0,28	0,22	<u>0,41</u>	0,31
PGI_Z_C	0,45	0,11	0,08	0,09	0,42	<u>0,41</u>

niske. Ovaj nalaz potvrđuje osnovnu Hollandovu ideju da postoji konzistencija u preferencijama, odnosno veće slaganje među susjednim tipovima interesa.

U dijagonali konvergentne valjanosti za skale preferencija nalaze se najviše korelacije u matrici što ukazuje da skale mjere slične konstrukte. Ovo jedino ne važi za korelaciju skala preferencija za poduzetnički tip. Korelacija od 0,17 ukazuje da postoji problem sa mjerenjem poduzetničkog tipa. Vjerovatni razlog ovako niske korelacije je to što su pitanja u Hollandovom upitniku jako usmjerena na područje menadžerskih aktivnosti (pitanja u ovom dijelu upitnika su: „Volio bih rukovoditi ljudima“; „Volio bih se baviti menadžerskim poslovima“) dok pitanja u PGI-ju pokrivaju širi dijapazon područja rada, a u kojima se također očekuju poduzetnički interesi.

Tabela 5

Matrica korelacija među skalama preferencija

	HOL- LAND_S_R	HOLLAND_S_I	HOL- LAND_S_A	HOL- LAND_S_S	HOL- LAND_S_E	HOL- LAND_S_C
PGI_S_R	<u>0,46</u>	0,21	0,02	0,06	0,18	0,31
PGI_S_I	0,13	<u>0,40</u>	0,29	0,22	0,12	0,14
PGI_S_A	0,12	0,25	<u>0,39</u>	0,27	-0,02	-0,04
PGI_S_S	0,08	0,20	0,31	<u>0,47</u>	0,06	0,01
PGI_S_E	0,20	0,14	0,14	0,31	<u>0,17</u>	0,20
PGI_S_C	0,31	0,37	0,04	0,14	0,28	<u>0,44</u>

Korelacije konvergentne valjanosti u dijagonali matrice ukazuju da je povezanost mjera efikasnosti po pojedinim tipovima relativno heterogena. Najvišu povezanost imaju mjere efikasnosti za umjetnički tip (0,52), dok je povezanost mjera za istraživački tip niska (0,29). Pregledom sadržaja tvrdnji u jednom i drugom upitniku, te matrice korelacija između pitanja uočava se sljedeće: u PGI-ju skala istraživačkog tipa formirana je od pitanja iz bazične skale „Prirodopis“. Pitanja ove skale pokrivaju

Tabela 6

Matrica korelacija među skalama efikasnosti

	HOL- LAND_E_R	HOLLAND_E_I	HOL- LAND_E_A	HOL- LAND_E_S	HOL- LAND_E_E	HOL- LAND_E_C
PGI_E_R	<u>0,42</u>	0,15	0,03	0,07	0,24	0,22
PGI_E_I	0,19	<u>0,29</u>	0,35	0,28	0,25	0,29
PGI_E_A	0,17	0,19	<u>0,52</u>	0,25	0,20	0,22
PGI_E_S	0,01	0,15	0,39	<u>0,37</u>	0,28	0,19
PGI_E_E	0,08	0,15	0,23	0,33	<u>0,32</u>	0,14
PGI_E_C	0,34	0,34	0,14	0,23	0,33	<u>0,32</u>

dijapazon konkretnih aktivnosti: „Crtati medicinske ilustracije“, „Kategorizirati divlje životinje“ ili „Proučavati divlje životinje“. U Upitniku profesionalnih interesa i sklonosti tvrdnje za procjenu samoefikasnosti u istraživačkom području odnose se na opće znanstvene aktivnosti, na primjer „Brzo i lako shvatam teoreme ili probleme“ ili „Moji nastavnici smatraju da sam dobar u nauci“. Između navedenih pitanja korelacije su vrlo niske i neznčajne što ukazuje na drugi pristup mjerenju efikasnosti u ova dva instrumenta. Slična diskrepanca se javlja i za ostale skale, osim kod umjetničkog tipa gdje su pitanja međusobno u značajnim i visokim korelacijama jer su sličnog logičko-semantičkog sadržaja.

Kao i kod pojedinačnih skala, koeficijenti konvergentne valjanosti se kreću u rasponu od 0,45 do 0,57, osim za skalu poduzetničkog tipa što ponovo ukazuje na različit pristup ispitivanju poduzetničkih profesionalnih interesa između ova dva upitnika. U trokutovima diskriminativne valjanosti primjećuju se u prosjeku više korelacije između susjednih tipova, dok su korelacije među suprotnim tipovima najniže i kreću se do 0,1. Može se reći da matrice korelacija ukazuju na heksagonalnu strukturu kako je Holland opisuje.

Tabela 7

Korelacije na kompozitnim skalama tipova između PGI i Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti

		Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti					
		R	I	A	S	E	C
PGI	R	<u>0,57</u>	0,22	0,02	0,07	0,30	0,32
	I	0,19	<u>0,46</u>	0,37	0,29	0,16	0,17
	A	0,09	0,32	<u>0,57</u>	0,33	0,00	0,02
	S	-0,02	0,30	0,46	<u>0,55</u>	0,14	0,08
	E	0,20	0,24	0,28	0,37	<u>0,38</u>	0,28
	C	0,42	0,30	0,06	0,14	0,40	<u>0,45</u>

Završna diskusija

Ispitivanje profesionalnih interesa jedan je od nezaobilaznih zadataka u procesu karijerne orijentacije. Ispitivanje profesionalnih interesa kao glavni cilj ima usklađivanje ličnih preferencija sa odabirima nastavka školovanja i novih poslova. Prema Tracey i Ward (1998) cirkularna struktura interesa počinje da se definiše od uzrasta 12 godina naviše. Do tada, djeca imaju relativno jednostavnu strukturu interesa baziranu na rodnim stereotipijama (Gottfredson L. S., 1981). U srednjoj školi, interesi postižu strukturu koja je uglavnom nepromjenjiva u odrasloj dobi (Tracey i Rounds, 1993). Dakle, ključni period za razvoj interesa i percepcije kompetencija je period od 12 do 14 godine kada su oni razvojno u kognitivnoj promjeni i kada se pojačava takmičenje. Sve to pomaže učenicima da evaluiraju svoje kompetencije i interese na mnogo kompleksniji način. Korištenje instrumenta za određivanje profesionalnih interesa na prelasku iz osnovne u srednju školu trebalo bi da postane standardna praksa u pomaganju učenicima da spoznaju sebe i svoje karakteristike kako bi se lakše odredili u odabiru srednje škole. Prema saznanjima autora, od svih instrumenata, jedino je za Upitnik profesionalnih interesa i sklonosti – verzija za osnovne i srednje škole (proMENTE, 2004) prolazila kroz provjere metrijskih karakteristika za verziju papir – olovka (Husremović, 2006) i za online verzije. Ova ispitivanja su pokazala da i ovaj upitnik treba dodatnu reviziju kako bi se postigla jasnija unutarnja struktura i veća povezanost sa kriterijskim varijablama. Uzimajući u obzir potrebu da se ispitivanju interesa u osnovnim školama treba prići više diferencirano i sa instrumentom koji bi omogućio višesni pristup krenulo se u ispitivanje metrijskih karakteristika instrumenta PGI koji je validiran i u Hrvatskoj i u Srbiji (Šverko, 2008; Heidrih, 2008). Rezultati ispitivanja konvergentne i diskriminativne valjanosti unutar upitnika PGI, kao i između PGI i Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti, pokazuju da ovaj upitnik posjeduje dobre početne metrijske karakteristike. Pouzdanost skala je visoka, korelacije među skalama koje mjere iste crte su visoke i slične korelacijama dobivenim u drugim istraživanjima. Ipak, nalazi pokazuju da na ovoj uzrasnoj skupini postoji visoka metodska pristranost, kao i nediferenciranost interesa po pojedinim područjima. Zbog metode pristranosti koeficijenti diskriminativne valjanosti su viši nego što bi se očekivalo prema nomološkoj mreži profesionalnih interesa. Ovi nalazi ukazuju da je važno što prije pokrenuti karijernu orijentaciju kako bismo pomogli učenicima da aktivno promišljaju o profesionalnim interesima na prelazu iz osnovne u srednju školu. Također, ovo ukazuje na važnost kontinuiranog rada i sa tim povezano testiranje učenika u nekoliko vremenskih tačaka kako bi se izbjegla metodska pristranost.

Ovo istraživanje ima značajno ograničenje vezano za uzorak. Uzorak je obuhvatio samo učenike sarajevskih osnovnih škola što ograničava mogućnosti

zaključivanja na široj populaciji. Stoga je za buduće istraživanje potrebno uključiti učenike sa šireg prostora države kako bi se pripremio instrument koji bi 1) jezično bio adekvatan i 2) bio metrijski ispitan prema bitnim sociodemografskim obilježjima kako bi se izbjegla pristranost u zaključivanju.

Ovo istraživanje je potaklo i razmišljanja o stabilnosti interesa i korištenja ovog instrumenta za različite starosne grupe u Bosni i Hercegovini u kojoj ne postoji sistemski pristup karijernoj orijentaciji. Stoga je preporuka da se ubuduće istraživanje provede sa različitim starosnim grupama kako bi se ispitale teoretske pretpostavke o promjeni i stabilnosti profesionalnih interesa u bosanskohercegovačkom kontekstu.

Zaključci

1. Konvergentna valjanost skala Upitnika profesionalnih interesa PGI kreće se u rasponu od 0,48 do 0,80. Viši koeficijenti konvergentne valjanosti su unutar skala preferencija i procjene efikasnosti, dok su nešto niži koeficijenti unutar skala zanimanja
2. Rezultati na upitniku ne zadovoljavaju kriterije diskriminativne valjanosti. Korelacije među skalama koje ne mjere iste tipove su u prosjeku umjereno visoke i ukazuju na pristranost metode, te još uvijek neizdiferencirane interese u skupini osnovnoškolaca.
3. Povezanost korespondentnih skala među PGI i Upitnika profesionalnih interesa i sklonosti je u prosjeku umjereno visoka, a skala Poduzetničkog tipa ima najnižu konvergentnu valjanost od 0,17. Analiza sadržaja pitanja pokazuje da je ovako niska povezanost rezultat drugačije konceptualizacije konstrukta u dvije mjere.
4. Korelacije skala koje mjere drugačije tipove u dva upitnika su niže od korelacija konvergentne valjanosti što ukazuje da su konstrukti odvojeni, iako još uvijek ne dovoljno diferencirani u skupini osnovnoškolaca.
5. Kako bi se aktivnosti karijerne orijentacije usmjeravale i razvijale na znanstvenim principima, potrebno je izvršiti dodatne provjere metrijskih karakteristika instrumenata za mjerenje profesionalnih interesa uzimajući u obzir njihovu razvojnu promjenjivost i sociodemografske razlike.

Literatura

- Campbell, D. P. (1971). *Handbook for the Strong Vocational Interest Blank*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105.
- Elsworth, G. R., Harvey-Beavis, A., Ainley, J., & Fabris, S. (1999). Generic Interests and School Subject Choice. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice*, 5(3).
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assesment: Complementary paradigms. *Psychological Assesment*, 9(4), 374-385.
- Gottfredson, L. S. (1981). Circumscription and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 545-579.
- Gottfredson, L. S. (2002). *Gottfredson's Theory of Circumscription, Compromise, and Self-Creation*. U D. Brown, & associates, *Career Choice and Development* (4 izd., str. 85-149). Jossey-Bass.
- Hedrih, V. (2008). Structure of vocational interests in Serbia: Evaluation of the spherical model. *Journal of Vocational Behavior*, 73, 13-23.
- Hidi, S., Renninger, K. A., & Krapp, A. (1992). The present state of interests research. U S. Hidi, K. A. Renninger, & A. Krapp (Ur.), *The role of interest in learning and development* (str. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Holland, J. L. (1985). *Vocational Preference Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd izd.). Odessa: Psychological Assesment Resources.
- Husremović, D. (2006). *Validacijska studija modela profesionalne orijentacije za učenike osnovnih škola*. Magistarska radnja.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2002). *Social Cognitive Career Theory*. U D. Borwn, *Career Choice and Development* (str. 255-312). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Low, D. K., Yoon, M., Roberts, B. W., & Rounds, J. (2005). The Stability of Vocational Interests From Early Adolescence to Middle Adulthood: A Quantitative Review of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 131 (5), 713-737.
- Lubinski, D., & Dawis, R. V. (1995). *Assessing individual differences in human behavior: New methods, concepts, and findings*. Paolo Alto, Ca: Davies-Black.

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2013). Sources of Method Bias in Social Science Research and recommendations on how to control It. *Annual Review of Psychology*(63), 539-569.
- Prediger, D. J. (1982). Dimensions underlying Holland's hexagon: Missing link between interests and occupations? *Journal of Vocational Behavior*, 21, 259–287.
- Prediger, D. J., & Vansickle, T. R. (1992). Locating occupations on Holland's hexagon: Beyond RIASEC. *Journal of Vocational Behavior*, 40, 111–128.
- Roe, A. (1956). *The psychology of occupations*. New York: Wiley.
- Rosen, D., Holmberg, K., & Holland, J. L. (1994). *The educational opportunities finder: for use with the self-directed search and the vocational preference inventory*. Psychological Assessment Resources.
- Rounds, J. B., & Tracey, T. J. (1990). From trait-and-factor to person-environment fit counseling: Theory and process. U B. W. Walsh, & S. H. Osipow (Ur.), *Career counseling: Contemporary topics in vocational psychology* (str. 1-44). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rounds, J., & Tracey, T. J. (1993). Prediger's dimensional representation of Holland's RIASEC circumplex. *Journal of Applied Psychology*, 78, 875–890.
- Savickas, M. L. (1999). *The psychology of interests*. U M. L. Savickas, & A. R. Spokane (Ur.), *Vocational interests: Meaning, measurement, and counseling use* (str. 19-56). Palo Alto, CA: Davies-Black Publishing.
- Savickas, M. L., Taber, B. J., & Spokane, A. R. (2002). Convergent and Discriminant Validity of Five Interest Inventories. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 139–184.
- Spokane, A. R., Luchetta, E. J., & Richwine, M. H. (2002). *Holland's Theory of Personalities in Work Environments*. U D. Brown, & associates, *Career Choice and Development* (4 izd., str. 373-427). San Francisco, CA: Jossey-Bass Business & Management Series.
- Šverko, I. (2008). Spherical model of interests in Croatia. *Journal of Vocational Behavior*, 72, 14–24.
- Tracey, T. J. (1997). The structure of interests and self-efficacy estimations: An expanded examination of the spherical model of interests. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 32–43.
- Tracey, T. J., & Rounds, J. (1993). Evaluating Holland's and Gati's vocational-interest models: A structural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 113, 229–246.
- Tracey, T. J., & Rounds, J. (1995). The arbitrary nature of Holland's RIASEC types: A concentric circles structure. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 431–439.
- Tracey, T. J., & Rounds, J. (1996). Contributions of the Spherical Representation of Vocational Interests. *Journal of Vocational Behavior*, 48, 85-95.

- Tracey, T. J., & Rounds, J. (1996). The Spherical Representation of Vocational Interests. *Journal of Vocational Behavior*, 48(1), 3-41.
- Tracey, T. J., & Ward, C. C. (1998). The Structure of Children's Interests and Competence Perceptions. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 290-303.
- Tracey, T. J. (2002). Personal Globe Inventory: Measurement of the Spherical Model of Interests and Competence Beliefs. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 113-172.
- Vondracek, F. W., Lerner, R. M., & Schulenberg, J. E. (1986). *Career development: A life-span developmental approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.



OPTEREĆENJA U ŠKOLI I OBITELJSKA PODRŠKA KAO DETERMINANTE PSIHOSOMATSKIH REAKCIJA MLAĐIH ADOLESCENATA

Amela Dautbegović

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu

Sibela Zvizdić

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu

Sažetak

Istraživanje je realizirano s ciljem utvrđivanja osobnih i okolinskih varijabli koje determiniraju psihosomatske reakcije mlađih adolescenata. Ispitan je doprinos prediktorskih varijabli (spol, samoeфикаsnost, samopoštovanje, broj djece u obitelji, stepen obrazovanja roditelja, roditeljski nadzor, percipirana socijalna podrška od obitelji, nastavnika i vršnjaka, dimenzija prisnosti u prijateljstvu i doživljaj opterećenja u školi) u objašnjenju psihosomatskih reakcija. Uzorak čine učenici VII i VIII razreda (N=400) iz šest osnovnih škola Kantona Sarajevo; 234 djevojčice i 166 dječaka prosječne dobi 13.08 (SD=.76). Glavno istraživanje provedeno je tokom novembra i decembra 2009. godine, a primijenjeni su slijedeći instrumenti: Skala opće samoeфикаsnosti, Rozenbergova skala samopoštovanja, Skala roditeljskog nadzora, Modificirana skala percipirane socijalne podrške, Skala prisnosti u prijateljstvu, Skala opterećenja u školi, Upitnik psihosomatskih reakcija i Upitnik sociodemografskih obilježja. Rezultati dobiveni, nakon provedene standardne kompletne regresijske analize, ukazuju da pet varijabli (spol, doživljaj opterećenja u školi, percipirana socijalna podrška od obitelji, percipirana socijalna podrška od vršnjaka i samopoštovanje) objašnjavaju 24% varijance kriterijske mjere psihosomatske reakcije. Koeficijent multiple korelacije između prediktorskih varijabli i navedenog kriterija iznosi .49 (F=8.84; p=.00). Psihosomatske reakcije mlađih adolescenata se najbolje mogu predvidjeti na temelju spola ($\beta=-.19$; p=.00), učeničkog doživljaja opterećenja u školi ($\beta=.17$; p=.00) i percipirane socijalne podrške od obitelji ($\beta=-.17$; p=.00).

Ključne riječi: *opterećenja u školi, psihosomatske reakcije, mlađi adolescenti*

SCHOOL OVERLOAD AND FAMILY SUPPORT AS DETERMINANTS OF PSYCHOSOMATIC REACTIONS OF EARLY ADOLESCENTS

Summary

The research was conducted with the purpose to identify personal and social variables that determine psychosomatic reactions of early adolescents. We examined the contribution of predictor variables (gender, self-efficacy, self-esteem, the number of children per family, parents' level of education, parental supervision, perceived social support from family, teachers and peers, dimensions of intimacy in friendship and student's perception of school overload) in the explanation of psychosomatic reactions. The sample consisted of seventh and eighth grade students (N=400) from six Sarajevo Canton primary schools; 234 girls and 166 boys with an average age of 13.8 (SD=.76). The main survey was conducted in November and December 2009, and applied the following instruments: General Self-Efficacy Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Parental Control Scale, Modified Scale of Perceived Social Support, Intimate Friendship Scale, School Overload Scale, Questionnaire of Psychosomatic Reactions and Questionnaire of Socio-Demographic Characteristics. Standard complete regression analysis indicated that five variables (gender, the student's perception of school overload, perceived social support from family, perceived social support from peers and self-esteem) explain the 24% variance of criterion measure of psychosomatic reaction. The coefficient of multiple correlation between the predictor variables and the above criteria is .49 ($F=8.84$; $p=.00$). Psychosomatic reactions of early adolescents can be best predicted on the basis of gender ($\beta=-.19$, $p=.00$), student's perception of school overload ($\beta=.17$, $p=.00$) and perceived social support from family ($\beta=-.17$, $p=.00$).

Key words: *school overload, psychosomatic reactions, younger adolescents*

Učnikov doživljaj opterećenja u školi

Budući da nastavu prate mnoga događanja koje učenici mogu doživjeti na različite načine i koja potencijalno utiču na njihovo zadovoljstvo nastavom (Dresmann, 1982; Pennington, 2001; prema Jurčić, 2006), jedan od značajnih faktora koji treba uzeti u obzir pri proučavanju uspješnosti i kvalitete prilagodbe učenika u školi je i učenikov doživljaj opterećenja u školi (Jurčić, 2006). Dosadašnja istraživanja ukazuju na postojanje (Jurčić, 2006): a) direktnih faktora učenikova opterećenja nastavom (učitelj/nastavnik, satnica, udžbenici i očekivanja roditelja); b) indirektnih faktora učenikova opterećenja nastavom (uslovi i stanja u školi, izvanškolske aktivnosti i domaće zadaće).

Rezultati istraživanja ukazuju na postojanje različitih faktora koji utiču na opterećenost učenika u školi te da su najčešći uzroci opterećenja: vrijeme provedeno u školi, uslovi učenja, izvori učenja, broj nastavnih predmeta, metode i oblici poučavanja, načini ispitivanja i ocjenjivanja, mnogobrojne aktivnosti izvan nastave, ali i očekivanja roditelja koja se povećavaju, posebno u završnom razredu osnovne škole, zbog upisa u srednju školu (Jurčić, 2006). Usvajanje znanja, razvijanje sposobnosti, prihvaćanje normi ponašanja i sl. zahtijeva određenu razinu opterećenja. Nadalje, utvrđeno je da su učenici preopterećeni brojem i trajanjem školskih aktivnosti, zbog čega u školu često dolaze nenaspavani te nemaju dovoljno vremena za druge aktivnosti. To može rezultirati iscrpljenošću učenika, koja se očituje u subjektivnim i objektivnim znakovima umora (Andrilović i Čudina-Obradović, 1996).

Jurčić (2006) smatra da se prelaskom u više razrede osnovne škole povećava vrijeme koje učenici provode u školi, a sjedenje na školskoj nastavi, u prosjeku pet do sedam sati dnevno, može imati štetne posljedice na učenikovo zdravlje te također izazivati umor, gubitak koncentracije i zanimanja za rad, što često rezultira povećanjem žamora i ometanjem nastave posebno na zadnjim nastavnim satima što ne ovisi o vrsti predmeta. Opterećenje za učenika može biti i raspored sati, kao i redoslijed nastavnih sati tokom dana. Učenici kao faktor opterećenja također navode i udžbenike koji su preopširni i sadrže mnogo irelevantnih informacija te koji su pisani „teškim stilom“ (Jurčić, 2006).

Kada se navodi faktor opterećenja kao što su uslovi i stanja u školi, prvenstveno se misli na neodgovarajući prostor, loše higijenske prilike, manjak potrebne opreme, previše učenika u razredu, loše interpersonalne odnose. Učenici mogu osjećati preopterećenost i zbog velikog broja izvannastavnih aktivnosti zbog kojih veoma često ne stignu izvršiti svoje obaveze te stoga počinju razvijati odbrambene mehanizme i svojim obavezama pristupati selektivno i površno gubeći priliku za kvalitetan rad i izgradnju kvalitetnog odnosa prema školi (Jurčić, 2006).

Preopterećenje učenika i prevelika očekivanja okoline može imati negativan uticaj na njegovo ponašanje, odnosno kako bi izbjegao neuspjeh učenik često neće birati načine da dođe do očekivanog postignuća, čime se povećava i vjerovatnost da će ulaziti u sukob sa osobama iz svoje okoline.

Nužno je trajno prilagođavati oblike, metode, sredstva i sadržaje dobi i mogućnostima učenika. Opteretiti učenika na način da je to primjereno njegovim interesima, potrebama i mogućnostima je ispravno, međutim preopteretiti učenika znači otežati njegovu prilagodbu u školi i potaknuti razvijanje averzije prema školskim obavezama i općenito obrazovanju (Jurčić, 2006).

Socijalna podrška od strane obitelji

Socijalna podrška neophodna je u procesu psihosocijalnog razvoja djeteta, ali i u svakodnevnom funkcioniranju odraslog čovjeka. Ona pojedincu pomaže u savladavanju raznih problema i poteškoća s kojima se susreće, u donošenju bitnih odluka, u stvaranju stavova o životu te u poimanju vlastitog selfa. Prvi i temeljni izvor socijalne podrške s kojim se dijete susreće su njegovi roditelji, koji mu po njegovu rođenju osiguravaju opstanak svojom pažnjom, ljubavlju te sposobnošću reagiranja na njegove potrebe. Kako dijete raste mijenjaju se, šire i nadopunjuju vrste i izvori socijalne podrške.

Iako se djetetova socijalna podrška mijenja s dobi tj. socijalne mreže starije djece i izvori podrške su obično mnogo širi i različitiji nego u mlađe djece te uključuju više osoba izvan obitelji, posebno vršnjaka, ipak primarna obitelj tokom cijelog života ostaje temeljni dio socijalne mreže i važan izvor socijalne podrške (Furman i Buhrmester, 1992; prema Sladović-Franz i Mujkanović, 2003). Zapravo, obiteljsko okruženje predstavlja najneposredniji izvor podrške i za djecu i za roditelje (Zvizdić, 2003).

Većina teoretičara i istraživača naglašavaju značaj obiteljske podrške za normalan rast i razvoj djece (Garmezy; 1991; Luthar i Zigler, 1991; Werner i Johnson, 1999; prema Zvizdić, 2003). Budući da socijalna podrška podrazumijeva ljubav, pažnju, potvrđivanje, poticaj, savjete, pomoć, osjećaj sigurnosti, druženje i sl. djeca koja su navedeno doživjela u okviru vlastite obitelji i najbližeg okruženja svakako bolje funkcioniraju i pravilnije se razvijaju, ostvaruju bolje školske rezultate, otvorenija su u interakciji s vršnjacima, sretnija i zadovoljnija (Dautbegović, 2010).

Psihosomatske reakcije

Psihosomatski simptomi su zapravo tjelesni simptomi koji se javljaju pod utjecajem negativnih emocionalnih stanja (glavobolja, trbobja, osjećaj tjelesnog

umora, iscrpljenosti i dr.) (Kozjak Mikić i Perinović, 2008) i uključuju organski sistem koji je obično pod kontrolom autonomnog nervnog sistema (Vulić-Prtorić, 2005). Psihosomatski simptomi mogu biti slabijeg intenziteta s tim da se u blažem obliku pojedinačni psihosomatski simptomi mogu pojaviti kao sastavni dio normalnog razvoja, posebno tokom rane adolescencije kada je dijete više usmjereno na tjelesne promjene. Također, psihosomatski simptomi se mogu javiti i u vidu vrlo intenzivnih simptoma koji ometaju dječije svakodnevno funkcioniranje te ako potraju duže vrijeme mogu dovesti i do poremećaja fizioloških sistema i oštećenja organa (Vulić-Prtorić, 2005). Pod djelovanjem intenzivnih stresogenih životnih događaja djeca, zbog vlastite kognitivne i emocionalne nezrelosti, vrlo često svoju tjeskobu i strahove ne znaju drugačije ispoljiti nego kroz tjelesne reakcije i poremećaje (Vulić-Prtorić, 2005).

Prvi simptomi uglavnom se pojavljuju tokom djetinjstva i adolescencije (Vulić-Prtorić, 2005), a prema novijoj znanstvenoj evidenciji tjelesni simptomi se sve češće javljaju kod djece i adolescenata, što je posebno izraženo u većini zapadnih zemalja (Vulić-Prtorić, Jović, Coha, Grubić, Lopižić i Padelin, 2008). Na temelju rezultata istraživanja u Finskoj utvrđen je značajan porast broja psihosomatskih simptoma kod djece i adolescenata (Santalahti i sur., 2005; prema Vulić-Prtorić, 2005). Istraživači smatraju da je osnovni uzrok učestalije pojave psihosomatskih simptoma posljednjih godina u populaciji djece i adolescenata zapravo sve veći broj negativnih stresnih životnih događaja te način provođenja slobodnog vremena. Zapravo, sjedenje pred kompjuterom i igranje igrice predstavlja način provođenja slobodnog vremena djece i mladih za koji se pokazalo da je snažan faktor rizika za razvoj glavobolja u vidu migrena (Asmundson i sur., 2000; Santalahti i sur., 2005; prema Vulić-Prtorić i sur., 2008). Na uzorku adolescenata uzrasta 12-18 godina koji bježe iz škole utvrđeno je da su najčešći somatski simptomi drhtanje, crvenilo/bljedilo, znojenje te gastrointestinalni simptomi (Bernstein i sur., 1997; prema Vulić-Prtorić, 2005). Evidentno je da se s dobi povećava i broj simptoma, s tim da su tjelesni simptomi u svakoj fazi rasta i razvoja djeteta relativni i promjenjivi (Vulić-Prtorić i sur., 2008).

Ispitivanje različitih tjelesnih simptoma i subjektivnih pokazatelja zdravlja trebalo bi omogućiti djelotvornije prepoznavanje onih tjelesnih simptoma koje djeca i adolescenti različite dobi doživljavaju osobito neugodnima i koji ih najviše ometaju u svakodnevnom funkcioniranju, tj. dovode do učestalih posjeta liječniku, do izostanaka iz škole, slabijeg školskog uspjeha, izbjegavanja socijalnih kontakata sa vršnjacima, itd. (Vulić-Prtorić, 2006).

Cilj istraživanja bio je utvrditi osobne i okolinske varijable koje determiniraju psihosomatske reakcije mladih adolescenata. Ispitan je doprinos prediktorskih varijabli (spol, samoefikasnost, samopoštovanje, broj djece u obitelji, stepen obrazovanja roditelja, roditeljski nadzor, percipirana socijalna podrška od obitelji, nastavnika i

vršnjaka, dimenzija prisnosti u prijateljstvu i učenikov doživljaj opterećenja u školi) u objašnjenju psihosomatskih reakcija. Pretpostavljeno je da postoji statistički značajna povezanost između prediktorskih varijabli s jedne strane i psihosomatskih reakcija mlađih adolescenata s druge strane. Očekivalo se da će značajni prediktori psihosomatskih reakcija biti: ženski spol, niža razina samoefikasnosti, niža razina samopoštovanja, veći broj djece u obitelji, niži stepen obrazovanja roditelja, manji roditeljski nadzor, niža razina percipirane socijalne podrške od obitelji, niža razina percipirane socijalne podrške od vršnjaka, niža razina poznavanja i dijeljenja u prijateljstvu, niža razina povjerenja i odanosti u prijateljstvu, niža razina percipirane socijalne podrške od nastavnika i doživljaj većeg opterećenje u školi.

Metoda istraživanja

Učesnici

Istraživanje je provedeno tokom novembra i decembra 2009. godine na uzorku od 400 učenika VII i VIII razreda iz šest osnovnih škola Kantona Sarajevo. Uzorak čine mlađi adolescenti i to 234 djevojčice (58.5%) i 166 dječaka (41.5%), prosječne dobi 13.08 (SD=.76). Od ukupnog uzorka, 215 (53.8%) učesnika su polaznici sedmog razreda, a 185 (46.3%) učesnika su osmi razred osnovne škole. Najveći broj učesnika 236 (59%) živi u obitelji sa dvoje djece, 84 (21%) u obitelji sa troje djece, 48 (12%) u obitelji sa jednim djetetom, 22 (5.5%) u obitelji koja broji četvero djece i 10 (2.5%) u obitelji sa petero ili više djece. Najveći broj roditelja (N=535; od toga 266 majki i 269 očeva) imaju završenu srednju školu.

Instrumentarij

Skala opće samoefikasnosti (Schwarzera i sur. 1997) koristi se za mjerenje općeg i stabilnog osjećaja osobne samoefikasnosti u suočavanju sa različitim stresnim situacijama. Originalna verzija skale sadržavala je 20 čestica, nakon čega je reducirana na 10 čestica. Skala je prevedena na više od dvadeset jezika, a u brojnim istraživanjima pokazala je pouzdanost tipa unutarnje konzistencije između .75 i .90. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti u ovom istraživanju iznosi .82 (N=400).

Rozenbergovom skalom samopoštovanja (Rosenberg, 1965) ispitana je razina samopoštovanja kod učesnika ovog istraživanja. Skala je namijenjena mjerenju globalne vrijednosne orijentacije prema sebi. Skala je za potrebe istraživanja modificirana i prilagođena uzrastu mlađih adolescenata (Zvizdić, 2003), a sastoji

se od 10 čestica. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti, dobiven primjenom ove skale, iznosi .77 (N=400).

Skala roditeljskog nadzora (Houston Community Demonstration Project, 1993; Zvizdić, Matković, 2005) – za potrebe diplomske radnje Matković (2005) originalna verzija skale je prevedena i prilagođena. Čestice mjere prvenstveno stepen roditeljskog nadzora nad djecom, odnosno koliko roditelji nadziru količinu i vrstu TV programa koju djeca gledaju, koliko poznaju muzičke afinitete djece te koliko poznaju prijatelje svoje djece. Skala sadrži ukupno devet čestica. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti iznosi .59 (N=400).

Modificirana *Skala percipirane socijalne podrške* autora Dubowa i Ullmana (1989; Kulenović i Duraković, 1997; Zvizdić, 1998) – predviđena je za djecu osnovnoškolske dobi i primijenjena je u ovom istraživanju. Naime, originalna skala sadrži 41 česticu i četiri subskale: 1) subskala *percipirane socijalne podrške od prijatelja* (10 čestica); 2) subskala *podrške od obitelji* (12 čestica); 3) subskala *podrške od školskih drugova* (9 čestica); 4) subskala *socijalne podrške od nastavnika* (10 čestica). Modificirana verzija skale sadrži 15 čestica. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti skale iznosi .80 (N=400), a za subskale varira između vrijednosti .71 i .79.

Skala prisnosti u prijateljstvu (PUP) autorice R. Sharabany, primijenjena je na 308 učenika prosječne dobi od 16.5. godina. Tada je izvršena faktorska analiza metodom zajedničkih faktora, te su dobivena tri faktora koja su interpretirana kao poznavanje i dijeljenje (F1), prisnost u prijateljstvu (F2) i povjerenje i odanost (F3). U ovom istraživanju primijenjene su dvije subskale, i to *subskala povjerenje i odanost*, te *subskala poznavanje i dijeljenje*. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti za subskaluu povjerenje i odanost iznosi .85 (N=400), a za subskaluu poznavanje i dijeljenje .78 (N=400).

Skala opterećenja u školi (UO-Zvizdić i Dautbegović, 2009) – za potrebe ovog istraživanja, a nakon uvida u dostupnu literaturu i individualnih razgovora sa učenicima, izdvojeni su potencijalni faktori opterećenja učenika u školi, te je razvijena skala putem koje se ispituje učenikov doživljaj opterećenja u školi. Skala se sastoji od 17 razumljivih čestica prilagođenih uzrastu mlađih adolescenata. Na kraju skale se nalazi i jedna čestica otvorenog tipa koja ostavlja mogućnost učenicima da navedu ono što im se ne sviđa ili im otežava boravak u školi, a nije spomenuto kroz prethodne čestice u skali. Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti u provedenom istraživanju iznosi .74 (N=400).

Upitnik psihosomatskih reakcija (Keresteš, Kuterovac-Jagodić i Vizek-Vidović, 1993) – kao mjera subjektivnih procjena učesnika o prisutnosti psihosomatskih simptoma kod djece, upotrijebljen je Upitnik psihosomatskih reakcija čije su čestice izabrane na osnovu podataka iz literature o tipičnim fiziološkim reakcijama na stresne podražaje kod djece osnovnoškolske dobi (Pynoos i Nader, 1988; prema Zvizdić,

1999). U ovom istraživanju primijenjena je modificirana verzija upitnika koja sadrži četrnaest čestica i jednu česticu otvorenog tipa (nedavno prebolovana bolest djeteta). U uputi je navedeno da pri odgovaranju na čestice učesnici uzmu u obzir vremenski period od posljednjih petnaest dana. U provedenom istraživanju Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti skale iznosi .86 (N=400).

Upitnik sociodemografskih obilježja – kojim su prikupljeni slijedeći podaci o učesnicima: spol, broj djece u obitelji, stepen obrazovanja majke i oca (završena osnovna škola, srednja stručna sprema, viša ili visoka stručna sprema).

Postupak

Budući da maloljetni adolescenti ne mogu samostalno odlučivati o svom učešću u istraživanju, zatražene su dozvole za provođenje istraživanja tako što su školske vlasti i roditelji/staratelji učenika pismenim putem upoznati sa ciljevima i planom provođenja istraživanja. Roditelji/staratelji koji su zahtijevali više informacija o istraživanju imali su mogućnost da telefonskim putem kontaktiraju autoricu istraživanja. Nakon što su školske vlasti i roditelji/staratelji dali pismenu saglasnost kojom odobravaju učešće djece u istraživanju, proveden je preliminarni dio istraživanja (pilot) s ciljem provjeravanja sadržajne razumljivosti, preglednosti skala i jasnoće uputa (tokom oktobra 2009. godine). Tokom novembra i decembra 2009. godine provedeno je glavno istraživanje na uzorku od 400 učenika u šest osnovnih škola iz različitih općina Kantona Sarajevo.

Istraživanje je provedeno metodom grupno vođenog rada u prostorijama osnovnih škola, a ispitivanje sa svakom grupom trajalo je u prosjeku jedan školski čas. Učenici su samostalno ispunjavali predviđeni instrumentarij nakon njihovog upoznavanja sa svrhom istraživanja i načinom rada. Ispitivač je po potrebi davao dodatna objašnjenja i pomoć učesnicima. Podaci o stepenu obrazovanja roditelja prikupljeni su iz sistema EMIS Print (*Education Management Information System*) u prisustvu školskog osoblja odgovornog za održavanje ovog sistema.

Rezultati

Dabise ispitala povezanost prediktorskih varijabli (spol učesnika, samoeфикаsnost, samopoštovanje, broj djece u obitelji, stepen obrazovanja roditelja, roditeljski nadzor, percipirana socijalna podrška od obitelji, percipirana socijalna podrška od vršnjaka, dimenzije prisnosti u prijateljstvu, percipirana socijalna podrška od nastavnika, učenikov doživljaj opterećenja u školi) s jedne strane i razine psihosomatskih reakcija učenika s druge strane, provedena je standardna (kompletna) regresijska analiza. Dobiveni rezultati prikazani su u tabeli 1.

Tabela 1

Rezultati kompletne regresijske analize za kriterijsku mjeru psihosomatske reakcije

PREDIKTORI	r_{iy}	β	t	p
Spol	-.24**	-.19	-3.97	.00
Samoeфикаsnost	-.15**	-.06	-1.16	.25
Samopoštovanje	-.23**	-.11	-2.01	.04
Broj djece u obitelji	-.01	-.03	-.70	.48
Stepen obrazovanja majke	.00	-.01	-.09	.92
Stepen obrazovanja oca	-.07	-.04	-.76	.45
Roditeljski nadzor	-.14**	-.03	-.66	.51
Percipirana socijalna podrška od obitelji	-.29**	-.17	-3.22	.00
Percipirana socijalna podrška od vršnjaka	-.23**	-.15	-3.04	.00
Percipirana socijalna podrška od nastavnika	-.24**	-.05	-.88	.38
Dimenzija prisnosti u prijateljstvu: poznavanje i dijeljenje	.10*	.10	1.69	.09
Dimenzija prisnosti u prijateljstvu: povjerenje i odanost	.04	.07	1.18	.24
Doživljaj opterećenja u školi	.26**	.17	3.31	.00
R= .49		R ² = .24	F= 8.84	p=.00

(r_{iy} – korelacija između prediktora i kriterija; β – standardizirani koeficijenti; t – test; R – koeficijent multiple korelacije; R² – kvadrat multiple korelacije); **p<.01; *p<.05

Kao što se vidi iz tabele 1. pet prediktorskih varijabli (spol, doživljaj opterećenja u školi, percipirana socijalna podrška od obitelji, percipirana socijalna podrška od vršnjaka i samopoštovanje) zajedno objašnjavaju 24% varijance kriterijske varijable psihosomatske reakcije. Koeficijent multiple korelacije između svih prediktorskih varijabli i navedenog kriterija iznosi .49 (F=8.84; p= .00).

Prediktor koji najviše doprinosi kriterijskom rezultatu psihosomatske reakcije je spol (β =.19; p=.00). Varijabla učenikov doživljaj opterećenja u školi je također značajan prediktor i pokazuje pozitivnu povezanost sa kriterijskom mjerom psihosomatske reakcije (β =.17 ; p=.00). Prediktorska varijabla percipirana socijalna podrška od obitelji ima isti doprinos kriterijskoj mjeri (β =-.17; p=.00), kao i učenikov doživljaj opterećenja u školi, s tim da je ona negativno povezana sa psihosomatskim reakcijama. Također, vrijednost beta pondera za varijablu percipirana socijalna podrška od vršnjaka je statistički značajna (β =-.15; p=.00). Varijabla sa najmanjim statistički značajnim doprinosom kriterijskom rezultatu psihosomatske reakcije je samopoštovanje učenika (β =-.11; p=.04).

Iz tabele 1. može se uočiti da vrijednosti beta pondera za prediktorske varijable samoeфикаsnost (β =-.06; p=.25), broj djece u obitelji (β =-.03; p=.48), stepen obrazovanja majke (β =-.01; p=.92), stepen obrazovanja oca (β =-.04; p=.45), roditeljski nadzor (β =-.03; p=.51), percipirana socijalna podrška od nastavnika (β =-.05; p=.38), dimenzija prisnosti u prijateljstvu: poznavanje i dijeljenje (β =.10; p=.09) i dimenzija

prisnosti u prijateljstvu: povjerenje i odanost ($\beta=.07$; $p=.24$) nisu statistički značajne, što znači da ovi prediktori nemaju udjela u predikciji psihosomatskih reakcija kod mladih adolescenata.

Diskusija

Prema rezultatima regresijske analize psihosomatske reakcije koje se javljaju kod mladih adolescenata najbolje se mogu predvidjeti na temelju *spola učenika*. U periodu rane adolescencije djevojčice postižu više rezultate na skali psihosomatskih simptoma od dječaka. Offord i sur. (1987) su dobili rezultate koji ukazuju da se emocionalni problemi javljaju kod 4.9% dječaka i 13.6% djevojčica u dobi od 12 do 16 godina, a somatizacijske smetnje kod 4.5% dječaka i 10.7% djevojčica (Zaić, 2005).

Iz istraživanja (N=411) u BiH sa učenicima ukupnog dobrog raspona od 10 do 15 godina (Zvizdić, 1999) utvrđena je statistički značajna razlika u razini psihosomatskih simptoma s obzirom na spol mladih adolescenata. Za adolescentne djevojčice je bila karakteristična značajno veća razina psihosomatskih reakcija u odnosu na dječake. Naime, poznato je da su djevojčice u periodu djetinjstva opisane otpornijima od dječaka na izloženost raznim stresnim događajima, ali i znatno vulnerabilnijima u periodu rane adolescencije (Rutter, 1989; Werner i Smith, 1982; Masten, Best i Garmezy, 1990; prema Zvizdić). Ujedno, čini se da su djevojčice favorizirane u postojećem socijalnom okruženju u smislu izražavanja tegoba u odnosu na dječake te je stoga i za očekivati da adolescentne djevojčice iskazuju značajno veću razinu psihosomatskih reakcija nego dječaci istog uzrasta (Zvizdić, 1999).

Nalazi koje su dobili Gerber i sur. (1991) također ukazuju da djevojčice starije od 12 godina postižu veće rezultate na skali psihosomatskih simptoma od dječaka, njihovih vršnjaka. Istraživanja koje je provela Vulić-Prtorić pokazuju da djevojčice imaju veću fiziološku osjetljivost i imaju više somatskih simptoma anksioznosti od dječaka (Vulić-Prtorić, 1999; Vulić-Prtorić, 2000).

Dobiveni rezultati pokazuju da je i *učenikov doživljaj opterećenja u školi* povezan sa razinom psihosomatskih reakcija. Učenici koji procjenjuju veću razinu opterećenja manifestiraju i veći broj psihosomatskih reakcija. Kada su u pitanju opterećenja u školi, rezultati koje dobijemo na osnovu subjektivnih iskaza pojedinih učenika imaju posebnu vrijednost, budući da će svaki učenik različito doživjeti i procijeniti zahtjeve i opterećenja koji se pred njim nalaze u školskom kontekstu, a to će se u značajnoj mjeri odraziti na njegovu prilagodbu.

Fend i Schroer (1985; Lacković-Grgin, 1994) su došli do saznanja da su aktualni somatski problemi povezani sa školskim uspjehom učenika, a možemo pretpostaviti

da će učenici koji doživljavaju manju razinu opterećenja postizati bolji školski uspjeh.

Percipirana socijalna podrška od obitelji je, kao i učenikov doživljaj opterećenja u školi, statistički značajan prediktor koji doprinosi objašnjenju kriterijske mjere psihosomatske reakcije. Za mlade adolescente koji percipiraju da imaju višu razinu socijalne podrške od svoje obitelji karakteristično je da imaju nižu razinu psihosomatskih reakcija. Djetetovo ponašanje se posmatra u dinamičnom odnosu s kontekstom u kojem živi, što znači da je u svakom trenutku djetetova razvoja njegovo ponašanje rezultat transakcije između njegovih osobnih karakteristika i okoline (Vulić-Prtorić, 2002). Na prilagodbu djeteta uticat će emocionalna podrška i stabilna sredina koju mu pruža roditelj ili druga odrasla osoba s kojom dijete živi. Zbog toga ni dobiveni nalaz nije teško objasniti. Nesređeni obiteljski odnosi i nepovoljni oblici interakcije roditelja i djeteta u periodu djetinjstva i adolescencije bi trebali biti posmatrani kao najvažniji faktor rizika za razvoj somatske simptomatologije.

Povezanost između psihosomatskih simptoma kod djece i percepcije odbacivanja od strane roditelja dobivena je u većem broju istraživanja (pregled istraživanja u Rohner i Britner, 2001; Vulić-Prtorić, 2002). Roditeljska toplina, podrška i ljubav imaju pozitivan uticaj na emocionalnu i socijalnu stabilnost i zrelost djeteta. S druge strane, ravnodušnost, pretjerana kontrola, grubost i zanemarivanje djeteta pridonose različitim problemima i teškoćama kod djece (Vulić-Prtorić, 2002).

Psihosomatski problemi su najčešće povezani s pretjeranim zaštićivanjem djece, rigidnošću i izbjegavanjem sukoba. Djeca mogu trpjeti glavobolje, vrtoglavice, bolove u želucu i sl., ali budući da se najčešće dobro ponašaju manje privlače pažnju roditelja od djece koja imaju neke eksternalizirane poremećaje (Vulić-Prtorić, 1999, 2000; Vulić-Prtorić, 2002).

U tumačenju povezanosti somatizacije i kvalitete obiteljske interakcije Beatrice Wood (1994, 2000) predlaže teoriju obiteljskih sistema prema kojoj određeni maladaptivni obiteljski procesi poput uplitanja, pretjeranog zaštićivanja, rigidnosti, autoritarnosti, pretjerane popustljivosti, i sl. određuju da li će djeca razviti simptome somatizacije. Autorica smatra da u tom procesu presudnu ulogu imaju obrasci privrženosti utvrđeni u djetetovoj ranoj dobi. U okviru ove teorije nastalo je nekoliko tumačenja u etiologiji simptoma somatizacije:

1) somatske tegobe nastaju kao jedan od oblika komunikacije s okolinom koju dijete koristi u situacijama kada je emocionalni dijalog s roditeljima ili drugim djetetu važnim osobama prekinut ili poremećen;

2) nesređeni obiteljski odnosi kao i specifični oblici interakcije roditelja i djeteta presudni su faktor u etiologiji razvoja somatizacije u dječijoj dobi;

3) izbor organa na kojem će se javiti somatski poremećaj određen je obiteljskom sredinom u kojoj dijete živi i u kojoj ima uzor reagiranja (Vulić-Prtorić, 2002).

Percipirana socijalna podrška od vršnjaka se također pokazala statistički

značajnim prediktorom u objašnjenju varijance kriterijske mjere psihosomatske reakcije. Mlađi adolescenti koji percipiraju višu razinu socijalne podrške od strane vršnjaka manifestiraju manje psihosomatskih simptoma.

Činjenica je da socijalna podrška ima pozitivan uticaj na psihološko zdravlje pojedinca. Socijalna podrška ga štiti od negativnih efekata stresa i omogućava uspješno suočavanje (Cunningham i Barbee, 2000; Sarason i sur., 2001; Ladd, 1990). U periodu rane adolescencije posebno mjesto zauzima socijalna podrška koju adolescenti dobiju od svojih vršnjaka (Fehr, 2000; Klarin 2004). Naglašava se da je podrška samopoštovanju bitna odrednica vršnjačkog prijateljstva. Kada su u pitanju tipovi socijalne podrške na uzorku adolescenata utvrđeno je da je izraženija emocionalna podrška od strane prijatelja, a instrumentalna od strane roditelja (Lacković-Grgin i sur., 1991).

Značajnost socijalne podrške od vršnjaka je utoliko veća kada uzmemo u obzir da nepovoljan položaj u grupi vršnjaka može izazvati socijalno-evaluativnu anksioznost. Razvoj kognitivnih sposobnosti dovodi do toga da osoba postaje svjesna da je negativno evaluirana od strane vršnjaka, i to u osobinama važnim za njegovo samopoimanje. Ponekad, odbačeno dijete može doživljavati različite somatske tegobe kao što su znojenje, nesanica, poremećaj srčanog ritma (Lacković-Grgin, 2005; Kapor Stanulović, 2007).

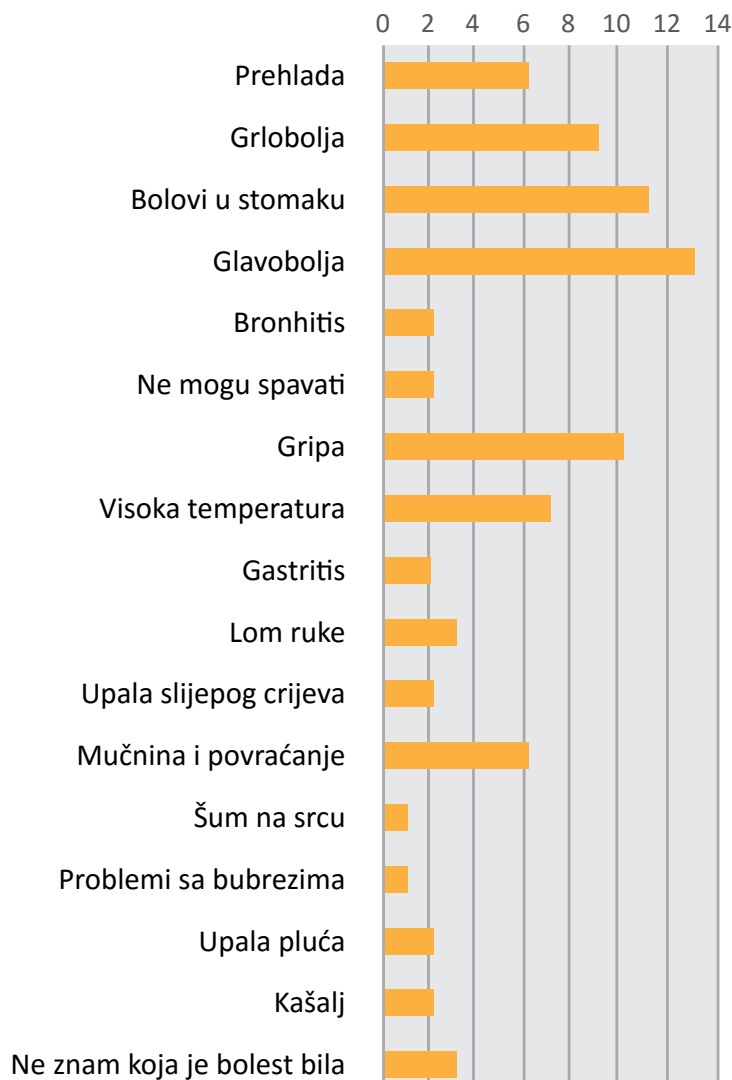
Rezultati dobiveni u nekim ranije provedenim istraživanjima pokazuju da su kod djece sa psihosomatskim tegobama često prisutni problemi u socijalnim interakcijama, posebno s vršnjacima. Autori ovakve rezultate objašnjavaju pretpostavkom da su slabe vještine empatije karakteristike socijalnih odnosa djece sa somatizacijom i njihovih obitelji (Rastam i Gillberg, 1992; Garralda, 1996; Zaić, 2005).

Vulić Prtorić (2004) kroz istraživanja dolazi do rezultata da je poremećena komunikacija s osobama koje su za dijete i adolescenta značajne, presudna u razvoju somatizacije u djetinjstvu i adolescenciji. Ovakav rezultat je u skladu sa našim rezultatima, gdje su se percipirana socijalna podrška od obitelji i vršnjaka pokazale kao značajni prediktori u objašnjenju kriterijske mjere psihosomatske reakcije.

Iz rezultata regresijske analize moguće je vidjeti da najmanji udio u objašnjenju kriterijske mjere psihosomatske reakcije ima prediktor *samopoštovanje*. Mlađi adolescenti kod kojih nalazimo više razine samopoštovanja izvješćuju o manjem broju psihosomatskih reakcija.

O samopoštovanju će ovisiti efekti stresa, odnosno ponašanje osobe koja je pod stresom, kao i razina somatskih reakcija (Lacković-Grgin, 1994). Prema Maslowljevoj teoriji motivacije (1954), potrebe i motivi pojedinca su hijerarhijski organizirani na pet razina, tako da kada se zadovolje potrebe na nižoj razini, pojavljuje se potreba za zadovoljenjem onih sa više razine. Na četvrtoj razini nalazi se potreba za samopoštovanjem i sastoji se od dvije komponente: potrebom za kompetentnošću

i potrebom za prestižem (želja za ugledom, statusom). Zadovoljenje ovih potreba donosi ugodan osjećaj samopouzdanja, vrijednosti i snage. Niz istraživanja je potvrdilo da osobe koje sebe percipiraju kompetentnima manifestiraju pozitivne emocije i intrinzično motivirana ponašanja (Arkes, 1979; Vallerand i Reid, 1984; Harackiewicz i sur., 1985). Bezinović (1988) ukazuje da su pojedinci s visokim samopoštovanjem otporniji na uticaje okoline koji nisu u skladu sa njihovim očekivanjima, te su fleksibilniji i probleme rješavaju na originalnije načine od pojedinaca sa niskim samopoštovanjem. Nisko samopoštovanje djeteta je zapravo jedan od osobnih faktora rizika koji doprinosi povećanju osjetljivosti za razvoj poremećaja (Filipović, 2002).



Slika 1. Ako si bio bolestan u posljednjih petnaest dana kakva je to bolest bila?

S ciljem dobivanja odgovora na pitanje koje se psihosomatske tegobe najčešće javljaju kod mladih adolescenata, analizirani su i odgovori na posljednju česticu Skale psihosomatskih reakcija, koja se odnosi na nedavno prebolovanu bolest djeteta. Adolescenti su navodili bolesti sa kojima su se suočavali u posljednjih petnaest dana. Analizom odgovora učenika sedmih i osmih razreda iz šest osnovnih škola sa područja Kantona Sarajevo dobiveni su rezultati koji su grafički prikazani (slika 1), a koji ukazuju da su upravo psihosomatske reakcije prisutne kod učenika koji su izvijestili da su bili bolesni u posljednjih petnaest dana.

Kao što se može vidjeti na slici 1. najveći broj mladih adolescenata navodi da je u posljednjih petnaest dana imalo *glavobolju*. Veći broj učenika je naveo i *bolove u stomaku*, kao bolest sa kojom su se suočavali. Jasno je da navedene poteškoće mogu zapravo biti psihosomatske reakcije adolescenta.

U skladu sa dobijenim rezultatima su i pojedini rezultati epidemioloških istraživanja koja pokazuju „...da su *glavobolje* općenito najučestalije (s prevalencijom od 10-30%, a prema nekim istraživanjima čak do 70%), zatim ponavljajuće *abdominalne boli* (10 do 20%), *bolovi u udovima* i *mišićima* (5 do 20%), *bolovi u grudima* (7-15%), *umor* (30 do 50%).“ (Garber, 1998; Egger i sur., 1999; Santalahti i sur., 2005; prema Vulić-Prtorić i sur., 2008; str. 5). Nadalje, Bernstein i sur. (1997) ukazuju da se u dobi od 12 do 18 godina somatske pritužbe najčešće odnose na *glavobolje*, *bolove u stomaku*, *mučnine*, *povraćanje*, *vrtoglavice*, *probleme s vidom* i sl.

U istraživanju koje je provedeno na uzorku od oko 300 hrvatskih učenika iz viših razreda osnovne škole (prosječne dobi 13,03 godine) utvrđeno je da je najveći broj ispitanika u zadnja 3 mjeseca doživio redom: *manjak energije i umor* (72,7%), *glavobolje* (68,7%), *mučninu* (56,1%), *prekomjerno znojenje* (53,2%) (Vulić-Prtorić i sur., 2008).

Važno je pomenuti da su djeca sklonija somatizaciji, u usporedbi sa djecom koja tu sklonost ne pokazuju, tokom života doživjela veći broj stresnih događaja i sklonija su te događaje procjenjivati visoko stresnim. Veza između stresa i somatskih tegoba je u djetinjstvu i adolescenciji komplicirana, budući da brojni faktori mogu biti moderatorske varijable, a među najznačajnijim se navode spol, dob, kontekst u kojem dijete živi, obiteljska podrška, strategije suočavanja i osobine ličnosti (Vulić-Prtorić i Galić, 2004).

Završna razmatranja

Rezultati regresijske analize pokazuju da u objašnjenju varijance kriterijske mjere psihosomatske reakcije učestvuju slijedeće prediktorske varijable: *spol, opterećenja u školi, percipirana socijalna podrška od obitelji i vršnjaka i samopoštovanje*. Prediktor koji najviše doprinosi kriterijskom rezultatu psihosomatske reakcije je spol učenika. Djevojčice pokazuju višu razinu psihosomatskih reakcija. Najslabiju i negativnu povezanost sa ovom kriterijskom mjerom pokazuje prediktorska varijabla samopoštovanje.

Prediktori koji nemaju doprinos su: samoeфикаsnost, broj djece u obitelji, stepen obrazovanja majke, stepen obrazovanja oca, roditeljski nadzor, percipirana podrška od nastavnika i dimenzije prisnosti u prijateljstvu (poznavanje i dijeljenje, povjerenje i odanost).

Empirijski nalazi koji omogućavaju uvid u psihosocijalne faktore povezane sa psihosomatskim reakcijama pomažu znanstvenicima i stručnjacima da osmisle i razviju učinkovitije strategije prevencije poteškoća sa kojima se suočavaju mlađi adolescenti.

Budući da djeca i mladi u školi provode i do sedam sati na dan neophodno je osigurati sigurno i poticajno okruženje za normalan rast, razvoj i učenje mlađih adolescenata. Pored školske prilagodbe koja podrazumijeva uspješno ispunjavanje školskih zadataka i zahtjeva koje škola pred učenika postavlja, izuzetno je važno da djeca i mladi postignu uspješnu i emocionalnu te socijalnu prilagodbu. Pri tome je važno izbjeći preopterećenost učenika, potencirati u radu individualni pristup učenicima te im omogućiti uslove u kojima će dobiti potrebnu podršku i pomoć u situacijama kada se suočavaju sa problemima i poteškoćama. Nadalje, važno je napomenuti da iako adolescenti teže separaciji i individualitetu, kao i većoj usmjerenosti na vlastite interese i ciljeve (koji se razlikuju od roditeljskih), oni sebe i dalje doživljavaju kao dio obitelji i očekuju roditeljsku emocionalnu predanost (Lacković-Grgin, 2006; prema Kozina, 2007). Stoga je za psihološko zdravlje mlađeg adolescenta veoma važno da ima na raspolaganju podršku obitelji i vršnjaka, ali i da se obrazuje u školskom kontekstu u kojem će dobiti mogućnosti i podršku da aktualizira svoje obrazovne, ali i emocionalne i socijalne potencijale.

Osnovna literatura

- Andrilović, V. i Čudina-Obradović, M. (1996). Psihologija učenja i nastave. Zagreb: Školska knjiga.
- Dautbegović, A. (2010). Determinante prilagodbe mlađih adolescenata u školi. (Neobjavljeni *magistarski rad*). Filozofski fakultet, Sarajevo.
- Filipović, A. (2002). Samopoštovanje i percepcija kompetentnosti darovite djece. Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb.
- Jurčić, M. (2006). Učenikovo opterećenje nastavom i razredno-nastavno ozračje. *Portal znanstvenih časopisa*, 2, 329-346.
- Kapor-Stanulović, N. (2007). Na putu ka odraslosti. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Klarin, M. (2001). Dimenzije obiteljskih odnosa kao prediktori vršnjačkim odnosima djece školske dobi. *Društvena istraživanja*, 4-5, 805-822.
- Klarin M. (2004). Uloga socijalne podrške vršnjaka i vršnjačkih odnosa u usamljenosti predadolescenata i adolescenata. *Društvena istraživanja*, 6, 1081-1097.
- Kozina, M. (2007). Suočavanje sa stresom u adolescenciji: povezanost sa roditeljskim ponašanjem i prisnosti u prijateljstvu. (Neobjavljeni diplomski rad.), Filozofski fakultet, Zagreb.
- Kozjak Mikić, Z., Perinović, E. (2008). Suočavanje i psihosomatski simptomi u adolescenciji. *Suvremena psihologija* 11, 41-53.
- Lacković-Grgin, K. (1994). Samopoimanje mladih. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ladd, G. W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? *Child Development*, 61, 1081-1100.
- Plunkett, S. W. sur. (2008). Academic Support by Significant Others and Educational Resilience in Mexican-Origin Ninth Grade Students From Intact Families. *The Journal of Early Adolescence*, 28, 333-355.
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – procjena valjanosti. *Suvremena psihologija*, 8, 211-227.
- Vulić-Prtorić, A., Jović, M., Coha, R., Grubić, M. Lopžić, J., Padelin, P. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija* 1, 1-2, 7-26.
- Zaić, A. (2005). Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i smotaizacije u dječijoj dobi. Neobjavljeni diplomski rad, Zagreb.
- Zvzidić, S. (1999). Traumatski gubitak oca i posttraumatska prilagodba mlađih adolescenata. (Neobjavljeni *magistarski rad*). Filozofski fakultet, Zagreb.
- Zvzidić, S. (2003). Percipirana socijalna podrška kao prediktor psihološke otpornosti mlađih adolescenata nakon rata (Neobjavljena *doktorska disertacija*). Filozofski fakultet, Sarajevo.



DOBNE I SPOLNE RAZLIKE U POVEZANOSTI NEKIH KOGNITIVNIH I SOCIO-EMOCIONALNIH ASPEKATA RAZVOJA S VRŠNJAČKIM NASILJEM I VIKTIMIZACIJOM

Tena Velki

Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti u Osijeku

Ivana Duvnjak

Filozofski fakultet Osijek

Marija Milić

Filozofski fakultet Osijek

Sažetak

Vršnjačko nasilje predstavlja ozbiljan problem u današnjem društvu. Nasilje i viktimizacija u školama, koju djeca svakodnevno doživljavaju, ozbiljno utječe na njihov kognitivni i socio-emocionalni razvoj. Cilj je istraživanja provjeriti dobne i spolne razlike u povezanosti vršnjačkog nasilja i viktimizacije s nekim aspektima kognitivnog (školski uspjeh) i socijalno-emocionalnog razvoja (broj prijatelja, vršnjačka prihvaćenost, impulzivnost, empatija). U istraživanju je sudjelovalo 880 učenika petog do osmog razreda (48% dječaka i 52% djevojčica). Učenici su imali između 10 i 16 godina ($M=12,8$, $SD=1,15$). Tijekom redovne nastave ispunili su Skalu impulzivnosti (Vulić-Prtorić, 2006), Upitnik empatije (Ivanović i Buško, 2008), Skalu učestalosti izloženosti medijima (Velki, 2012c) te Upitnik o nasilju među školskom djecom (Velki i Piri, 2011).

Rezultati istraživanja pokazuju kako je vršnjačko nasilje povezano s većim brojem prijatelja, većim stupnjem impulzivnosti i nižim stupnjem afektivne empatije, dok je vršnjačka viktimizacija povezana sa slabijim školskim uspjehom, manjom vršnjačkom prihvaćenosti i većim stupnjem impulzivnosti. Za niže razrede pronađena je statistički značajno veća povezanost između vršnjačkog nasilja i socijalnih aspekata razvoja te statički značajno veća povezanost vršnjačke viktimizacije i kognitivnog razvoja. Veća povezanost vršnjačkog nasilja i impulzivnosti dobivena je za djevojčice.

Iz navedenog možemo zaključiti kako su različiti aspekti razvoja u podlozi vršnjačkog nasilja, odnosno vršnjačke viktimizacije.

Ključne riječi: *vršnjačko nasilje, vršnjačka viktimizacija, kognitivni razvoj, socio-emocionalni razvoj*

AGE AND GENDER DIFFERENCES IN CORRELATION BETWEEN SOME COGNITIVE AND SOCIO-EMOTIONAL ASPECTS OF CHILDREN'S DEVELOPMENT AND PEER VIOLENCE AND VICTIMIZATION

Abstract

Peer violence is a serious problem in today's society. Violence and victimization in schools, which children experience every day, seriously affects their cognitive and socio-emotional development. The aim of this study was to verify age and gender differences in the relationship of peer violence and victimization with some aspects of cognitive (school performance) and social-emotional development (number of friends, peer acceptance, impulsivity, empathy). The participants were 880 pupils of fifth to eighth grades of elementary school (48% boys and 52% girls). The pupils were between 10 and 16 years old ($M=12,81$, $SD=1,15$). During regular classes they completed the Impulsivity Scale (Vulić-Prtorić, 2006), The Empathy Questionnaire (Ivanović and Buško, 2008), Scale frequency of media exposure (Velki, 2012) and Questionnaire on bullying among school children (Velki i Piri, 2011).

The research results indicate that peer violence is related with more friends, a higher degree of impulsivity and lower level of affective empathy, while peer victimization is associated with poorer school success, lesser peer acceptance and a higher degree of impulsivity. For pupils in the lower classes was found significantly higher correlation between peer violence behavior and social aspects of development, and significantly higher correlation of peer victimization and cognitive development. The stronger correlation of peer violence and impulsivity was obtained for girls.

Our findings can be seen as additional evidence for the notion that different aspects of the development are in the background of peer violence, then in peer victimization.

Key words: *peer violence, peer victimization, cognitive development, socio-emotional development*

Uvod

Vršnjačko nasilje podrazumijeva različite oblike nasilničkog ponašanja koje ih počinitelj nasilja čini nad žrtvom koja je iste ili slične dobi. Najčešće se razlikuje verbalno nasilničko ponašanje, koje uključuje verbalne prijetnje, zastrašivanje, psovanje, nazivanje pogrđnim imenima i sl., i tjelesno nasilničko ponašanje koje se očituje u izravnom guranju, udaranju, šutiranju ili sputavanju drugog djeteta (Olweus, 1994). U novije vrijeme govori se i o elektroničkom nasilju kao i o različitim oblicima relacijskog nasilja (Olweus, 2010). Nasilje u školama, koje djeca svakodnevno doživljavaju, ozbiljno utječe na sve aspekte njihova razvoja.

Prevalencija vršnjačkog nasilja, osim o vrsti nasilja, ovisna je i o spolu i dobi (Velki, 2012a). Novija istraživanja jasno su pokazala kako su dječaci tjelesno i verbalno nasilniji, a kada su u pitanju relacijski i neizravni oblici nasilja dječaci su podjednako, pa čak i nešto nasilniji od djevojčica (Olweus, 2010). Olweus (1998) je pokazao kako su nasilnici većinom stariji dječaci te da je 50% djece žrtava iz nižih razreda osnovne škole navelo kako su nasilnici bili djeca starija od njih (Olweus, 1998). Slične rezultate su dobili i drugi autori te su pokazali kako količina sveukupne agresije raste s porastom dobi. Najviše nasilnog ponašanja iskazivali su učenici završnih razreda osnovnih škola (Buljan Flander, Ćorić Špoljarić i Durman Marijanović, 2007; Klarin, 2002). Međutim, porast nasilničkog ponašanja s dobi nije linearan, nego ima oblik obrnute U-krivulje (Olweus, 1998). Tijekom osnovne škole dolazi do porasta agresije s dobi te najviše agresije i vršnjačkog nasilja iskazuju djeca u završnim razredima osnovne škole i nižim razredima srednje škole (Buljan Flander i sur., 2007; Olweus, 1998; Sušac, Rimac i Ajduković, 2012).

Školski uspjeh se često uzima kao jedan od pokazatelja djetetovog kognitivnog razvoja. Britanska je studija (Dake, Price i Telljohann, 2003; Mynard i Joseph, 1997) pokazala negativnu povezanost između učenika uključenih u nasilje (bilo kao žrtve ili nasilnici) i školske kompetencije. Najslabiju školsku kompetenciju su imale žrtve nasilja, dok su provokativne žrtve i nasilnici imali podjednako slabu školsku kompetentnost i uspjeh (Dake i sur., 2003; Schwartz, Dodge i Coie, 1993). Isti rezultati su dobiveni na američkom uzorku djece (Juvonen, Nishina i Graham, 2000; Nansel, Overpack, Pilla, Ruan, Simons-Morton i Scheidt, 2001) te na hrvatskom uzorku djece osnovnoškolske dobi (Profaca, Puhovski i Luca Mrđen, 2006).

Općenito su istraživanja pokazala kako nasilnoj djeci nedostaje empatije, ali se povezanost između nedostatka empatije i vršnjačkog nasilja razlikovala u dječaka i djevojčica (Cohen i Strayer, 1996; Espelage, Mebane i Swearer, 2004; Feshbach, 1997). Djevojčice izvještavaju općenito o većoj razini empatije, uključujući i emocionalnu i kognitivnu komponentu (Espelage i sur., 2004; Gini, Albiero, Benelli, i Altoè, 2007). Djeca s većom razinom empatične brige (afektivna komponenta)

procjenjivala su nasilno ponašanje među djecom negativnije te su i sama bila manje nasilna. Provokativne žrtve su također pokazale manje brižnog ponašanja i manje osjetljivosti prema emocijama drugih, isto kao i nasilnici, što upućuje na deficit u afektivnoj komponenti empatije kod agresivne djece (Espelage i sur., 2004).

Djeca s poremećajem pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) rizična su za pojavu agresije, ali i viktimizacije. Njihovo ponašanje je nepredvidivo te često zbunjuje i frustrira ljude oko njih. Općenito su istraživanja pokazala kako su hiperaktivna djeca, posebice ona s izraženom impulzivnošću, često uključena u nasilno ponašanje (Aluede, Adeleke, Omorike i Afen-Akpaída, 2008; Craig, 1998). Impulzivna djeca imaju nizak prag na frustraciju, pa često neprikladno reaguju u neutralnim situacijama, najčešće agresijom (Olweus, 1994). Osim toga, ADHD je 4 puta učestaliji kod dječaka što ih čini dodatno rizičnima za uključenost u vršnjačko nasilje (Velki, 2012b).

Agresivna djeca imaju više prijatelja koji vole kršiti pravila (Bagwell i Coie, 2004; Dijkstra, Lindenberg i Veenstra, 2007). Nasilnici imaju veći broj prijatelja nego žrtve, jer su obično prihvaćeni u grupama djece istog ponašanja. No ipak broj prijatelja djece nasilnika nešto je manji nego djece neuključene u nasilje (Snyder, Horsch i Childs, 1997). Također postoje i spolne razlike u sklapanju prijateljstva. Nasilni dječaci imaju veći broj prijatelja (uključujući i neagresivnu djecu) i općenito više agresivnih prijatelja dok nasilne djevojčice imaju manje kohezivne grupe prijatelja (iako brojnije od djevojčica žrtava), ali više recipročnih prijateljstava (Mouttapa Valente, Gallaher, Rohrbach i Unger, 2004). Za razliku od nasilne djece, provokativne žrtve imaju manji broj prijatelja posebice kada su sklone verbalnom i relacijskom obliku nasilnog ponašanja, a najmanji broj prijatelja imaju djeca žrtve nasilja (Craig, 1998; Wang, Iannotti i Nansel, 2009).

Djeci nasilnicima je zajedničko agresivno ponašanje i pozitivan stav prema nasilju te se međusobno družu i prihvaćaju, što vrijedi za oba spola (Pellegrini, Bartini i Brooks, 1999). Dječaci će lakše prihvatiti nasilne djevojčice (jer ih smatraju „muškastima“), dok će djevojčice bolje prihvaćati dječake koji im pomažu (jer ih smatraju „ženskastim“), iako u pubertetu djevojčice pokazuju naklonost i sviđanje prema agresivnim dječacima (Dijkstra i sur., 2007). Prihvaćenje, odnosno odbacivanje od strane vršnjaka ima značajnu ulogu u razvoju nasilja (Woods, Done i Kalsi, 2009). Općenito, nasilnici doživljavaju manje odbacivanje od strane vršnjaka te su bolje prihvaćeni, dok su za razliku od njih provokativne žrtve, a posebice djeca žrtve, odbačene od strane vršnjaka (Perren i Hornung, 2005).

U opisanim studijima dobivene su različite povezanosti vršnjačkog nasilja/viktimizacije s različitim aspektima djetetovog razvoja, a što je uvelike ovisilo o dobi i spolu djeteta. Stoga je cilj našeg istraživanja provjeriti dobne i spolne razlike u povezanosti vršnjačkog nasilja i viktimizacije s nekim aspektima kognitivnog (školski uspjeh) i socijalno-emocionalnog razvoja djece (broj prijatelja, vršnjačka prihvaćenost,

impulzivnost, empatija) te provjeriti razlike u jačini povezanosti različitih aspekata razvoja s vršnjačkim nasiljem i viktimizacijom.

Metoda

Sudionici

U istraživanju su sudjelovali učenici od petog do osmog razreda osnovne škole. Ukupno je sudjelovalo 880 učenika (48% dječaka i 52% djevojčica). Učenici su imali između 10 i 16 godina ($M=12,8$, $SD=1,15$).

Instrumenti

Upitnik o nasilju među školskom djecom (UNŠD; Velki i Piri, 2011)

Upitnik o nasilju među školskom djecom obuhvaća neke demografske karakteristike djeteta (dob, spol, razred, školski uspjeh, broj prijatelja) te dva pitanja vezana uz osjećaj vršnjačke prihvaćenosti. Detaljnije je obuhvaćena učestalost počinjenog i doživljenog nasilja prema drugoj djeci. Upitnik se sastoji od Skale nasilja među djecom i Skale viktimizacije, a svaka se sastoji od 19 čestica. Zadatak učenika je označiti učestalost doživljenog, odnosno počinjenog pojedinog oblika nasilja. Učestalost doživljenog/počinjenog nasilja boduje se tako da "nikad" nosi 1 bod, "rijetko (nekoliko puta u godini)" 2 boda, "ponekad (jednom mjesečno)" 3 boda, "često (nekoliko puta mjesečno)" 4 boda te "uvijek (skoro svaki dan)" 5 bodova. Rezultat se izražava kao prosječna vrijednost odgovora na svih 19 čestica svake subskale i teoretski kreće u rasponu od 1 do 5. Viši rezultat upućuje na veću učestalost doživljenog, odnosno počinjenog nasilja. Koeficijenti pouzdanosti za Skalu nasilja među djecom Cronbach α iznosi 0,83, dok za Skalu viktimizacije iznosi 0,87.

Upitnik empatije (Ivanović i Buško, 2008)

Upitnikom empatije se mjeri stupanj empatije koji se odnosi na uživljavanje u emocionalna stanja druge osobe i razumijevanje njenog položaja na temelju percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Konstruiran je za djecu osnovnoškolskog uzrasta (od petog do osmog razreda osnovne škole). Pri tom afektivni aspekt empatije se definira kao doživljavanje emocija kao reakcije na emocionalno stanje druge osobe, a kognitivni aspekt kao razumijevanje stanja druge osobe te spoznaju kako nešto što se događa drugom pojedincu može djelovati na njega. Sudionici istraživanja trebaju pored svake tvrdnje ($k=20$) zaokružiti broj koji

ga najbolje opisuje. Raspon odgovora kreće se od „0“ što znači *uopće se ne odnosi na mene*, „1“ *uglavnom se ne odnosi na mene*, „2“ *niti se odnosi, niti se ne odnosi*, „3“ *uglavnom se odnosi na mene* do „4“ *u potpunosti se odnosi na mene*. Pouzdanost cijelog *Upitnika empatije* je Cronbach $\alpha=0,70$, dok je za *Subskalu afektivna empatija* pouzdanost bila visoka $\alpha=0,79$, a za *Subskalu kognitivna empatija* pouzdanost je bila niska $\alpha=0,43$. Pri daljnjoj analizi podataka odlučili smo uzeti samo *Subskalu afektivne empatije*, dok smo *Subskalu kognitivne empatije* isključili zbog niske pouzdanosti.

Skala impulzivnosti (Vulić-Prtorić, 2006)

Skala impulzivnosti dio je šire Skale HIP (Skala hiperaktivnost-impulzivnost-pažnja, Vulić-Prtorić, 2006) namijenjene za procjenu hiperaktivnog i impulzivnog ponašanja te problema usmjeravanja pažnje. Sastoji se od 19 čestica koje opisuju najčešće simptome navedenih problema u djetinjstvu i adolescenciji. HIP je skala samoprocjene na kojoj ispitanik na skali od 5 stupnjeva (od „nikad“ do „vrlo često“) procjenjuje u kojoj mjeri su se ponašanja opisana u tvrdnjama javljala kod njega u posljednjih šest mjeseci. Raspon odgovora kretao se od 1 do 5, a rezultat se za svaku subskalu formira na temelju aritmetičkih sredina određenih čestica te se teoretski kreće od 1 do 5. Namijenjena je djeci od petog do osmog razreda osnovne škole. Za potrebe našeg istraživanja koristili smo samo *Skalu impulzivnosti* koja se sastoji od 4 čestice te čija je pouzdanost u našem istraživanju iznosila Cronbach $\alpha=0,72$.

Postupak

Uz dopuštenje odgovornih institucija i pismenu suglasnost roditelja i učenika, a nakon informiranja o općim ciljevima i svrsi istraživanja, podaci su se prikupljali tijekom nastave u školama. Podaci su prikupljeni grupno, a njihovo prikupljanje trajalo je oko 45 minuta. Učenici su ispunili *Upitnik o nasilju među školskom djecom*, *Skalu empatije*, *Skalu impulzivnosti* te ostale skale i upitnike koji su bili dio šireg istraživanja (detalje vidi u Velki, 2012c). Po završetku ispitivanja učenici su mogli razgovarati o problemu nasilja i drugim problemima sa školskom psihologinjom i istraživačicama te su dobili kontakt e-mail za eventualna naknadna pitanja.

Rezultat i rasprava

U tablici 1 prikazana je deskriptivna statistika za sve mjerene varijable. Varijable su dobivene na temelju aritmetičkih sredina čestica iz prethodno opisanih upitnika i skala. Varijabla prosjek ocjena dobivena je aritmetičkom sredina ocjena iz hrvatskog jezika, matematike i prosjeka ocjena koji su učenici dali za polugodište i kraj školske godine. Odlučili smo se za uspjeh iz hrvatskog i matematike (uz opći uspjeh na kraju

Tablica 1

Deskriptivna statistika

Varijable	N	Min	Max	M	SD	
Samoprocjena ukupne viktimizacije	879	1,00	4,16	1,61	,46	
Samoprocjena ukupnog nasilja	879	1,00	3,42	1,30	,30	
kognitivni razvoj	prosjeak ocjena	876	1,17	5,00	3,75	,89
socijalni razvoj	broj najboljih prijatelja	879	0	25	4,34	3,51
	prosječna prihvaćenost vršnjaka	879	1,00	3,00	2,64	,48
emocionalni razvoj	empatija	879	,20	4,00	2,96	,70
	impulzivnost	869	1,00	5,00	2,40	,79

godine/polugodištu) jer u osnovnoj školi učenici imaju uglavnom vrlo dobre i odlične ocjene, pa je smanjen varijabilitet u kriteriju opći uspjeh. Hrvatski jezik i matematika se obično smatraju glavnim predmetima u osnovnoj školi te su i kriteriji stroži u odnosu na neke druge predmete, pa je za očekivati da u tim varijablama varijabilitet bude veći u odnosu na opći uspjeh (Velki i Vrdoljak, 2013). Prosječna prihvaćenost vršnjaka mjerena je s dvije čestice kontinuiranog tipa u sklopu UNŠD-a. U kasnijim analizama učenici su podijeljeni na mlađe/nije razrede (svi učenici 5. i 6. razreda) i na starije/više razrede osnovne škole (svi učenici 7. i 8. razreda).

U tablici 2 možemo vidjeti prevalenciju vršnjačkog nasilja. Učenika smo identificirali kao nasilnika ukoliko je na barem jednoj čestici odgovarajuće subskale označio da opisano ponašanje čini „uvijek (skoro svaki dan)“ ili „često (nekoliko puta mjesečno)“, a kao žrtvu ukoliko je na barem jednoj čestici odgovarajuće subskale označio da mu se opisano ponašanje događa „uvijek (skoro svaki dan)“ ili „često (nekoliko puta mjesečno)“. Ukoliko je učenik na oba kriterija, za žrtvu i nasilnika, označio da opisano ponašanje čini „uvijek“ ili „često“ te da mu se istovremeno opisano ponašanje događa „uvijek“ ili „često“ tog smo učenika identificirali kao provokativnu žrtvu. Učenike koji su označili da nisu niti činili niti doživljavali „često“ ili „uvijek“ opisana ponašanja identificirali smo kao neuključene u nasilje. U svim razredima nalazi se podjednak broj učenika neuključene u nasilje (oko 50%). S porastom dobi dolazi do opadanja broja žrtava, što je i očekivano. Vidljive su razlike i u spolu, kod dječaka dolazi do stalnog opadanja broja žrtvi s porastom dobi, dok kod djevojčica nije zabilježen takav trend. Nadalje, s porastom dobi dolazi i do porasta broja provokativnih žrtava i broja nasilnika, što je u skladu s prijašnjim istraživanjima o porastu agresije tijekom djetinjstva i rane adolescencije (Buljan Flander i sur., 2007). Međutim, kod djevojčica se primijećuje veći broj nasilnica u nižim razredima (5. i 6. razred), dok je se kod dječaka opaža porast u nasilnom ponašanju s dobi, odnosno

Tablica 2

Uključenost sudionika u dječje nasilno ponašanje prema samoprocjenama na UNŠD-u

Kategorije	neuključeni		žrtve		provokativne žrtve		nasilnici		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Svi	ukupno	464	52,7	259	29,4	120	13,6	37	4,2
	dječaci	222	52,5	121	28,6	59	13,9	21	5
	djevojčice	242	53	138	30,2	61	13,3	16	3,5
5. razred	ukupno	110	53,9	62	30,4	24	11,8	8	3,9
	dječaci	52	54,2	32	33,3	11	11,5	1	1
	djevojčice	58	53,7	30	27,8	13	12	7	6,5
6. razred	ukupno	93	49,2	62	32,8	26	13,8	8	4,2
	dječaci	42	45,7	29	31,5	16	17,4	5	5,4
	djevojčice	51	52,6	33	34	10	10,3	3	3,1
7. razred	ukupno	149	52,5	83	29,2	40	14,1	12	4,2
	dječaci	70	50,7	43	31,2	16	11,6	9	6,5
	djevojčice	79	54,1	40	27,4	24	16,4	3	2,1
8. razred	ukupno	112	55,2	52	25,6	30	14,8	9	4,4
	dječaci	58	59,8	17	17,5	16	16,5	6	6,2
	djevojčice	54	50,9	35	33	14	13,2	3	2,8

najviše nasilnika ima u višim razredima (7. i 8. razred) što je i očekivano (Olweus, 1998; Sušac i sur., 2012). Upravo zbog spolnih i dobnih razlika u prevalenciji vršnjačkog nasilja htjeli smo provjeriti hoće li one utjecati i na jačinu povezanosti s različitim aspektima razvoja djeteta.

U tablici 3 su prikazani rezultati glavne analize. Pearsonovim koeficijentom korelacije izračunate su povezanosti (njihova značajnost), a Fisherovim z-testom razlika među korelacijama provjerene su dobne i spolne razlike u povezanosti, kao i razlika u jačini povezanosti nekih aspekata razvoja s vršnjačkim nasiljem i viktimizacijom. Različiti čimbenici su povezani s vršnjačkim nasiljem u odnosu na vršnjačku viktimizaciju. Vršnjačka viktimizacija je statistički značajno povezana sa slabijim školskim uspjehom, slabijom vršnjačkom prihvaćenošću i većim stupnjem impulzivnosti, što je i u skladu s prijašnjim istraživanjima (Aluede i sur., 2008; Dake i sur., 2003; Woods i sur., 2009). Viktimizacija je povezana sa svim aspektima razvoja, očekivano u negativnom smjeru. Najveće negativne posljedice upravo doživljavaju djeca žrtve vršnjačkog nasilja. Stalna izloženost traumi koju proživljavaju, strahu kojeg svakodnevno doživljavaju utječe na razvoj dugoročnih posljedica, koje se najčešće očituju u vidu anksioznih i depresivnih simptoma (Hanish i Guerra, 2002), a što posljedično utječe i na usporen i otežan razvoj (Gladstone, Parker i Malhi, 2006).

Nedostatak koncentracije, pretjerana okupiranost proživljenom traumom, stalno očekivanje novih neugodnih iskustava utječe na školski uspjeh i ometa učenike u svakodnevnom školskom radu (Kaltiala-Heino i Fröjd, 2011). Osim toga ne postoje zaštitni mehanizmi, u vidu vršnjačke potpore i prihvaćenosti koji bi mogli smanjiti negativne posljedice doživljenog nasilja, odnosno utjecati na prekidanje kruga nasilja (Perren i Hornung, 2005; Salmivalli, 1999).

Vršnjačko je nasilje povezano s većim brojem prijatelja, većim stupnjem impulzivnosti i manjim stupnjem empatije, odnosno jača je povezanost sa socio-emocionalnim razvojem. Ovakvi rezultati su u skladu s prijašnjim istraživanjima, posebice emocionalnog razvoja (Espelage i sur., 2004), gdje zbog nemogućnost kontrole emocije, posebice impulzivnosti (Aluede i sur., 2008) te nedostatka suosjećanja (Gini i sur., 2007) učenici se ponašaju nasilno. Impulzivni učenici nisu u stanju dati realni procjenu situacije u kojoj se nalaze te je njihov najčešći odgovor u nejasnim situacijama nasilan. U prijašnjim istraživanjima češće su dobivene spolne razlike u afektivnoj empatiji i jača povezanost s nasiljem (Espelage i sur., 2004), a to smo i mi upravo potvrdili, gdje se afektivni aspekt empatije pokazao značajno povezan s činjenjem nasilja. Broj prijatelja se često povezuje uz socijalnu potporu koja je dostupna od strane vršnjaka (Barboza, Schiamburg, Oehmke, Korzeniewaki, Post i Heraux, 2009). Vršnjaci mogu izravno utjecati na nasilje među djecom tako da pomognu žrtvama ili podupru nasilnike (Perren i Hornung, 2005; Salmivalli, 1999). U našem istraživanju također se pokazalo kako je veći stupanj nasilja povezan s većim brojem prijatelja, odnosno podrškom vršnjaka koju dobivaju nasilnici. Međutim, nismo potvrdili povezanost vršnjačkog nasilja s kognitivnim razvojem. Prijašnja istraživanja su pokazala kao je vršnjačko nasilje povezano sa školskim neuspjehom (Dake i sur., 2003; Profaca i sur., 2006), odnosno da nasilnici i provokativne žrtve imaju deficit u vještinama rješavanja problema (Cassidy i Taylor, 2005) te se zbog toga smatralo i da imaju općenito slabiji kognitivni razvoj. Međutim novija istraživanja, posebice ona usmjerena na relacijske i neizravne oblike nasilja zastupaju teoriju uma (Sutton, Smith i Swettenham, 1999). Prema ovoj teoriji nasilnici nemaju deficite u rješavanju problema, nego su zapravo vrlo sofisticirani i posjeduju određene vještine jer vrlo dobro razumiju druge osobe i njihove slabosti, pa tako znaju odabrati žrtve koje toleriraju njihovo nasilje i za koje nije vjerojatno da će dobiti potporu vršnjaka. Istraživanja su pokazala kako se ove vještine razvijaju tijekom adolescencije te da su djevojčice superiornije u razumijevanju drugih, za razliku od dječaka. Kada su djevojčice nasilne one češće koriste relacijski ili neki od neizravnih oblika agresije, za razliku od dječaka gdje prevladava tjelesna i verbalna agresija (Cairns, Cairns, Neckerman, Ferguson i Gariépy, 1988; Sutton i sur., 1999). Također je jedan dio nasilne djece izrazito kognitivno napredan, vođe su i skloni su manipulirati i nagovarati druge na nasilje, za razliku od nasilnih sljedbenika koji su prosječnog ili

Tablica 3

Dobne i spolne razlike u povezanosti vršnjačkog nasilja i viktimizacije s kognitivnim i socio-emocionalnim aspektima razvoja

aspekti razvoja	Vršnjačko nasilje r	Fisherov z-test razlika među korelacijama	Vršnjačka viktimizacija r	Fisherov z-test razlika među korelacijama	Fisherov z-test razlika među korelacijama u činjenju i vršenju nasilja
školski uspjeh	-0,053		-0,125**		
dječaci	-0,054	z= -0,62	-0,109*	z= 0,30	$z_{(\text{nasilje-viktimizacija})} = 1,52$
djevojčice	-0,012		-0,129*		
niži razred	-0,023	z= 0,44	-0,238**	z= -2,9**	
viši razred	-0,053		-0,045		
broj prijatelja	0,086*		-0,049		
dječaci	0,051	z= -0,49	-0,084	z= -0,81	$z_{(\text{nasilje-viktimizacija})} = 2,69**$
djevojčice	0,084		-0,029		
niži razred	0,168**	z= 1,73	-0,052	z= 0,09	
viši razred	0,052		-0,058		
vršnjačka prihvaćenost	-0,063		-0,447**		
dječaci	-0,041	z= 0,73	-0,416**	z= 1,12	$z_{(\text{nasilje-viktimizacija})} = 8,75**$
djevojčice	-0,090		-0,477**		
niži razred	-0,150**	z= -1,85*	-0,455**	z= -0,33	
viši razred	-0,025		-0,437**		
impulzivnost	0,443**		0,194**		
dječaci	0,369**	z= -3,37**	0,189**	z= -0,18	$z_{(\text{nasilje-viktimizacija})} = -5,85**$
djevojčice	0,548**		0,201**		
niži razred	0,446**	z= 0,07	0,246**	z= 1,23	
viši razred	0,442**		0,166**		
afektivna empatija	-0,178**		0,022		
dječaci	-0,137**	z= 0,12	0,019	z= -0,95	$z_{(\text{nasilje-viktimizacija})} = -4,23**$
djevojčice	-0,145**		0,083		
niži razred	-0,215**	z= -0,96	-0,045	z= -1,72	
viši razred	-0,152**		0,072		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

ispodprosječnog kognitivnog razvoja. U našem istraživanju nismo razdvojili ove dvije skupine potencijalnih nasilnika pa je moguće da zato nema očekivane povezanosti vršnjačkog nasilja i kognitivnog razvoja. Osim toga treba uzeti u obzir da smo mjerili ukupno nasilje koje se sastoji od verbalnog, tjelesnog i elektroničkog, a istraživanja jasno pokazuju da se dobivaju različiti rezultati za različite vrste nasilja i viktimizacije, posebice ako se uspoređuje tjelesno i verbalno nasilje u odnosu na relacijsko.

Fisherov z-test razlika među korelacijama u činjenju i vršenju nasilja pokazao se statistički značajan za sve aspekte razvoja izuzev školskog uspjeha. Vršnjačka viktimizacija jače je povezana s prihvaćenošću vršnjaka, dok je vršnjačko nasilje jače povezano s brojem prijatelja, impulzivnošću i empatijom. Odbačena djeca bez prijatelja lake su mete nasilnicima i često postaju žrtve. Takvu djecu nema tko obraniti, a i vršnjaci se boje s njima družiti da oni sami ne bi postali buduće žrtve (Wang i sur., 2009). Stoga ne čudi da je dobivena jača povezanost s viktimizacijom u odnosu na nasilje. Nasilnici su često prihvaćeni u grupi vršnjaka, gotovo isto kao i djeca koja su neuključena u nasilje (Perren i Hornung, 2005), popularni su, a posebice u pubertetu djevojčice smatraju privlačnim nasilne dječake (Rodkin, 2002) jer na taj način dječaci pokazuju svoju dominaciju. Manja razlika je u prihvaćenošću nasilnika i djece neuključene u nasilje u odnosu na žrtve, stoga su naši rezultati očekivani. Očito je da su neke druge varijable (npr. anksioznost i depresivnost), koje nismo zahvatili ovim istraživanjem, jače povezane s vršnjačkom viktimizacijom u odnosu na vršnjačko nasilje. Općenito možemo zaključiti da smo bolje objasnili vršnjačko nasilje, odnosno dobivene su jače povezanosti s više aspekata razvoja nego za viktimizaciju što je u skladu s prijašnjim istraživanjima. Nedostatak empatije jače je povezan s nasiljem (Espelage i sur., 2004), što je i očekivano jer djeca žrtve nasilja imaju podjednako razvijenu empatiju kao i djeca neuključena u nasilje te je očekivano da je empatija jače povezana s nasiljem dok takvu povezanost ne pronalazimo kod viktimizacije. Iako je impulzivnost povezana i s nasiljem i viktimizacijom, jača povezanost je očekivano pronađena za nasilje (Olweus, 1994). Najčešći odgovor impulzivne djece je onaj agresivni, pa ponekad, iako se možda radi samo o reakciji obrane, ova djeca nepravedno budu svrstana u nasilnike, dok se zapravo radi o žrtvama koje se pokušavaju obraniti. Nadalje, broj prijatelja je jače povezan s nasiljem dok takva povezanost ne postoji za viktimizaciju. Nasilna djeca dobivaju podršku vršnjaka (Barboza i sur., 2009), popularna su u skupini, a druga djeca ih podupiru (Perren i Hornung, 2005; Salmivalli, 1999). Za razliku od njih djeca žrtve ostaju sama, a prijatelji s kojima se družu su vrlo vjerojatno i sami žrtve i nisu im u mogućnosti pomoći. Iako djeca žrtve imaju prijatelje, oni nisu značajno povezani s viktimizacijom.

Dobivene se korelacije se razlikuju ovisno o dobi i spolu učenika. Za niže razrede osnovne škole dobivena je jača povezanost vršnjačkog nasilja s vršnjačkom

prihvaćenosti te je dobivena jača povezanost vršnjačke viktimizacije sa školskim uspjehom što je i očekivano. U nižim je razredima nasilje još uvijek neprihvatljivo ponašanje i učenici su skloni reagirati u nasilnim situacijama. Porastom dobi nasilje postaje prihvatljivo i normativno ponašanje, čak i poželjno (u pubertetu agresivniji dječaci su privlačniji djevojčicama). Što nasilje duže traje veća je vjerojatnost da će ono postati normativno ponašanje i da će ga učenici prihvatiti pa je u skladu s time i dobivena jača povezanost nasilja s vršnjačkom prihvaćenosti kod starijih učenika. Slabiji školski uspjeh povezan je s viktimizacijom za niže razrede dok takvu povezanost ne pronalazimo u višim razredima osnovne škole. Posljedice traume na školski uspjeh koje doživljavaju žrtve nasilja jasnije se uočavaju kod mlađih učenika, dok su u višim razredima možda važnije neke druge odrednice školskog uspjeha koje nemaju neposrednu već posrednu povezanost s viktimizacijom (npr. jačina i trajanje simptoma depresivnosti i anksioznosti koje su razvile žrtve nasilja).

Također je dobivena i jedna spolna razlika, odnosno veća povezanost vršnjačkog nasilja i impulzivnosti za djevojčice. Značajna povezanost dobivena je za oba spola, ali je ona statistički značajno veća za djevojčice, što je zapravo i očekivano. Za djevojčice impulzivno ponašanje nije česta pojava i nije uobičajeno, dok je ADHD 4 puta učestaliji kod dječaka nego djevojčica (Velki, 2012b), posebice hiperaktivno-impulzivni podtip ADHD-a. Stoga impulzivno ponašanje postaje "normalno muško ponašanje", ali zato kada se javi kod djevojčica jako odstupa od normativnog "ženskog" ponašanja, pa je dovoljna i manja količina impulzivnosti da se uoči jaka povezanost s vršnjačkim nasiljem.

Dobiveni rezultati su očekivani i u skladu s prijašnjim istraživanjima. Međutim, većina korelacija, iako statistički značajna je relativno niska te je dobiveno samo nekoliko statistički značajnih spolnih i dobnih razlika u povezanosti vršnjačkog nasilja i viktimizacije. Moguća obrazloženja pronalazimo u ograničenjima provedenog istraživanja. Prvo, za sve mjere korištene su samoprocjene. Bitno drugačiji rezultati prevalencije nasilja, kao i povezanosti s nekim aspektima razvoja, dobiveni su ukoliko se umjesto samoprocjene npr. koristi procjena vršnjaka (Velki i Kuterovac Jagodić, 2014). Osim toga vršnjačka procjena je posebno važna kod ispitivanja socijalnih aspekata razvoja, stoga se preporučuje da buduća istraživanja osim samoprocjena koriste i sociometrijski postupak, odnosno različite objektivnije indekse prihvaćenost i popularnost unutar grupe dobivene na temelju vršnjačke procjene. Drugo, mjerili smo ukupno vršnjačko nasilje, odnosno viktimizaciju (koji se sastoji od verbalnog, tjelesnog i elektroničkog nasilja/viktimizacije). Prijašnja istraživanja pokazuju različite dobne i spolne razlike ovisno o vrsti nasilja (npr. tjelesno nasilje je češće kod starijih dječaka, verbalno je podjednako za oba spola i sl.; Velki i Kuterovac Jagodić, 2014) stoga je moguće da bi dobili drugačije i možda jasnije rezultati da smo zasebno gledali različite vrste nasilja i viktimizacije. Treće, za mjeru kognitivnog aspekta razvoja

koristili smo varijablu školski uspjeh (iako sastavljena prema strožem kriteriju, uzimajući u obzir ocjene iz hrvatskog jezika i matematike; Velki i Vrdoljak, 2013) koja obuhvaća samo manji dio kognitivnog razvoja. Preporuča se da se u budućim istraživanjima svakako koriste dodatne mjere, npr. različiti testovi inteligencije. Osim toga, bitna je i razlika između nasilnih vođa i nasilnih sljedbenika te je potrebno jasno razdvojiti ove uloge koje djeca uključena u nasilje mogu imati, jer su one usko vezane i uz kognitivno funkcioniranje. I posljednje, emocionalni aspekti razvoja pokazali su se vrlo važni kod razvoja nasilnog ponašanja. U našem istraživanju zahvatili smo samo afektivni aspekt empatije i impulzivnost. Prijašnja istraživanja (Krulić i Velki, 2014) jasno su pokazali deficite u emocionalnoj inteligenciji kod nasilne djece, posebice u aspektima prepoznavanja i razumijevanja emocija u drugih, stoga se preporučuje da buduća istraživanja svakako uvrste i emocionalnu inteligenciju kao odrednicu emocionalnog razvoja.

Zaključak

Na temelju rezultata provedenog istraživanja možemo zaključiti kako su različiti aspekti razvoja u podlozi vršnjačkog nasilja u odnosu na vršnjačku viktimizaciju te da postoji jača povezanost različitih aspekata razvoja s vršnjačkim nasiljem. Za vršnjačko nasilje važniji su emocionalni aspekti razvoja i broj prijatelja, dok su za viktimizaciju važniji osjećaj vršnjačke prihvaćenosti i školski uspjeh. U našem su istraživanju mjereni aspekti razvoja jače povezani vršnjačkim nasiljem i to za niže razrede i djevojčice. Buduća istraživanja trebala bi ispitati razlike i u nekim drugim aspektima razvoja (npr. popularnost u vršnjačkoj skupini, emocionalna inteligencija i sl.), koji bi se mogli pokazati važniji za starije učenike i dječake.

Literatura

- Aluede, O., Adeleke, F., Omoike, D. i Afen-Akpaída, J. (2008). A review of the extent, nature, characteristics and effects of bullying behaviour in schools. *Journal of Instructional Psychology*, 35(2), 151-158.
- Bagwell, C.L. i Coie, J.D. (2004). The best friendships of aggressive boys: Relationship quality, conflict management, and rule-breaking behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 5-24.
- Barboza, G.E., Schiamberg, L.B., Oehmke, J., Korzeniewski, S.J., Post, L.A. i Heraux, C.G. (2009). Individual characteristics and the multiple contexts of adolescent bullying: An ecological perspective. *Journal of Youth Adolescence*, 38, 101-121.
- Buljan Flander, G., Ćorić Špoljarić, R. i Durman Marijanović, Z. (2007). Pojava nasilja među djecom s obzirom na spol, dob i prihvaćenost/odbaćenost u školi. *Društvena istraživanja*, 16, 157-174.
- Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D. i Gariépy, J.L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental Psychology*, 24, 815-823.
- Cassidy, T. i Taylor, L. (2005). Coping and psychological distress as a function of the bully victim dichotomy in older children. *Social Psychology of Education*, 8, 249-262.
- Cohen, D. i Strayer, J. (1996). Empathy in conduct disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, 32, 988-998.
- Craig, W. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 24, 123-130.
- Dake, J.A., Price, J.H. i Telljohann, S.K. (2003). The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 73(5), 173-180.
- Dijkstra, J.K., Lindenberg, S. i Veenstra, R. (2007). Same-gender and cross-gender peer acceptance and peer rejection and their relation with bullying and helping among preadolescents: Comparing predictions from gender-homophily and goal-framing approaches. *Developmental Psychology*, 43, 1377-1389.
- Espelage, D.L., Mebane, S.E. i Swearer, S.M. (2004). Gender differences in bullying: Moving beyond mean level differences. U: D.L. Espelage i S.M. Swearer (Ur.), *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* (str. 15-35). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Feshbach, N.D. (1997). Empathy: The formative years. Implications for clinical practice. U: A.C. Bohart i L.S. Greenberg (Ur.), *Empathy reconsidered: Directions for psychotherapy* (str. 33-59). Washington, DC: American Psychological Association.

- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B. i Altoè, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33(5), 467-476.
- Gladstone, G., Parker, G. i Malhi, G. (2006). Do bullied children become depressive and anxious adults? A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 201-208.
- Hanish, L.D. i Guerra, N.G. (2002). A longitudinal analysis of patterns of adjustment following peer victimization. *Developmental Psychopathology*, 14, 69-89.
- Juvonen, J., Nishina, A. i Graham, S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 92, 249-359.
- Kaltiala-Heino, R. i Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37-44.
- Klarin, M. (2002). Dimenzije obiteljskih odnosa kao prediktori vršnjačkim odnosima djece školske dobi. *Društvena istraživanja*, 11(4-5), 805-825.
- Krulić, K. i Velki, T. (2014). Ispitivanje povezanosti emocionalne inteligencije i nasilja među školskom djecom. *Život i škola*, 32(2), 81-96.
- Mouttapa, M., Valente, T., Gallaher, P., Rohrbach, L.A. i Unger, J.B. (2004). Social network predictors of bullying and victimization. *Adolescence*, 38, 315-335.
- Mynard, H. i Joseph, S. (1997). Bully victim problems and their association with Eysenck's personality dimensions in 8 to 13 year-olds. *British Journal of Educational Psychology*, 67, 51-54.
- Nansel, T.R., Overpack, M., Pilla, R.S., Ruan, W.J., Simons-Morton, B. i Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2094-2100.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171-1190.
- Olweus, D. (1998). *Nasilje među djecom u školi: što znamo i što možemo učiniti*. Zagreb: Školska knjiga.
- Olweus, D. (2010). Understanding and researching bullying: some critical issues. U: S.R. Jimerson, S.M. Swearer i D.L. Espelage (Ur.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective* (str. 9-33). New York: Taylor i Francis Group.
- Pellegrini, A. D., Bartini, M. i Brooks, F. (1999). School bullies, victims, and aggressive victims: Factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 91, 216-224.

- Perren, S. i Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: victims' and perpetrators' family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64, 51-64.
- Profaca, B., Puhovski, S. i Luca Mrden, J. (2006). Neke karakteristike pasivnih i provokativnih žrtava nasilja među djecom. *Društvena istraživanja*, 16(3), 575-590.
- Rodkin, P.C. (2002). *I think you're cool: Social status and group support for aggressive boys and girls*. Invited address to the 8th Triannual Meeting of the Northeast Social Development Consortium, New York, NY.
- Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: Implications for intervention. *Journal of Adolescence*, 22, 453-459.
- Schwartz, D., Dodge, K.A. i Coie, J.D. (1993). The emergence of chronic peer victimization in boys' play groups. *Child Development*, 64, 1755-1772.
- Snyder, J., Horsch, E. i Childs, J. (1997). Peer relationships of young children: Affiliative choices and the shaping of aggressive behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 145-156.
- Sušac, N., Rimac, I. i Ajduković, M. (2012, ožujak). *Epidemiološko istraživanje nasilja među djecom*. Rad prikazan u sklopu nacionalne konferencije *Raširenost nasilja nad djecom u obitelji i među vršnjacima*. Zagreb, Hrvatska.
- Sutton, J., Smith, P.K. i Swettenham, J. (1999). Bullying and 'theory of mind': A critique of the 'social skills deficit' view of anti-social behaviour. *Social Development*, 8, 117-127.
- Velki, T. (2012a). Rizični i zaštitni faktori kod pojave nasilja među djecom. *Zbornik radova s III. znanstveno-stručnog skupa posvećenog pitanjima nasilja: Psihosocijalni aspekti nasilja u suvremenom društvu – izazov obitelji, školi i zajednici (2010)*, 139-157.
- Velki, T. (2012b). A comparison of individual characteristics and the multiple contexts for children with different bullying status: An ecological perspective. *International Journal of Arts & Sciences*, 5(7), 89-112.
- Velki, T. (2012c). *Provjera ekološkoga modela dječjega nasilničkoga ponašanja prema vršnjacima*. (Neobjavljena doktorska disertacija). Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Zagreb.
- Velki, T. i Kuterovac Jagodić, G. (2014). Različiti pristupi mjerenju kao izvori razlika u podacima o raširenosti nasilničkoga ponašanja među djecom. *Društvena istraživanja*, 23(2), 259-281.

- Velki, T., i Piri, G. (2011, travanj). Validacija Upitnika o nasilju djeteta u školi. U Čorkalo Biruški, D., i Vukasović, T. (ur.). *Međunarodni psihologijski znanstveno-stručni skup 20. Dani Ramira i Zorana Bujasa: sažeci priopćenja*. Rad izložen na Međunarodnom psihologijskom znanstveno-stručni skupu: 20. Dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb (str. 254-254). Zagreb: Filozofski fakultet.
- Velki, T. i Vrdoljak, G. (2013). Uloga nekih vršnjačkih i školskih varijabli u predviđanju vršnjačkog nasilnog ponašanja. *Društvena istraživanja*, 22(1), 101-120.
- Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40(17), 161-186.
- Wang, J., Iannotti, R.J. i Nansel, T.R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 368-375.
- Woods, S., Done, J. i Kalsi, H. (2009). Peer victimization and internalizing difficulties: The moderating role of friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32, 293-308.



CONTEXT DEPENDENT DIFFERENCES IN SELF-CONCEPT PRIMARY DOMAINS

Đorđe Čekrlija

Silvia Macher

Biljana Mirković

Abstract

In situations of absolute control and shelter that internet can provide possibilities of (un)intentional distortion of personal characteristics are numerous. This study basic question is, whether online self-concept estimation provides different results than common group testing with the presence of an examiner. A self-concept scale, with six scales that match Bracken's primary contexts, was used. Two groups were tested: One was tested in a group (N=145) while the other group did their test individually, over the internet (N=91).

In data consideration t-tests for independent samples and discriminant analyses were applied. Results reveal that the online group scored higher for competence and academic self-concept ($p < .01$) whereas social and physical self-concept are very close to upper border of statistical significance.

Key words: *self, evaluation, Online Vs. Offline*

Introduction

Peoples' self-concept represents subjective interpretations and evaluations of their personal characteristics and behaviors. Because of the subjective character of the self-concept, it does not necessarily reflect one's actual characteristics and abilities as perceived by others or as measured with psychological tests, for example. Discrepancies between actual and subjectively experiences personal characteristics may also emerge from people's interpretations of social reactions of others to their characteristics and behaviors. This to some extent distorted self-image is supposed to fulfill two tasks: it maintains the functionality of the self-concept system and enables people to adapt their personality to broader environmental requirements (Opačić, 1995).

According to the first principle of system functioning, any system tends to spend as less energy as possible. The self-concept system is assumed to operate similarly. To do so, new elements are assimilated into the given structure, instead of the other way round (i.e., adjusting the given structure). If such new elements are unpleasant and/or threatening to the self-concept, the system activates mechanisms that endeavor to transform and adjust them to the existing self-image. Therefore, the self-concept system tries to ward off the negative impact on the person through alternative interpretations of the strength and importance of negative and/or threatening information. It is easier to adjust the information so that it fits to the existing self-concept than to change the whole system of perceptions of one's personal characteristics and their evaluations, respectively.

If the self-image does not deviate too much from actual characteristics, there are no significant consequences for one's personality. But if the deviation becomes significant, certain effects on the psychological system appear. The personality-system, for example, expenses more energy to maintain the acceptable self-image. The final result is the development of certain behaviors that again aim at maintaining the existing self-concept instead of enhancing a better functionality in the environment (Opačić, 1995).

The Self and the World Wide Web

Since information distortion is one way of maintaining a positive self-image, it is comprehensible that the World Wide Web offers many opportunities for personal identity compensation and upgrading (Stone, 1996; Turkle, 1995). The internet allows us to interact with familiar or unfamiliar persons in chat rooms or to create our personal profiles on social networks, including the selection of personal information that would be presented (Krämer & Winter, 2008). Through these opportunities for

self-presentation, the virtual world (internet) offers benefit to many different motives. Recent studies revealed certain personality traits and motives to be associated with the use of internet forums. Extraverts, for instance, have been shown to use internet tools to expand their personal interactions with others (Valkenburg & Peter, 2007; Weaver 2000; Weaver 2001; Flaherty et al., 1998; Pavica 2008; Ryan & Xenos, 2011), whereas lonely and social anxious people use these tools to compensate unsatisfying aspects of their personality (Pearce & Rubin, 1998; Kim & Lee, 2011, Lee et al., 2011). Narcissism and extraversion have been shown to significantly predict the propensity to use Facebook for fun and to get into interactions with others for romantic interests (Bibby, 2008). Hamburger and Ben-Artzi (2000) revealed that people with high neuroticism scores (i.e., people characterized by anxiety and unsatisfactory social interactions) use the internet primarily to gather information and to satisfy their need for affiliation. Weaver (2001) highlights that people scoring high on psychoticism use the internet simultaneously as a source of stimulation and to protect and control their identity.

However, the internet does not only permit communication with others without face-to-face interactions, it also fosters behavior that people would not show in real life. According to Suler (2004), the online disinhibition effect occurs as either benign or toxic disinhibition. In the case of benign disinhibition, people may exhibit behavioral tendencies such as becoming more affectionate or being more open to others during online interactions as compared to face-to-face interactions. This kind of disinhibition may even enable people to better understand themselves and to their personal development. Toxic disinhibition, in contrast, facilitates socially undesirable behavior. In both cases, online disinhibition promotes behavior that people would never show in the real world, either because of social restrictions or individual characteristics.

When self-image distortion occurs during online activities, the online disinhibition effect could be one of the most important factors during online self-evaluation. The self-concept of people who tend to develop social interactions via the internet is not well explored. Conclusions about the self-concept are mostly based on personality traits and social skills linked to behavior and the usage of the global web, its contents, and services. Papacharissi and Rubin (2000) found that people with lower self-esteem and socially anxious use the internet more often for interpersonal communication as compared to people with higher self-esteem and less socially anxious. In addition, the authors reported that those who are satisfied with their social life rather use the internet as an instrument (to seek and collect information), whereas less satisfied people and those who feel less worth in face-to-face interactions use the internet as a replacement for social interactions and to kill time. Similar results have also been shown with people with dominant external locus of control (Flaherty, Pearce & Rubin, 1998).

The Present Study

The aim of the present study was to investigate if self-concept reports differ depending on the context of the self-evaluation. Would the results differ between people who reported about their self-concept in the frame of a common test-situation (in the presence of an examiner and other participants) and people who completed the questionnaire online at home (with the sense of comfort and safety of their own home)? Therefore, two groups were compared: an online group (whose members filled in the questionnaire online at home) and a test-situation group (whose members filled in the questionnaire in groups at the university). Participants were compared regarding six self-concept domains that matched to Bracken's (1996) six contexts: competence, family, social, physical, emotional, and academic.

According to the aforementioned studies, people's self-concept should be more positive in the familiar context of home comfort and control as compared to the test-situation context. Online assessed self-concept is probably more based on the presented personal information, expressed attitudes, and personal preferences and desires than in a real social environment. Moreover, the lack of social pressure during the online self-evaluation should have a significant effect on the shaping of a more positive self-concept. Therefore, we hypothesized that online assessed self-concept scores should be higher (i.e. more positive) than self-concept scores assessed in a common test situation.

Method

Sample

For the purpose of present study, two participant groups were tested. The first group consisted of 145 participants (91 women and 54 men) who were between 17 and 35 years old ($M = 24.12$, $SD = 6.34$). This group completed their questionnaires in a common test situation in the presence of an examiner. The second group consisted of 91 participants (26 women and 65 men) who were between 18 and 35 years old ($M = 24.86$, $SD = 3.31$). These participants completed the questionnaire online at their homes. All participants were students from the University of Banja Luka. They were tested after their daily classes. Students were free to decide if they wanted to take part in this study or not. Those who were willing to participate could decide how to fill in the questionnaire and when. Students, who wanted to do the questionnaire in

the common test-situation, were tested immediately and those who wanted to do the questionnaire online got a web address and were asked to fill in the questionnaire within the next two weeks. The whole process of data collecting lasted 15 days.

Measures

The Self-concept scale (SC-2, Čekrljija & Turjačanin, 2003) was used in this study. Some of the original item were eliminated for the purpose of the present study, so that the questionnaire consisted of 105 items. This instrument is a self-administered questionnaire designed to measure six self-concept primary domains (competence, family, social, physical, emotional and academic self-concept). All items had to be answered on 5-point rating scales (1 = absolutely incorrect, 2 = mostly incorrect, 3 = neither incorrect nor correct, 4 = mostly correct, and 5 = absolutely correct). The six scale scores can be operationalized through Burt components or through first Hotelling principal components.

Scale	Item
Competence SC	I am not very good at complicated activities.
Family SC	I don't feel loved enough in my family.
Social SC	It's hard to me to believe in other people.
Physical SC	I look better than most of my peers.
Emotional SC	My emotions make me.confused.
Academic SC	Learning has never been a problem for me.

Analytic Strategy

Figure 1. Sample items for each scale

Descriptive statistics and internal consistency coefficients (Cronbach's Alpha) were calculated for each SC-2 scale. Each of the six scale scores was operationalized as Burt's component. In a first step, t-tests for independent samples were used to compare the results of the two groups at the SC-2 scales. Afterwards, discriminant analyses were performed. Group membership served as the grouping variable with two categories (online vs. test-situation group member) while scales Burt's components served as the predictor variables. All data were analysed with IBM SPSS Statistics 20.

Results

Descriptive Statistics

Table 1 shows the means, standard deviations, distribution values, and Cronbach's Alpha for the SC-2 scales. Skewness and Kurtosis values were close to zero, suggesting that normality assumptions are fairly met. The only exception is the family self-concept scale, where Kurtosis signals a tendency toward leptokurtic distribution, while skewness suggests certain tendencies toward lower scores. Cronbach's alpha ranged between .64 and .88, indicating a fair to good reliability.

Table 1

Descriptive Statistics and Internal Consistency (Cronbach's Alpha)

	Self-concept domains					
	Competence	Family	Social	Physical	Emotional	Academic
N items	20	20	19	19	8	19
Online Group						
N	91	91	91	91	91	91
M	76.92	80.11	75.45	60.15	25.21	71.02
SE	1.36	1.04	1.04	.77	.53	.98
SD	13.01	9.89	9.96	7.38	5.02	9.36
Sk	-.22	-1.06	-.34	.54	-.35	.45
Ku	-.52	.91	.24	-.08	-.32	-.67
R	50.00	46.00	48.00	33.00	19.00	38.00
α	.88	.84	.79	.64	.77	.77
Test-situation Group						
N	145	145	145	145	145	145
M	70.43	77.60	72.93	58.10	24.53	64.64
SE	.91	1.19	.78	.73	.42	.77
SD	10.97	14.32	9.41	8.81	5.11	9.26
Sk	-.07	-.11	-.33	.14	-.10	-.39
Ku	-.15	1.12	-.32	.39	-.74	.69
R	52.00	106.00	46.00	47.00	21.00	53.00
α	.75	.88	.73	.65	.66	.72

Note. R = range; Sk = skewness; Ku = kurtosis; α = Cronbach's Alpha.

Self-concept Differences Between the Online and the Test-situation Group

Independent samples T-tests were performed to investigate difference in the six self-concept primary domains between the two groups (online vs. test-situation). As presented in Table 1 and Table 2, results revealed that the online group scored higher on all six primary domains scales but significant differences occurred only for competence and academic self-concept, indicating that participants in the online group presented themselves (to their own and to others) as more successful in solving diverse tasks, overcoming problems, as well as being more capable in adopting various skills. Social and physical self-concept did not differ significantly between both groups, although they are close to the significance border. Finally, identified differences for family and emotional self-concept were not statistically significant.

Table 2

Independent Samples T-Test

	t	df	p
Competence SC	4.12	234	.00
Family SC	1.47	234	.14
Social SC	1.96	234	.05
Physical SC	1.86	234	.06
Emotional SC	1.00	234	.32
Academic SC	5.13	234	.00

Note. SC = Self-concept primary domain

Predicting Group Membership by Self-concept

Because not only differences between the two context groups (online vs. test-situation) were of interest, structural differences were investigated by means of discriminant analyses. Results revealed a significant discriminant function ($\chi^2(6) = 31.46, p = .00$). The canonical correlation confirms the relations among the canonical discriminant function and the context of filling in the questionnaire ($R_c = .36, p = .00$), even though the canonical correlation coefficient was lower than expected. This coefficient was probably not higher because of only two self-concept primary domains being significantly different for the two examined groups (as the T-tests showed). However, as shown in Table 3, the discriminant function was mostly defined by academic and competence self-concept. Social and physical self-concept also significantly contributed to the discriminant function, but they were less important. Family and emotional self-concept were not statistically significant variables in the

structure of the discriminant function. According to the canonical group means, typical online group members (.48) scored higher on academic and competence self-concept than typical members of the test-situation group (-.30).

Table 3

Discriminant function coefficients and structure matrix

	Discriminant Function Coefficients	Structure loadings
Competence SC	.51	.70
Family SC	.14	.25
Social SC	-.04	.33
Physical SC	-.08	.32
Emotional SC	.09	.17
Academic SC	.72	.88

Note. SC = Self-concept primary domain

Table 4

Predicted Group Membership

	Online group	Test situation group	Total
Online group	60 (65.9%)	31 (34,1%)	91(100%)
Test situation group	49 (33,8%)	96 (66,2%)	145(100%)
Total original grouped cases correctly classified		66.1%	

The differences between the canonical group means did not provide great predictive power of the canonical discriminant function in classifying observations. The classification results (Table 4) revealed that 66.1 % of the participants were classified correctly into the online or test situation group. Members of the test situation group were classified with slightly better accuracy (66.2%) than the online group members (65.9%).

Discussion

The results of the present study are consistent with previous findings and extend literature at least to some extent. We can infer that self-concept measures are significantly different in different contexts (if questionnaires are completed in a common test-situation vs. online at home). Hence, this study confirms the existence of the online disinhibition effect. It has to be noted that participant's decision whether to fill in the questionnaire in the test-situation, in the presence of other people, or online, covered by safeness and comfort of their own home, immediately divided them into two separate groups: those whose evaluations about themselves would not be affected by the presence of other people and those who preferred to describe themselves in private. In this case, the level of social anxiety in the online group is not so important because of the "rich get richer"-hypothesis (Freberg, et al., 2010). That is, everybody who decided to fill in the questionnaire online found some personal benefit of it. Socially anxious had a secure cover while evaluating themselves, whereas extraverts had the opportunity to increase their confidence.

Both applied analyses revealed competence and academic self-concept as the most important variables to separate the two examined groups. According to the T-test results, online group members scored higher on both self-concept domains. Moreover, these two self-concept domains were most important in defining the discriminant function. These findings could be explained by the participant's choice of filling in the questionnaire out of the group. Online group members preferred to reinforce their feeling of anonymity and invisibility during the self-evaluation, to freely choose when to fill in the questionnaire, and to feel more equalized with the examiner. This directly confirms the importance of some online disinhibition effects, such as invisibility, minimization of status and authority.

Online group members reported a more positive self-concept and showed themselves as more confident in their own skills and abilities than test-situation group members. Besides, the interpretation of the differences between the two groups must not neglect defense mechanisms activity. Their purpose is maximization of self-esteem. Their activity outcome can be spotted in participants' choice of how they wanted to fill in the questionnaire as well as in the fact that online group results are significantly higher. Online group members got an additional opportunity to protect their self-esteem and to avoid social pressure that could generate discomfort related to the tendency to distort the self-image, i.e. to present them as better as or more successful than they really are.

On the other hand, social and physical self-concept scores are set at border values in both analyses. Their p-values are very close to be statistically significant at level $p < .05$ in the frame of independent sample t-test. Likewise, their discriminant

function loadings values indicate that both of them should be count on in discriminant function shaping, but still they are just barely above the border line to be important in shaping it ($>.30$). This probably mean social and physical self-concept would be important in difference defining at some other samples, more precisely defined by social skills, self-confidence or anxiety. According to the online disinhibition effect, I would expect some more significant differences where online group members would score higher. In their online dating study, Gibbs et al. (2006) reported that 86% of the participants felt that others misinterpreted their physical appearance. But in contrast to the present study, Gibbs et al. (2006) examined people whose online self-presentation had the clearly defined goal of finding a partner via the internet. So, it seems that specific goal existence directly moderates the way people present their physical characteristics online. Hence, future research should consider within-person differences between different assessment situations (online vs. common test-situation) or variations of the goals of people's online self-presentations.

Finally, no differences were found for family and emotional self-concept and this kind of finding was sort of expected. Family is not a taboo nowadays. It is socially acceptable to criticize one's family and to be unsatisfied with it, especially in adolescence and post-adolescence periods. Negative evaluations of one's family are not a social stigma but very often indicate personal honesty and courage to meet the unpleasant truth. Moreover, parental deidealization that appears at late adolescence suggests that the family does not have to be perfect to be loved and fully accepted (Steinberg, 2002). Thus, this primary self-concept domain is not threatened by negative statements and this lack of threat decreases the possibility for differences between the online and the test-situation group. Emotional context seems to be the most vulnerable aspect of self-concept and it is mostly attached to defense mechanisms that modify unpleasant contents to keep the personality functional. It is also reasonable to assume that that people would not prefer statements that reveal them as being deviant from social norms. The emotional scale contains both components of social desirability as described by Paulhus (1984): self-deception is incorporated in subjects' answers because of them maintaining a positive self-image, and the purpose of impression management leads them to give better impressions about their emotions and emotional behavior. That is why we could hypothesize that both, online and test-situation emotional self-concept scores are equally affected by social desirability tendencies. It seems that the combination of defense mechanisms and social desirability has a greater impact on the emotional self-concept scores than online disinhibition.

References

- Bibby, P. A. (2008). Dispositional factors in the use of social networking sites: Findings and implications for social computing research. *Lecture Notes in Computer Science*, 5075, 392-400.
- Bracken, B.A. (1996). *Handbook of Self-Concept*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Čekrljija, Đ., & Turjačanin, V. (2003). Struktura primarnih domena i formiranje skale za mjerenje self-koncepta u poliemocionalnom formatu. Paper presented at the conference *Interdisciplinarni pristup u nauci*, Banja Luka.
- Flaherty L.M., Pearce K.J., & Rubin R.B. (1998). Internet and face-to-face communication: Not functional alternatives. *Communication Quarterly*, 46, 250- 268.
- Freberg, K., Adams, R., McGaughey, K. & Freberg, L. (2010). The rich get richer: Online and offline social connectivity predicts subjective loneliness. *Media Psychology Review*. Vol. 3 (1). Retrieved December 6, 2012, from http://mprcenter.org/mpr/index.php?option=com_content&view=article&id=213&Itemid=177
- Gibbs, J.L., Elison, N.B., & Heino, R.D. (2006). Self-presentation in online personals: The role of anticipated future interaction, self-disclosure, and perceived success in Internet dating. *Communication Research*, 33 (2), 1-26.
- Hamburger, Y. A., & Ben-Artzi, E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 16, 441-449.
- Kim, J., & Lee, J.E.R. (2011): The Facebook paths to happiness: effects of the number of Facebook friends and self-presentation on subjective well-being. *Cyberpsychology behavior and social networking*, 14 (6), 359-364.
- Kramer, N. C., & Winter, S. (2008). Impression management 2.0: The relationship of self-esteem, extraversion, self-efficacy, and self-presentation within social networking sites. *Journal of Media Psychology*, 20, 106-116.
- Lee, J.E.R., Moore, C.D., Park, E.A., & Park, S.G. (2012): Who wants to be “friend-rich”? Social compensatory friending on Facebook and the moderating role of public self-consciousness, *Computers in Human Behavior*, 28 (3), 1036-1043.
- Opačić, G. (1995). *Ličnost u socijalnom ogledalu*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
- Papacharissi Z., & Rubin A.M. (2000). Predictors of Internet use. *J. Broadcast. Electron. Med.*, 44: 175-196.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-Component Models of Socially Desirable Responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 589-609.

- Pavica, S. (2008). The relationship between unwillingness-to-communicate and students' Facebook use. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications*, 20 (2), 67-75
- Ryan, T., & Xenos, S. (2011). Who uses Facebook? An investigation into the relationship between the Big Five, shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behavior*, 27 (5), 1658-1664.
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyberspace & Psychology*, 7 (3), 321-326.
- Steinberg, L. D. (2002). *Adolescence*, New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Stone, A. R. (1996). *The War of Desire and Technology at the Close of the Mechanical Age*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Turkle, S. (1995). *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*. New York: Simon and Schuster.
- Valkenburg, P., & Peter, J. (2007). Who visits online dating sites? Exploring some characteristics of online daters. *Cyber Psychology & Behavior*, 10 (6), 849-852.
- Weaver, J. B. (2000). Personality and entertainment preferences. In D. Zillmann & P. Vorderer (Eds.), *Media entertainment: The psychology of its appeal* (pp. 235–247). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Weaver, J. B. (2001). Individual Differences in Television Viewing Motives. Paper presented at the meeting of the International Communication Association, Washington, DC, USA.



POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ UZROKOVAN TRAUMATSKIM POROĐAJEM

Vildana Aziraj-Smajić

Odjel za Neuropsihijatriju, JU Kantonalna bolnica „Dr. Irfan Ljubijankić“, Bihać

Sažetak

Mišljenja autora o razvoju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) nakon porođaja su kontradiktorna. Prema nekim autorima, postoji velika vjerovatnoća pojavljivanja PTSP-a nakon porođaja. U određenim situacijama i pod određenim okolnostima porođaj može biti visoko stresno iskustvo i zastrašujući događaj u kojem je ugrožen majčin i/ili djetetov integritet. Kod onih žena koje nakon porođaja i/ili komplicirane trudnoće nisu u stanju na adekvatan način integrirati te događaje u svoje životno iskustvo dolazi do razvoja PTSP-a. Druga grupa autora smatra da se PTSP razvija isključivo usljed proživljavanja negativnog događaja, dok se porođaj tradicionalno smatra pozitivnim događajem i pozitivnim životnim iskustvom. U radu je napravljen pregled istraživanja o PTSP-u koji je izazvan porođajem, te o rizičnim faktorima za nastanak poslijeporođajnog PTSP-a. Cilj ovog rada je dati pregled dosadašnjih spoznaja o ovoj problematici. Na temelju pregleda brojnih dosadašnjih istraživanja, prema dostupnim podacima, može se zaključiti da postoji značajna povezanost između PTSP-a i traumatskog porođaja, te da je jedan od najznačajnijih rizičnih faktora za razvoj PTSP-a nakon porođaja seksualno zlostavljanje u djetinjstvu.

Ključne riječi: *PTSP, traumatski porođaj, trudnoća*

Abstract

The author's views on the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) after birth are contradictory. According to some authors, there is a high probability of occurrence of PTSD after childbirth. In determined situations and under certain circumstances delivery can be highly stressful experience and terrifying event in which the mother and/or child's integrity is compromised. For those women who, after childbirth and/or complicated pregnancy, are not able to adequately integrate these occurrences into their life experience, it results in the development of PTSD. Another group of authors believes that PTSD develops only due to experiencing the adverse occurrences, while labor is traditionally regarded as a positive event and a positive life experience. The report contains a review article on research of PTSD caused by induced delivery, and the risk factors for the development of postpartal PTSD. The aim of this work is to review the former studies on this issue. Based on a review of numerous recent studies, according to available data, it can be concluded that there is a significant correlation between PTSD and experience traumatic childbirth and that, as the most significant risk factor for the development of PTSD after childbirth, occurs sexual abuse in childhood.

Key words: *PTSD, traumatic childbirth, pregnancy*

Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj - PTSP podrazumijeva odgođen ili produljen odgovor na proživljeno ekstremno traumatsko iskustvo, koje može biti prijetnja tjelesnom integritetu, te može uključivati smrtni ishod ili ranjavanje (Begić, 2010). Ovi ekstremni događaji mogu biti prirodne katastrofe, nesreće, saobraćajne nesreće, ljudska zlodjela, ratna stradavanja, fizičko i spolno zlostavljanje, a ključno jeste da svi oni izazivaju strah, osjećaj užasa i bespomoćnost kod pojedinca koji ih proživljava. Nakon završetka proživljenog ekstremno traumatskog događaja, kada se pojedinac vrati svom svakodnevnom životu, emocije se stišaju na način da osjećaj bespomoćnosti zamijeni potreba za aktivnošću koja onemogućava ponavljanje takvih događaja, a osjećaj užasa i straha blijedi pretvarajući se u sjećanje na traumu (Begić, 2010). Međutim, u osoba s PTSP-om ne dolazi do takve uspješne integracije traumatskog stresnog iskustva. U njihovom sjećanju dolazi do "zamrzavanja" osjećaja užasa i bespomoćnosti, što trajno ometa njihovo funkcioniranje, mijenja im percepciju, doživljaje, osjećaje, i reakcije u svakodnevnim životnim situacijama (Begić, 2010). Međutim, da li je moguće da se i jedan „pozitivan“ događaj kao što je porođaj može doživjeti kao trauma i da li je moguće da može potaknuti razvoj PTSP-a?

Da je vrlo teško prihvatiti da jedan naizgled sasvim prirodan događaj kakav je porođaj zapravo može biti traumatičan, svjedoče i brojna suprotstavljena mišljenja stručnjaka u ovom području. S jedne strane su pristalice tzv. tradicionalnog shvaćanja da se porođaj kao jedan pozitivan događaj, kako za primarnu porodicu tako i za cjelokupno čovječanstvo, ne može doživjeti kao trauma, jer svaka žena ima sistem efikasnog suočavanja sa porođajnom boli i svaki potencijalno negativan faktor u porođajnom procesu biva na neki način poništen pozitivnim ishodom – rođenjem potomka. S druge strane su autori koji se pitaju šta se događa s majkama čiji porod nije rezultirao očekivanim pozitivnim ishodom (pobačaj, prijevremeno rođenje djeteta, rođenje djeteta s posebnim potrebama...), ali i primjerice s majkama koje su doživjele tzv. opstetričko nasilje koje svakako nije dio prirodnog procesa porođaja.

U ovom preglednom radu će se sumirati dosadašnja istraživanja u ovom području, te sagledati postojanje relevantnih činjenica u vezi PTSP-a uzrokovano porođajem. Prema nama dostupnim podacima, u BiH nije provedeno niti jedno istraživanje koje se odnosi na povezanost PTSP-a i porođaja. Stoga je opravdano zaključiti da na našim geografskim prostorima nije razvijena svijest o ovoj problematici. Kako je naša zemlja obilježena nedavnim ratom koji se poistovjećuje sa značajnim porastom stope PTSP-a kod veterana, čini se da je upravo svojevrsna „prezasićenost“ ovom dijagnostičkom kategorijom jedan od vodećih uzroka zanemarivanja civilnog PTSP-a općenito (Aziraj-Smajić, 2013a). Upravo ovo ukazuje kako na očekivani teorijski, tako i praktični značaj ovog preglednog rada. Ukazujući na dijagnostičke

smjernice za pravovremeno prepoznavanje i otkrivanje poslijeporođajnog PTSP-a, te smjernica za kliničke intervencije pretpostavlja se da pregled ovih saznanja može poslužiti kliničarima u praksi, ali i da može potaknuti istraživače na našim geografskim područjima da se bave ovom problematikom.

Cilj ovog preglednog rada je dati pregled dosadašnjih spoznaja o PTSP-u nakon porođaja, te identificirati rizične faktore vezane za razvoj PTSP-a nakon porođaja.

U prvom dijelu su navedena istraživanja koja se odnose na PTSP izazvan porođajem, a u drugom dijelu su navedena istraživanja koja se odnose na identifikaciju rizičnih faktora za razvoj PTSP-a nakon porođaja.

Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja, prevalencija PTSP-a nakon porođaja se kreće između 1,5% i 10% (Beck, 2004; Ayers, Eagle i Waring, 2006), a po novijim istraživanjima je u porastu i kreće se do 12% (Christiansen, Elklit i Olff, 2013), pa čak i do 14% (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy i Fenwick, 2014). U visoko rizičnim grupama kao što su majke koje su imale više komplikacija tokom trudnoće i koje su izgubile dijete, stopa prevalencije je znatno veća i kreće se čak između 20% i 29% (Poel i sur., 2009).

Kada je u pitanju PTSP izazvan porođajem, važno je razlikovati percepciju porođaja kao traumatskog događaja, kao traumatskog stresnog odgovora (tj. inicijalnih simptoma nametajućih slika i izbjegavanja) i kao kliničkog PTSP-a (kada je prisutna zastupljenost dijagnostičkih kriterija za ovu dijagnozu). Ako je žena percipirala svoj porođaj kao traumatski to ne znači nužno da će doći do pojave posttraumatske simptomatike, a i ukoliko do toga i dođe, ovi simptomi se kroz određeno vrijeme mogu spontano i povući, te neće doći do razvoja kliničkog PTSP-a (Ayers, 2003; Ayers i Pickering, 2001; Ayers, Hariss, Sawyer, Parffit i Ford, 2009). Upravo iz navedenih razloga vrlo je bitno da se ne patologizira pojava ovih simptoma kod žena u prvim sedmicama nakon porođaja. Također, ne smije se zanemariti činjenica da se kao psihološki odgovor na stresne okolnosti tokom porođaja kod žena mogu razviti i drugi poremećaji kao što su poslijeporođajna depresija, poslijeporođajna psihoza i somatizacije (Wenzel, Haugen, Jackson i Brendle, 2005; Cigoli, Gilli i Saita, 2006). Razvoj jednog od ovih poremećaja ne isključuje mogućnost razvoja komorbiditetnog poslijeporođajnog PTSP-a (Onoye i sur., 2009).

U vezi s tim, istraživači upozoravaju da je situacija znatno kompliciranija kod žena koje su proživjele traumu u djetinjstvu gdje je upravo porođaj bio okidač za ponovno javljanje nerazriješene PTSP simptomatike (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn i Ratht, 2006; Lev-Viesel, Daphna-Tekoah i Hallak, 2009; Klaus, 2010).

Rezultati prospektivne studije, provedene u Ujedinjenom Kraljevstvu, koja je obuhvatila 289 žena u tri vremenske tačke mjerenja (sa 36 gestacijskih sedmica, 6 sedmica i 6 mjeseci poslije porođaja) pokazano je da najmanje 1,5% žena razvije kronični PTSP (Ayers i Pickering, 2001). Također, ova studija ukazuje na značajan

podatak da u periodu od 6 sedmica do 6 mjeseci dolazi do smanjenja PTSP simptoma, što je u skladu i s rezultatima ranijih studija koje potvrđuju pojavu spontanog oporavka u periodu 6 mjeseci nakon proživljenog traumatskog događaja (Rothbaum i Foa, 1993).

Kada su u pitanju komorbiditetni psihički poremećaji, pronađena je značajna povezanost simptoma poslijeporođajne depresije sa simptomima poslijeporođajnog PTSP-a (Grekin i O' Hara, 2014). Najveća povezanost je utvrđena između simptoma poslijeporođajnog PTSP-a i velike depresivne epizode. Kada je riječ o klasterima PTSP simptoma, utvrđeno je da su preplavljenost simptomima, opća pobuđenosti organizma, i emocionalna otupjelost značajno povezani sa depresijom (Watson, 2009). Međutim, često se simptomi ovih poremećaja preklapaju, te se tradicionalno nakon porođaja daleko češće dijagnosticira poslijeporođajna depresija, a poslijeporođajni PTSP kao još uvijek nedovoljno priznata dijagnostička kategorija ostaje neprepoznat i netretiran što značajno utječe na tok i ishod tretmana žena koje pate od ovog poremećaja. U diferencijalno-dijagnostičkog kliničkoj procjeni neophodno je prepoznati simptome poslijeporođajnog PTSP-a i to s fokusom na klustere simptoma opće pobuđenosti organizma, ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva i izbjegavanja svega što podsjeća na traumatski događaj. Naime, iz klastera simptoma opće pobuđenosti organizma osobitu pažnju je potrebno posvetiti simptomu nesanice s obzirom da rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju da produžava PTSP simptome i dvije godine nakon porođaja (Ghartus-Niegel, Ayers, Von Soest, Torgersen i Eberhard-Gran, 2015). Upravo je nesanica i jedan od najprediktivnijih simptoma suicidalnosti kod žena sa PTSP-om (Aziraj-Smajić, 2013b; Aziraj-Smajić, 2014). Kao jedan od najznačajnijih simptoma iz klastera ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva izdvaja se izbjegavanje seksualnih odnosa radi straha od ponovnog začeća, trudnoće i na koncu porođaja (sekundarna tokofobija) (Hofberg i Brockington, 2000). Ispoljavanje spomenutog simptoma je značajno i iz razloga što snažno utječe na porast disfunkcionalnosti u partnerskim odnosima (Beck, 2004; Ayers, Eagle i Waring, 2006; Nicholls i Ayers, 2007; Beck i Watson, 2010). Naglašava se da simptomi izbjegavanja mogu biti vodeći uzrok neuspostavljanja emocionalnog vezivanja s djetetom, a da simptomi povećane pobuđenosti organizma i hipervigilitet pažnje mogu voditi ka preplavljujućoj anksioznosti usljed koje se razvija ili nesigurna/anksiozna vezanost ili prezaštićujuća vezanost (Bailham i Joseph, 2003). Nadalje, iz klastera simptoma ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva posebno se izdvajaju noćne more, nametajuće slike o porođaju, i flashback-ovi mirisa ginekološke sale. U dosadašnjim istraživanjima utvrđena je značajna povezanost povijesti seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu sa povišenim simptomima ponovnog proživljavanja i povećane pobuđenosti organizma nakon porođaja (Lev-Viesel i sur., 2009; Klaus, 2010).

Pregled istraživanja o rizičnim faktorima za razvoj PTSP-a nakon porođaja

Rezultati longitudinalnog istraživanja na uzorku od 57 žena koje su praćene od zadnjeg trimestra trudnoće do tri mjeseca nakon porođaja utvrđeno je da su izbjegavajući stil emocionalne vezanosti u odrasloj dobi, operativni zahvat prilikom porođaja (carski rez ili vaginalni porođaj) i slaba podrška tokom porođaja značajno povezani sa pojavom poslijeporođajnog PTSP-a. Izbjegavajući stil emocionalne vezanosti u odrasloj dobi se pokazao kao najvulnerabilniji faktor za razvoj simptoma poslijeporođajnog PTSP-a, s obzirom da je utvrđeno da žene s navedenim stilom emocionalne vezanosti ukoliko imaju operativni zahvat prilikom porođaja još su pod većim rizikom da razviju PTSP (Ayers, Jessop, Pike, Parffit i Ford, 2014).

Dosadašnja istraživanja također potvrđuju da je poslijeporođajni PTSP povezan sa ranije proživljenim traumatskim iskustvom, ranijim psihičkim tegobama i događajima tokom porođaja kao što je način porođaja (Ayers, 2004; Olde, van der Hart, Kleber i Van Son, 2006; Grekin i O Hara, 2014). Značajan rizični faktor predstavljaju zdravstvene komplikacije kod novorođenčeta, kao i trenutna depresija (Grekin i O Hara, 2014). Interesantno je spomenuti da se javljanje depresije, ali i anksioznosti tokom trudnoće pokazalo kao značajni rizični faktor za razvoj poslijeporođajnog PTSP-a (Van Son i sur., 2005; Zaers i sur., 2008). U prilog tome idu rezultati istraživanja o nizu peritraumatskih stresora tokom trudnoće koji su povezani sa razvojem simptoma poslijeporođajnog PTSP-a (Ozer, Best, Lipsey i Weiss, 2003; Soderquist, Wijma, Thorbet, i Wijma, 2009). U vezi s tim, sugerira se značaj disocijativnih smetnji (Olde i sur., 2005), negativnih osjećanja tokom porođaja, kao i nedostatna socijalna podrška u trudnoći, tokom porođaja i nakon porođaja, te percepcije nedostatne medicinske skrbi tokom ovih ranjivih perioda (Cigoli i sur., 2006; Engelhard van den Hout i Schouten, 2006; Lemola i sur., 2007; Adewuya, Ologun i Ibigbami, 2006).

Visoka razina anksioznosti kao crte ličnosti, visoka razina anksiozne osjetljivosti, te neuroticizam, također su se pokazali značajnima za razvoj poslijeporođajnog PTSP-a (Keogh, Ayers i Francis, 2002; Ayers i Pickering, 2005; Engelhard i sur., 2006).

Radi potencijalnih opasnosti „previđanja” simptoma PTSP-a kod žena koji se može javiti kao rezultat porođaja, a time i uskraćivanja pomoći koja im je neophodna, nameće se potreba za adekvatnom i opsežnom psihodijagnostičkom procjenom žena prije i nakon porođaja.

Gubitak fetusa ili djeteta tokom porođaja ili tokom prve godine života je potencijalni traumatski događaj za majku. Rezultati korelacijskog istraživanja na uzorku kojim je obuhvaćeno 638 roditelja (majki i očeva) starijih od 18 godina koji su izgubili dijete, ukazuje na snažnu povezanost sa pojavom poslijeporođajnim PTSP-

om. Pokazano je da tip gubitka tj. da li se radilo o gubitku fetusa tokom trudnoće ili prijevremenog porođaja ili gubitka djeteta nakon porođaja nije značajno utjecao na pojavu i/ili raznolikost PTSP simptoma, ali je utvrđeno da je niža gestacijska dob povezana sa više PTSP simptoma (Christiansen, Elklit i Olff, 2013). Ova studija ukazuje na povezanost traumatičnog porođaja sa pojavom dugoročnih psihosocijalnih posljedica za roditelje i to s posebnim naglaskom na teškoće u emocionalnoj vezanosti, slabijoj socijalnoj podršci, negativnim stilom suočavanja sa teškoćama kao značajnim faktorima za razvoj i održavanje poslijeporođajne PTSP simptomatike. Kao dodatni potencijalni rizični faktori za razvoj PTSP-a nakon porođaja navode se osjećaj gubitka kontrole, stil suočavanja koji je usmjeren na emocije, te osjećaj iznerviranosti (Christiansen, Elklit i Olff, 2013).

Novije korelacijsko istraživanje provedeno u Njemačkoj na uzorku kojim je obuhvaćeno 361 majki i 273 očeva, potvrđuje da PTSP simptomi perzistiraju godinama nakon gubitka djeteta. Učesnici u ovoj studiji su ispunjavali upitnike nakon što je prošlo mjesec i pol od gubitka, pa sve do 18 godina od gubitka (Christiansen, Olff i Elklit, 2014).

U cilju određivanja faktora koji mogu predvidjeti razvoj PTSP-a nakon porođaja provedeno je prospektivno longitudinalno istraživanje koje je obuhvatilo 923 žene u trećem trimestru trudnoće, a od tog uzorka njih 866 praćeno je šest sedmica nakon porođaja. Kao najznačajniji prediktivni faktor za razvoj PTSP-a nakon porođaja pokazalo se prethodno traumatsko iskustvo (O' Donovan i sur., 2014). Nadalje, na uzorku od 890 žena u trećem trimestru trudnoće koje su očekivale porođaj zdravog djeteta pokazano je da su značajni prediktori za razvoj PTSP-a nakon porođaja bili raniji psihijatrijski poremećaj, prvo iskustvo majčinstva – prvi porod, te iskustvo iznenadnog dovršavanja poroda „carskim” rezom (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy i Fenwick, 2014).

Dakle, značajno je i kakva žena ima očekivanja s obzirom na različite vrste porođaja, a u odnosu na emocije, kontrolu, bol, obstetričko-akušerske događaje, te je utvrđeno da upravo takva različita očekivanja mogu imati i različite utjecaje na pojavu simptoma poslijeporođajnog PTSP-a (Maggioni, Margola i Filippi, 2006). Različita su očekivanja kod žena koje prvi put rađaju od žena koje su već rađale. Prvorotke očekuju da će biti više uključene u donošenje odluka oko porođaja, kao i da će imati veću kontrolu nad onim što se događa u toku porođaja (Green i sur., 1998). Da li su očekivanja žena povezana s onim što će doživjeti tokom porođaja? Rezultati istraživanja idu u prilog afirmativnog odgovora (Slade i sur., 1993). Pokazano je da su negativna očekivanja povezana sa osjećajem neuspjeha, manjeg zadovoljstva i emocionalnog blagostanja poslije poroda. S druge strane, potvrđeno je da su pozitivna očekivanja povezana sa većim osjećajem kontrole, zadovoljstva i emocionalnog blagostanja.

Kliničke implikacije rezultata istraživanja o PTSP-u nakon porođaja

Iz datog pregleda istraživanja proizilazi nekoliko kliničkih implikacija. Prva se odnosi na činjenicu da razumijevanje posebne povezanosti između PTSP-a i porođaja može pomoći kliničkim psiholozima, psihoterapeutima, psihijatrima, ginekolozima, akušersko-ginekološkim sestrama-babicama, te svima onima koji se u praksi bave trudnicama i ženama nakon porođaja, pri dijagnostičkoj procjeni, ali i preporukama u vezi tretmana. Naime, prikazani rezultati pokazuju da je u radu s trudnicama neophodna procjena vulnerabilnosti za razvoj poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, i to s posebnim osvrtom na vulnerabilnost za razvoj PTSP-a koji je rezultat doživljavanja porođaja kao traumatskog iskustva. Bitno je pratiti psihološke promjene kod žena kako u trudnoći, tako i nakon poroda. U vezi s tim, ističe se značaj identificiranja rizičnih faktora za razvoj navedenog poremećaja, a to su raniji psihijatrijski poremećaji, posebno simptomi anksioznosti i depresije, simptomi poslijeporođajne depresije nakon prethodnog porođaja, komplikacije tokom trudnoće i porođaja, percipirana nedostatna socijalna podrška, i opstetričko-akušersko nasilje. Osobito se ističe značaj ublažavanja nesаница u poslijeporođajnom periodu. Također, vrlo je značajno dati na važnosti znakovima mentalnih odbrana i disocijacija koje se mogu javiti kod žene tokom porođaja, te im obavezno ponuditi psihološku podršku u cilju sprječavanja razvoja poslijeporođajnog PTSP-a.

Rezultati ovog rada sugeriraju na urgentnost razvijanja svijesti o značaju reproduktivno - mentalnog zdravlja bosansko - hercegovačkih žena i to posebno u najvulnerabilnijim periodima kao što su period trudnoće i poslijeporođajni period. Bilo bi korisno ako bi se žene u budućnosti mogle javljati u centre za reproductivno mentalno zdravlje za ovakvu vrstu problema. Trenutno pomoć mogu potražiti jedino na psihijatrijskim odjelima ili domovima zdravlja što znači da se pomoć pruža jedino ženama koje jasno ispoljavaju psihopatološke simptome. Također, neophodno je da se pri svakom porodilištu provodi psihološka priprema za porođaj, a za olakšavanje preuzimanja majčinske uloge i općenito olakšavanje prijelaznog perioda i postepenog preuzimanja odgovornosti, kontrole i usmjerenosti na dijete optimalno bi bilo provoditi i psihološku pripremu za roditeljstvo. Pored toga, u cilju unaprijeđivanja reproduktivno mentalnog zdravlja žena bilo bi značajno provoditi seminare o peripartalnim mentalnim teškoćama za stručnjake i to za babice, ginekologe, te ostalo medicinsko i nemedicinsko osoblje. Naposljetku, unaprijediti reproduktivno mentalno zdravlje žena znači prevenirati, identificirati, razumijevati, te tretirati različite emocionalne i psihološke odgovore na traumu kako žena – majki, tako i njihove djece, partnera, i cjelokupne porodice.

Zaključci

PTSP kao rezultat traumatskog porođaja predmet je istraživanja tek unazad dvadesetak godina, te o ovoj temi još uvijek ima vrlo malo podataka. Kod nas u Bosni i Hercegovini, i uopće na ovim geografskim prostorima, o ovom fenomenu se ne govori, te mnogi psiholozi, psihijatri, ginekolozi i drugi stručnjaci koji su u direktnim kontaktima s trudnicama i porodiljama nisu upoznati s potencijalnim prisustvom ovakvih poteškoća.

Istraživanje koje je provedeno u Republici Hrvatskoj, pokazalo je da čak 20-35% žena tokom trudnoće i nakon poroda iskazuju anksiozne simptome, 11% trudnica ima izraženi strah od poroda, 10% roditelja ima poslijeporođajnu depresiju, a 2% ima simptome PTSP-a nakon poroda (Nakić-Radoš, Sawyer, Ayers i Burns, 2014). S obzirom da se radi o prilično zabrinjavajućim podacima na uzorku iz opće populacije u Hrvatskoj, radi geografske blizine ispitivanog uzorka i ovaj bi podatak trebao potaknuti istraživače da se usmjere na istraživanja učestalosti poslijeporođajnog PTSP-a u BiH.

Pregledom literature možemo zaključiti i da je vrlo važno razlikovati istraživanja koja su usmjerena na žene sa klinički značajnim poslijeporođajnim PTSP-om (uglavnom kvalitativna istraživanja i studije slučaja) i istraživanja koja su usmjerena na raspon poslijeporođajne PTSP simptomatike u općoj populaciji žena nakon porođaja (kvantitativna istraživanja), jer ukoliko ih poistovjetimo jasno je da ćemo dobiti sasvim kontradiktorne rezultate što bi moglo voditi ka vrlo konfuznim i pogrešnim zaključcima. Na primjer, dok s jedne strane, Nicholls i Ayers (2007) na temelju provedene kvalitativne studije na kliničkom uzorku ukazuju na snažan utjecaj poslijeporođajnog PTSP-a na kvalitet odnosa u bračnoj zajednici, s druge strane, Ayers, Wright i Weels (2007) u kvantitativnoj studiji na uzorku iz opće populacije ukazuju da poslijeporođajni PTSP nema značajan utjecaj na kvalitet bračnih odnosa.

Pored toga, evidentno je da je vrlo malo istraživanja posvećeno evaluaciji intervencija u tretmanu poslijeporođajnog PTSP-a (Small i sur., 2000), te se može zaključiti da je neophodno dalje poticati provođenje ispitivanja efikasnosti tretmana koji se provode u liječenju PTSP-a.

Kada se osvrnemo na još neka ograničenja dosadašnjih istraživanja u ovom području, svakako da je jedno od najdominantnijih upravo zabrinjavajuće mali broj longitudinalnih istraživanja što gotovo onemogućava donošenje uzročno-posljedičnih zaključaka u okviru ove problematike. Stoga se čini da je termin poslijeporođajni PTSP zapravo bitno pogodniji termin za upotrebu u okvirima ovog područja u poređenju sa terminom PTSP uzrokovan porođajem, kako i stoji u naslovu ovog rada. U prilog ovome svakako ide i činjenica da su dosadašnja istraživanja ukazala na to da rizični faktori za razvoj PTSP-a kod žena nakon porođaja mogu biti i

faktori koji nisu direktno vezani za trudnoću, niti za sam čin porođaja, za njegov tok i ishod, te da je jedan od najvažnijih faktora seksualno zlostavljanje u djetinjstvu koji može biti okidač za razvoj PTSP-a. Iz ovog zaključka proizilazi i potreba da se psihodijagnostičkoj procjeni vulnerabilnosti za razvoj poslijeporođajnog PTSP-a pristupa kao prema jednom procesu, a nikako kao prema jednom događaju ili jednoj aktivnosti. U vezi s tim, značajno je utvrditi i individualne protektivne faktore za razvoj poslijeporođajnog PTSP-a koje bi trebalo osnaživati, te faktore koji mogu sugerirati individualnu psihološku otpornost žene za razvoj ovog poremećaja. Upravo stoga se zaključuje da je neophodno pratiti emocionalno stanje žene već u toku planiranja trudnoće ukoliko je to moguće, zatim u trudnoći, tokom porođaja i nakon porođaja. Ukoliko žene u tim ranjivim periodima života pokazuju znakove PTSP-a, ali i drugih psihopatoloških simptoma, neophodno im je pružiti psihološki, psihoterapijski i psihijatrijski tretman kako radi očuvanja njihovog reproduktivno mentalnog zdravlja, tako i zbog minimiziranja potencijalnih dugoročnih negativnih utjecaja traume na dijete i cjelokupnu porodicu. Na temelju ovog preglednog rada, može se zaključiti da je vrlo značajno da se u kliničkoj procjeni emocionalnog stanja žene u poslijeporođajnom periodu posebna pažnja posveti konfiguraciji kliničkog profila PTSP-a, a u cilju determiniranja najvulnerabilnijih kritičnih tačaka, koje mogu voditi ka dugotrajnijim i snažnijim smetnjama i disfunkcionalnosti u svakodnevnom životu.

Naposlijetku, kako je ključ za razvoj PTSP-a individualna percepcija opasnosti, vrlo je bitno usmjeriti se na osnaživanje podržavajućeg okruženja (partnera, babice, ginekologa..), graditi odnose povjerenja i jačati individualni osjećaj sigurnosti kako u vlastito tijelo tako i u medicinsku skrb kako bi se minimizirala mogućnost percepcije porođaja kao životno ugrožavajućeg događaja. Upravo zbog toga fokus bi trebao biti na poboljšavanju svih zdravstvenih aspekata žena u najranjivijim periodima reproduktivne dobi kao što su period trudnoće i period psihološke prilagodbe na nove uvjete života koje za sobom ostavlja porođaj.

Literatura

- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A. i Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 113, 284-8.
- Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parffit, Y. i Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 155, 295 – 298.
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., Wijma, K. (2009). Posttraumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 29, 240– 250.
- Ayers, S., Hariss, R., Sawyer, A., Parffit i Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders* 119, 200 – 204.
- Ayers, S., Wright, D. B. i Weels, N. (2007). Posttraumatic stress couples after birth: Association with the couple s relationship and parent baby-bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 25 (1), 40-50.
- Ayers, S., Eagle, A. i Waring, H. (2006). The effects of childbirth- related posttraumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine* 11 (4), 389 – 398.
- Ayers, S. i Pickering, A.D. (2005). Womens expectations and experience of birth. *Psychology and Health* 20 (1), 79-92.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47, 552– 567.
- Ayers, S. (2003). Commentary on posttraumatic stress following childbirth: a review of emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health i Medicine* 8 (2), 170 – 171.
- Ayers, S. i Pickering, A.D. (2001). Do Women Get Posttraumatic stress disorder as a result of Childbirth. A prospective study of incidence. *Birth* 28, 111-118.
- Aziraj-Smajić, V. (2014). Simptomi PTSP-a kao prediktivni faktori suicidalnosti. *XIX Dani psihologije u Zadru – knjiga sažetaka*. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Aziraj-Smajić, V. (2013a). *Obilježja ličnosti s obzirom na status suicidalnosti osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*. Neobjavljeni doktorski rad. Sarajevo: Filozofski fakultet.
- Aziraj-Smajić, V. (2013b). *Pregled istraživanja sklonosti samoubistvu u osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*. Neobjavljeni specijalistički rad. Zagreb: Filozofski fakultet.

- Bailham, D. i Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine* 8, 159–168.
- Beck, C. T, Gable, R. K., Sakala, C. i Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in newmothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth* 38, 216-27.
- Beck, C. T. i Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after previous traumatic birth. *Nursing Research* 59 (4), 241-249.
- Beck, C. T. (2004). Posttraumatic stress disorder due childbirth: the aftermath. *Nursery Research* 53 (4), 216-224.
- Begić, D. (2010). Anksioznost i anksiozni poremećaji. U: Begić, D. (Ur.), *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creed, D. K. i Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for the traumatic events. *Midwifery* 30 (2), 255 – 261.
- Cigoli, V., Gilli, G., Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 91– 97.
- Christiansen, D. M., Elklit, A. i Olf, M. (2013). Psychiatric-Medical Comorbidity Parents bereaved by infant death: sex differences and moderation in PTSD, attachment, coping and social support. *General Hospital Psychiatry* 36 (6), 655 – 651.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. i Schouten, E. G. W. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry* 28, 414– 417.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., von Soest, T., Torgersen, L. i Eberhart-Grant, M. (2015). Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population based, two-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 172, 146-152.
- Grekin, R. i O Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta analysis. *Clinical Psychology Review* 34, 389-401.
- Hofberg, K. i Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 176, 83-85.
- Keogh, E., Ayers, S. i Francis, H. (2002). Does anxiety sensitivity predict post-traumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report. *Cognitive Behaviour Therapy* 31, 145-155.
- Klaus, P. (2010). The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: the role of maternity caregivers. *Breastfeeding Medicine* 5, 141-145.

- Lemola, S., Stadlmayr, W., Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25, 190–202.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B. i Ratht, V. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research* 61, 139- 51.
- Lev-Viesel, R., Daphna-Tekoah, S. i Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect* 33, 877-87.
- Maggioni, C., Margola, D., Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 81–90.
- Nakić-Radoš, S., Sawyer, A., Ayers, S. i Burns, E. (2014). Učestalost i korelati traumatskog poroda: usporedno istraživanje u Hrvatskoj i UK. *XIX Dani psihologije u Zadru – knjiga sažetaka*. Zadar: Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Nicholls, K. i Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology* 21 (4), 491-509.
- Poel, Y. H. M., Swinkels, P. i De Vries, J. I. P. (2009). Psychological treatment of women with psychological complaints after preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 30, 65-72.
- Rothbaum, B. O. i Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. U: Davidson J. R. T. i Foa, E. B, eds. *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 23–35.
- Soderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G. i Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for posttraumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 116, 672-680.
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S. i Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery* 30 (8), 935 – 941.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. J. M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review* 26, 1–16 .
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. J. M., Wijnen, H., Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma and Dissociation* 6, 125–142.

- Onoye, J. M., Goebert, D., Morland, L., Matsu, C. i Wright, T. (2009). PTSD and postpartum mental health in a sample of Caucasian, Asian, and Pacific Islander women. *Archives of Women's Mental Health* 12, 393-400.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. i Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129 (1), 52-73.
- Maggioni, C., Margola, D., Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27, 81– 90.
- Van Son, M. J. M., Verkerk , G. J. M., van der Hart, O., Komproe, I. i Pop, V. J. M. (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 12, 297– 312 .
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 221-247.
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L. i Brendle, J. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders* 19, 295 – 311.
- Zaers, S., Waschke, M. i Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 29, 61– 71.



METAKOGNITIVNA TERAPIJA OPSESIVNO KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA

Džejna Ćapin

Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika MUP-a Kantona Sarajevo

Diana Riđić

Udruženje za psihološku procjenu, pomoć i savjetovanje Domino

Sažetak

Cilj ovog rada je pružiti prikaz metakognitivnog modela opsesivno kompulzivnog poremećaja, strukturu tretmana prema principima metakognitivne terapije i pregled osnovnih tehnika u tretmanu opsesivno kompulzivnog poremećaja. Prema metakognitivnom modelu centralnu ulogu u nastanku i održavanju opsesivno kompulzivnog poremećaja imaju metakognitivna vjerovanja o značenju i važnosti intruzija i/ili osjećanja i metakognitivna vjerovanja o potrebi sprovođenja rituala. Metakognitivna terapija se fokusira na adekvatnije odgovore na opsesivne misli i napuštanje maladaptivnih strategija suočavanja kao što su kontrola misli, neutraliziranje i ritualno ponašanje. Metakognitivne tehnike koje se primjenjuju u tretmanu OKP-a su: „tehnika opservacije misli i emocija na distanciran i neprosuđujući način“ (eng. detached mindfulness), tehnika odgađanja rituala i metakognitivno izlaganje uz prevenciju odgovora. Standardne metode kognitivno bihevioralne terapije su sokratovski dijalog i bihevioralni eksperiment. U prvoj fazi tretmana se radi na konceptualizaciji slučaja i razumijevanju problema prema metakognitivnom modelu, a u drugoj fazi klijent stalnim treningom uspostavlja novi odnos prema opsesivnim mislima. U trećoj, posljednjoj fazi se utvrđuje novi plan procesiranja i radi se na prevenciji povrata simptoma. Tretman se sastoji od deset seansi. Rezultati istraživanja o stopi oporavka i efektima nakon tretmana OKP-a ukazuju na prednost metakognitivnog modela tretmana nad klasičnim KBT tretmanom kao i skraćenje trajanja ukupnog tretmana.

Ključne riječi: *metakognitivni model, opsesivno kompulzivni poremećaj, tehnika opservacije misli i emocija na distanciran i neprosuđujući način, tehnika odgađanja rituala*

METACOGNITIVE THERAPY FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

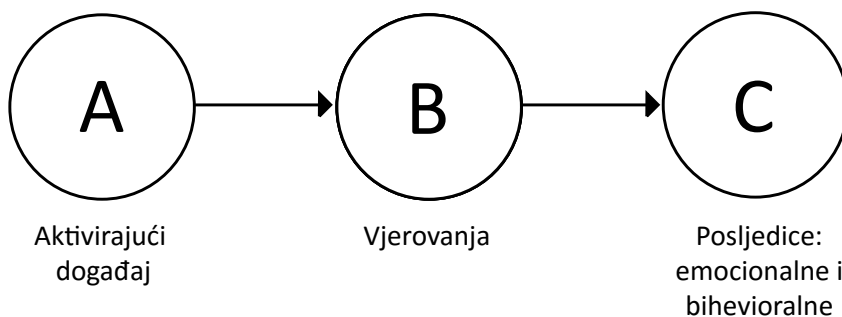
Summary

The aim of this paper is to present metacognitive model of obsessive compulsive disorder, structure of treatment according to the principles of metacognitive therapy and offer overview of the basic techniques in the treatment of obsessive compulsive disorder. According to the metacognitive model central role in formation and maintenance of obsessive compulsive disorder have metacognitive beliefs about meaning and importance of intrusion and/or feelings and metacognitive beliefs on the need for ritual. Metacognitive therapy focuses on more adequate answers to obsessive thoughts and abandoning maladaptive coping strategies such as mind control, neutralizing and ritual behavior. Metacognitive techniques applied in treatment of OCD are detached mindfulness, delay rituals technique and metacognitive exposure to prevention responses. Standard methods of cognitive behavioral therapy are Socratic dialogue and behavioral experiment. In the first phase of treatment we work on case conceptualization and understanding of the problem according to the metacognitive model, and in the second phase, the client with constant training establish a new relationship with obsessive thoughts. In the third, final phase we are try to establish new plan for processing and work on the prevention of recurrence of symptoms. The treatment consists of tensesions. The results of research on the recovery rate and the effects after treatment of OCD indicate advantage metacognitive models treatment over conventional CBT treatment and shortening duration of total treatment.

Keywords: *metacognitivemodel, detached mindfulness , delayritualstechnique, obsessive compulsive disorder*

Uvod

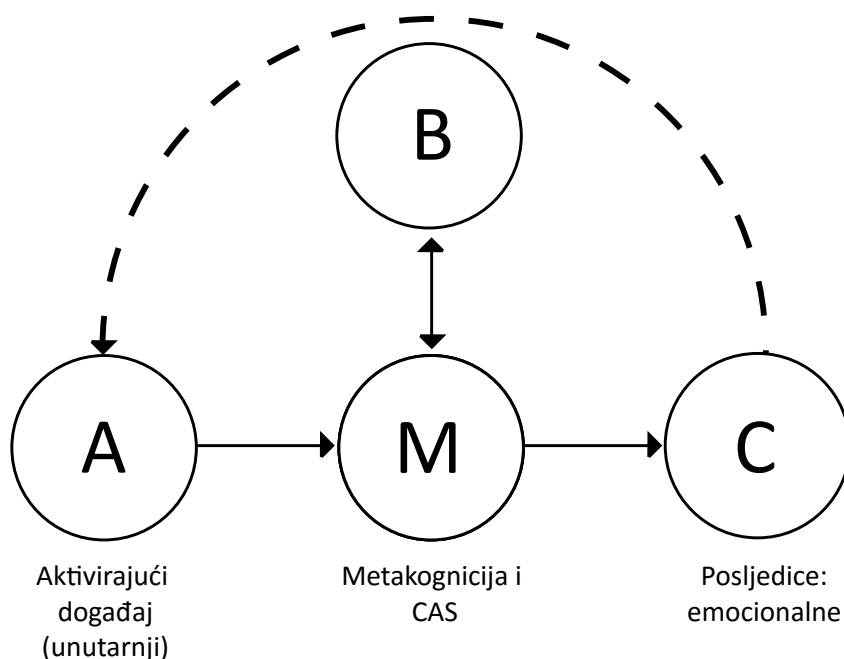
Pojava opsesija i kompulzija su ključna obilježja opsesivno kompulzivnog poremećaja (OKP). Opsesije su intruzivne misli, slike i impulsi koji se javljaju protivno volji pojedinca, a subjektivno se doživljaju kao neprijatni i nekarakteristični za self. Osoba shvata da su oni produkt uma. Često imaju nasilan, seksualni ili religiozni sadržaj ili se događaju u formi sumnje i ponavljane zabrinutosti oko nečistoće i zaraze. Kompulzije se javljaju u formi mentalnih rituala i otvorenih/neskrivenih ponašanja koja se ponavljaju, a njihova funkcija je smanjenje stresa i sprječavanje opasnosti (Wells, 2009). Kognitivni model pretpostavlja da je sadržaj misli i vjerovanja taj koji determiniše vrstu emocionalnog poremećaja. Standardni kognitivni model se sastoji iz tri osnovna elementa: A-aktivirajući događaj, B-sistem uvjerenja osobe i C-emocionalne i bihevioralne posljedice za osobu (slika 1.)



Slika 1. A-B-C model (Wells, 1997, str. 19) prema „Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide“, A. Wells, Chichester, UK: Wiley.

Slijedeći kognitivni model ključni faktor u nastanku i održavanju OKP-a jesu slijedeće iskrivljene sheme i s njima povezane pretpostavke: 1. vjerovatnoća javljanja negativnih događaja 2. negativne posljedice ovih događaja 3. stepen odgovornosti osobe za pojavu i kontrolu događaja i 4. posljedica odgovornosti. Kod osoba sa OKP-om su pronađeni veći skorovi na shemi percipirane odgovornosti u odnosu na pacijente sa drugim anksioznim poremećajima (Salkovskis i Kirk, 1997 prema Wells, 2000).

Metakognitivni pristup polazi od toga da ključnu ulogu u nastanku i održavanju emocionalnih poremećaja imaju metakognicije. Metakognicije predstavljaju složen pojam koji obuhvata vjerovanja, procese i strategije kojima pojedinac prati, procjenjuje i kontrolira vlastite misli (Wells, 2000). Metakognitivna teorija u centar modela postavlja metakognicije, a aktivirajući događaj zamjenjuje iskustvom negativnih misli, osjećaja i impulsa, pri čemu nastaje model A-M-C (slika 2.).



Slika 2. Reformulirani A-M-C model. (Wells, 1997, str. 20) prema „Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide“, A. Wells, Chichester, UK: Wiley.

Prema metakognitivnom modelu centralnu ulogu u nastanku i održavanju opsesivno kompulzivnog poremećaja imaju meta vjerovanja o značenju i važnosti intruzija, kao i vjerovanja o ritualima. Meta vjerovanja o intruzijama podrazumijevaju da ova unutarnja iskustva imaju uticaja na spoljnji svijet dok uvjerenja o ritualima uključuju pravila koja se tiču načina kontrole misli, osjećanja i ponašanja. Problem je u tome što su vjerovanja iracionalna, a pravila ne postavljaju realne ili korisne standarde za procjenu prisustva prijetnje. Posvećivanje individue ritualima kako bi se dostigli standardi kontrole ozbiljno ugrožavaju funkcionalnost osobe i donose mnogo subjektivne patnje (Wells, 2000). Na temelju istraživanja disfunkcionalnih vjerovanja kod osoba sa opsesivno kompulzivnim poremećajem Wells (1997) razlikuje tri osnovna tipa vjerovanja o mislima i intruzijama:

- Misao–događaj fuzija je vjerovanje da intruzivna misao može uzrokovati događaj ili vjerovanje da misao znači da se događaj već desio.
- Misao–akcija fuzija je vjerovanje da intruzivne misli, osjećanja ili impulsi imaju moć da uzrokuju da osoba izvede neželjene akcije.
- Misao–objekat fuzija je vjerovanje da se misli i osjećanja mogu prenijeti na objekte. Kao posljedica ovog vjerovanja misli i osjećanja postaju realnija,

neizbježna i subjektivno mijenjaju objekte. Ovo vjerovanje je potvrđeno u religioznim obredima gdje određeni objekti imaju posebnu moć i značenje.

Druga važna kategorija metakognitivnih vjerovanja se odnosi na potrebu sprovođenja rituala i neutralizirajućih ponašanja. Ova vjerovanja održavaju važnost kontrole misli, impulsa i osjećanja kao što je anksioznost (npr. „Moram provjeriti da li sam sve aparate isključio inače se neću moći umiriti“ ili „Moram disciplinirati svoj um kako bih ostao siguran od opasnosti“).

U odsustvu objektivnih pokazatelja odsustva opasnosti, osobe sa opsesivno kompulzivnim poremećajem imaju pretjerane i neadekvatne signale za završetak rituala. Za osobu je izuzetno teško ispuniti ove kriterije što vodi učestalijem javljanju intruzija i održava doživljaj stresa. (Wells, 2000)

Cilj ovog rada je pružiti prikaz metakognitivnog modela opsesivno kompulzivnog poremećaja, strukturu tretmana prema principima metakognitivne terapije i pregled osnovnih metakognitivnih tehnika u tretmanu opsesivno kompulzivnog poremećaja.

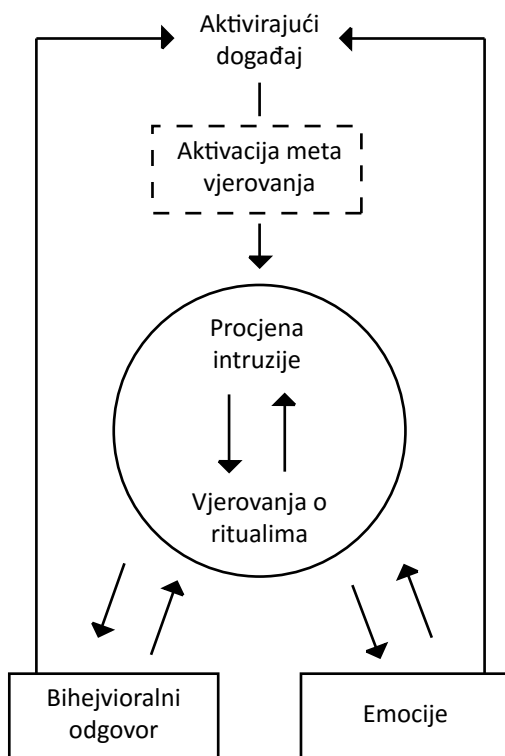
Konceptualizacija slučaja opsesivno kompulzivnog poremećaja prema metakognitivnom modelu

Konceptualizacija slučaja podrazumijeva razumijevanje problema klijenta i otkrivanje ključnih faktora koji ga uzrokuju i podržavaju. Model opsesivno kompulzivnog poremećaja (Wells, 2009) uključuje nekoliko važnih međusobno povezanih komponenata: aktivirajući unutrašnji događaj, meta vjerovanja o intruzijama, procjena intruzije, vjerovanja o ritualima, emocionalne posljedice i bihevioralne odgovore (vidi sliku 3).

Prvi krug anksioznosti pokreće aktivirajući unutrašnji događaj koji može biti intruzivna misao, osjećaj ili impuls. Ovi mentalni događaji aktiviraju metakognitivna vjerovanja oko njihovog značenja i posljedica. Aktivacija ovih disfunkcionalnih vjerovanja dalje vodi ka iskrivljenoj procjeni intruzije.

U toku inicijalnog intervjua terapeut postavljenjem korisnih pitanja (npr. „Čini se da taj osjećaj /misao za vas ima neko negativno značenje.“ „Koje je to značenje bilo?“ ili“ Izgleda da je ta misao važna.“ „Šta je to što je čini važnom?“) pokušava izazvati procjenu intruzije. Procjena intruzije kao znaka prijetnje pokreće intenzivnu emocionalnu reakciju, obično anksioznosti, a onda i druge emocije kao što su osjećanja krivnje i ljutnje. Ove emocionalne promjene dalje utiču na učestalost pojave intruzija ali i stupanj važnosti koji im osoba pridaje.

Prvi krug modela objašnjava kako meta vjerovanje o opsesivnim mislima utiče na osjećaj anksioznosti, a pojava tog osjećanja čini opasnost realnijom (Wells, 2009). Postoji i drugi krug koji objašnjava kako metakognitivne kontrolne strategije npr. kontrola toka misli, može rezultirati češćim pojavljivanjem intruzija i povećanjem



Slika 3. Metakognitivni model OKP (Wells, 1997, str. 242) prema „Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide“, A. Wells, Chichester, UK: Wiley.

osjećaja tjeskobe. Problem postoji i na planu ponašanja. Tako izbjegavanje situacija u kojima se misli mogu pojaviti može uticati na uspostavljanje veze između situacije i misli. Provjeravanje i sprovođenje rituala sprječavaju osobu da se uvjeri da su to samo misli i podržavaju iskrivljeno vjerovanje o njima. Centralna uloga drugog kruga pripada sistemu iskrivljenih vjerovanja o ritualima i procjeni njihove efikasnosti. Kako bi izazvao ova vjerovanja terapeut postavlja korisna terapijska pitanja npr. „Šta ste učinili da spriječite negativan ishod?“ „Da li ste ponavljali radnje, činili ih na poseban način ili ste izbjegavali situacije?“ „Jeste li pokušali da kontrolišete svoje misli i kako ste to činili?“ „Koje su dobite korištenja takvih odgovora?“ „Šta se najgore može desiti ako ne činite ove stvari?“ „Kako znate kada je sigurno zaustaviti vaš ritual?“ (Wells, 2009).

Dakle, konceptualizacija prema metakognitivnom modelu omogućava klijentu i terapeutu bolje razumijevanje problema OKP-a i prepoznavanju dva ključna faktora koji uzrokuju i održavaju problem. Prvi se tiče implicitnih vjerovanja u vezi sa intruzivnim mislima, a drugi se odnosi na vjerovanja pacijenta o tome kako odgovoriti

kada se te misli pojave. Cilj tretmana je da klijent ove misli postavi na odgovarajuće mjesto i vidi ih kao nevažan i prolazan događaj u njegovom umu (Wells, 2009)

Osnovne metakognitivne tehnike u tretmanu opsesivno kompulzivnog poremećaja

Tretman se sastoji od deset terapijskih seansi vođenih od strane terapeuta koji ima iskustva sa primjenom metakognitivne terapije. Tretman se može podijeliti na slijedeće korake:

1. Procjena i konceptualizacija slučaja
2. Socijalizacija na tretman
3. Učenje „tehnik opservacije misli i emocija na distanciran i neprosuđujući način“ (eng. detached mindfulness-DM).
4. Rad na modifikaciji metakognitivnih vjerovanja o intruzijama
5. Rad na modifikaciji vjerovanja o ritualima
6. Osnaživanje novog plana procesiranja
7. Prevencija povrata simptoma

Terapeutovom primjenom psihometrijskog instrumenta “Opsesivno kompulzivni poremećaj Skala-Revidirana” se ispituje prisustvo metakognitivnih vjerovanja i ponašanja koja bi trebala biti ispitana i uvrštena u konceptualizaciju slučaja, te ovim počinje tretman. Druge psihometrijske mjere procjene su skale Backov inventar anksioznosti (BAI) i Backov inventar depresivnosti (BDI). Formiranje konceptualizacije slučaja se odvija kroz pitanja o opsesivnim mislima ili impulsima, te o pojavi procesa neutralizacije. Nakon toga slijede pitanja o emocijama koje prate okidače, zatim o procjeni intruzija i vjerovanja o tome. Na kraju, terapeut prikuplja pitanja o prirodi bihevioralnih odgovora i vjerovanja o potrebi angažiranja u tom procesu. Nakon procjene i formiranja konceptualizacije slučaja započinje se sa procesom socijalizacije na tretman. Sistematičnim praćenjem komponenti konceptualizacije slučaja i preciznijim objašnjavanjem modela terapeut počinje proces socijalizacije klijenta na tretman. Koriste se tri metode socijalizacije: (1) Dijeljenje idiosinkroničke formulacije slučaja u verbalnoj i dijagramskoj formi sa klijentom s ciljem izazivanja povratne informacije o formulaciji slučaja i prirodi problema. (2) Korištenje socijalizacijskih pitanja usmjerenih na dokazivanje nekorisnosti rituala i pogrešnih vjerovanja o njima (3) Bihevioralni eksperimenti namijenjeni za ilustraciju nekorisnih efekata ponašanja koja imaju za cilj suočavanje klijenta. Proces socijalizacije za tretman se završava kratkim opisom osnova metakognitivne terapije i provjerom klijentovog znanja o naučenim osnovama metakognitivnog modela opsesivno kompulzivnog poremećaja. Ovaj proces bi trebao rezultirati promjenom klijentove metakognitivne perspektive (razine) gledanja na problem (Wells, 2009).

Sljedeći korak u tretmanu je učenje „tehnike opservacije misli i emocija na distanciran i neprosuđujući način“ (eng. detached mindfulness-DM). Ova tehnika pomaže izgradnji klijentovih vještina vezanih za adaptivniji način nošenja sa intruzivnim mislima i jača metakognitivni način procesiranja. Može se shvatiti kao sredstvo za razdvajanje intruzija od kontroliranja naknadne obrade, tako da klijent primjenom ove tehnike razvija veću metakognitivnu fleksibilnost. Cilj primjene ove tehnike jeste sticanje iskustva klijenta o posmatranju opsesivnih misli na distancirani način, bez potrebe za angažiranjem u procesu. Klijent se uči da na opsesivne misli odgovori na slijedeći način: „Kada opazite opsesivnu misao važno je da prvo primite k znanju prisustvo misli, onda podsjetite sebe da je to dio procesa i da ne pomaže angažovati se u tome.“ (Wells, 2009). Ovu tehniku je moguće predstaviti koristeći metaforu jabuke i sl.

Slijedeći korak se sastoji u pomoći klijentu da vidi kako da normalno reagira na opsesivne misli i rituale koji su usmjereni oslobađanje od opsesivnih misli ili umanjivanje opasnosti. U ovoj fazi terapeut predlaže klijentu da se prilikom sprovođenja rituala za oslobađanje od misli distancira od njih te otkrije da su to nevažni događaji u umu i da nastaviti sprovoditi ritual uz održavanje opsesivne misli tokom izvođenja rituala. Ova tehnika se zove komisija izlaganja i odgovora (eng. exposure and response commission-ERC). Terapeut uvodi ideju aktivnog sudjelovanja u ritualima zadržavajući intruzivne misli. To se može učiniti pomoću vizualizacije misli ako je slika ili ponavljajući subvokalno ako je verbalna misao. Na primjer, klijent s mislima o napadu đavolskih sila će izvoditi ritual moleći se i zadržavajući opsesivnu misao u umu svo vrijeme prilikom izvođenja rituala, dok će klijent sa mislima o kontaminaciji prati i sušiti ruke sa mišlju: „Ja sam kontaminiran s bakterijama“ za trajanja svakog ispiranja dok misao o kontaminaciji ne nestane. U ovoj tehnici je dozvoljeno izvoditi rituale, ali ciljevi angažiranja rituala su promijenjeni. Umjesto da se koriste za riješavanje misli ili smanjivanje opasnosti, klijent koristi rituale u cilju održavanja svijesti o opsesivnim mislima. Zapravo, pravila su promijenjena tako da opsesivne misli moraju biti održavane u svijesti tokom obavljanja rituala. Ova aktivnost olakšava odmak od misli i jača doživljaj na opsesivne misli na meta nivou (Wells, 2009).

Izlaganje i prevencija rituala (eng. Exposure and ritual prevention-ERP) predstavlja tradicionalnu kognitivno-bihevioralnu tehniku u pristupu OKP-a. Ona uključuje veliku izloženost stimulusu koji izaziva strah i prevenciju rituala kao sredstva u stvaranju habituacije. U metakognitivnoj terapiji rituali mogu biti dopušteni i imati terapijsku prednost. U metakognitivnoj terapiji Izlaganje i prevencija rituala se koriste na dva načina: kao sredstvo za smanjenje toksičnog stila razmišljanja koje u pozadini ima klijentovo preuveličavanje opasnosti i kao bihevioralni eksperiment u osporavanju metakognitivnih uvjerenja u domenama misao-događaj fuzija, misao-

akcija fuzija i misao-objekat fuzija. Reagirajući na prijetnju se sprečava osporavanje uvjerenja o značaju misli, te se zato takvi odgovori trebaju dovesti pod kontrolu. To se čini uz odgodu ili zabranu neutraliziranja i/ili konceptualne obrade (briga / ruminacija) u kontekstu bihevioralnog eksperimenta. Terapeut treba detaljno istražiti rituale i sugerirati klijentu da odgađa izvršavanje rituala nakon pojave opsesije prakticirajući DM tehniku. Neutralizirajući odgovori trebaju biti odgođeni što dulje, poželjno do 10 minuta na kraju dana, koje se označava kao ritualno razdoblje. Korištenje ritualnog razdoblja nije obvezno. Prevencija rituala se može promatrati kao uklanjanje toksičnog stila razmišljanja u metakognitivnoj terapiji jer rituali predstavljaju neprikladna stresna ponašanja. Uklanjanje toksičnog stila razmišljanja je sredstvo za smanjenje preuveličavanja prijetnje kod klijenta (Wells, 2009).

Kada se prevencija izlaganja koristi kao bihevioralni eksperiment od klijenta se traži da napravi predviđanja na temelju metakognitivnih vjerovanja o mislima i testira ove pretpostavke i suzdrži se od neutralizacije odgovora. Odustajanje ili odgađanje rituala je ekvivalent za uklanjanje sigurnosnog ponašanja za većinu klijenata. Nije neuobičajena pojava otpora od strane klijenta prilikom sprovođenja ovih tehnika. Otpor može biti minimiziran iznoseći jasno smisao tih strategija koji se temelji na objašnjenju kako se postojećim ponašanjima daje nepotrebna važnost kao i mislima. U početku, terapeut treba imati za cilj baviti se otporom prema propitivanju formuliranja i uloge ponašanja u održavanju problema. Može biti korisno za pokrenuti analizu prednosti i nedostatka u promjeni ritualnog ponašanja (Wells, 2009).

Nakon što se klijent uspješno ovlada tehnikom DM-a tretman se nastavlja s mijenjanjem uvjerenja o važnosti i snage misli. Dakle, fokus tretmana seli se s naglaskom metakognitivnog doživljaja na izmjenu metakognitivne procjene i znanja. Obično se preporuča uvježbavati DM tehniku 2-3 seanse, jer je DM preduvjet za promjenu vjerovanja koje slijedi. Važno je da DM ne postane neutralizirajuće ponašanje (novi ritual). Sljedeća faza se fokusira na vjerovanja o misao-događaj fuziji, misao-akcija fuziji i misao-objekat fuziji. Kako bi se oslabile ili modificirale metakognicije povezane sa o intruzijama koriste se verbalni metod i bihevioralni eksperimenti. Na početku se koristi verbalni metod i reatribucija, a zatim slijede bihevioralni eksperimenti. Bihevioralni eksperimenti trebaju konsolidirati ono što je naučeno i testirati određena predviđanja. Bihevioralni eksperimenti bi trebali biti sprovedeni tokom cijelog tretmana. Sam verbalni metod nije dovoljan za potpunu promjenu vjerovanja (Wells, 2009).

Razvijeno je nekoliko tehnika verbalnog metoda koje imaju cilj oslabiti ili modificirati metakognicije povezane sa o intruzijama. Tehnike uključuju verbalni metod izolacije i verbalizacije vjerovanja i verbalni metod u radu sa metakognitivnim mislima u domenu: misao-događaj fuzija, misao-akcija fuzija i misao-objekat fuzija.

Kod verbalnog metoda izolacije i verbalizacije vjerovanja korisno je razmotriti vjerovanja o opsesivnim mislima koja su često implicitna i možda nikada artikulirana. Uobičajeno implicitno uvjerenje je da je intruzivna misao važna i snažna na neki način. Terapeut bi trebao raditi s pacijentom na formuliraju vjerovanja kroz pitanja poput: “Da li je mišljenje napravilo tu situaciju takvom? ili “Jesu li sve misli o X važne?”. Kroz verbalni metod u radu sa metakognitivnim mislima u domenu: misao-događaj fuzija, misao-akcija fuzija i misao-objekat fuzija se nastoji izazvati nesklad u vjerovanjima klijenta, a sastoji se u primjeni standardne tehnike preispitivanja dokaza i traženja protudokaza. (npr. “Koji je dokaz da misli imaju moć da uzrokuju događaje?”). Ova tehnika ima za cilj pokazati kako vjerovanje o opsesiji nije u skladu s onim što klijent zna o tome (Wells, 2009).

U daljoj fazi tretmana radi se na korištenju bihevioralnih eksperimenata kroz provođenje bihevioralnih eksperimenata sa metakognitivnim mislima u domenu misao-događaj fuzija, misao-akcija fuzija i misao-objekat fuzija. Postoje dvije podvrste misao-događaj fuzija vjerovanja: perspektivna i retrospektivna. U prospektivnim klijent vjeruje da će misao izazvati loš događaj u budućnosti (npr., “Ako mislim da će se dogoditi nesreća, onda će se to dogoditi”). U retrospektivnom tipu osoba vjeruje da pojava misli znači da se događaj dogodio u prošlosti (npr., “Ako mislim da sam počinio ubojstvo, onda sam ga i počinio”). Kad se prijetnja odnosi na budućnost, moguće je manipulirati intruzije i promatrati sve naknadne posljedice. To se može postići samo kada je vremenski tok očekivanja katastrofe unutar 1 ili 2 sedmice. Kad klijenti tvrde da se negativni događaj može dogoditi u bilo kojem trenutku u dalekoj budućnosti, to može biti izbjegavanje primjene strategije. Terapeut bi se trebao baviti ovim izbjegavanjem propitujući dokaze koji podupiru ideju da će katastrofa biti odgođena, a zatim istrajati u sprovođenju eksperimenata. Jedna od strategija je i da se razmisli o manipulaciji sadržaja misli tako da sadrži izravnu referencu na događaj u roku sljedećih nekoliko dana ili na određeni dan npr., “Koji su vaši planovi za ove subotu? Idemo vidjeti da li možemo razmišljati na način da vaš partner ima nesreću na taj dan”. Kada su misao-događaj fuzija retrospektivni terapeut obično dovodi u pitanje dokaze, protudokaze i izaziva nesklad (npr. “da li je mislio dobar dokaz da ste učinili nešto ili je imati uspomenu da se izvršava nešto bolji dokaz?). Bihevioralni eksperiment za retrospektivni tip uključuje korištenje “adaptivne provjere” ponašanja koje se smatra neprikladno za kognicije i ponašanje. To je ponašanje koje je obično spriječeno. Način korištenja provjere je promijeniti ciljeve ponašanja i cilj postaje prikupljanje podataka za procjenu valjanosti metakognitivnih vjerovanja. Tačnije, kada postoje retrospektivna uvjerenja npr. “misleći da sam ubio nekoga znači da sam ubio”, provjera se može koristiti za prikupljanje podataka koji pokazuju da je razmišljanje jednostavno nebitno. Kad je prijetnja retrospektivna klijent se ohrabruje da se uključi u provjeru ponašanja koja mogu pružiti dokaze da se događaj nije

dogodio. Promjena eksplicitnog cilja provjere, i ako je potrebno, izmjena samog ponašanja u cilju prikupljanja dokaza, može se koristiti za izazivanje meta-vjeronje o intruzivnim mislima (Wells, 2009).

Bihevioralni eksperimenti kod misao-akcija fuzija vjeronja se odnose na vjeronje da misli imaju moć da uzrokuju obavljanje pojedinih neželjene radnji. Bihevioralni eksperimenti se koriste kako bi izmijenili ova vjeronja i oslanjajući se na neželjene misli u kontekstu situacija koje provociraju anksioznost. Ove situacije se procjenjuju kao subjektivni rizik od izvođenja neželjenog akta. (npr. Ukoliko mislim o tome to će me natjerati da to napravim). U ovom slučaju moramo biti sigurni da klijent ne želi izvesti to ponašanje i da su misli ego-distonične. Bihevioralni eksperimenti kod misao-objekat fuzija vjeronjatj. da se misli i osjećaji mogu prenijeti na objekte i mjesta, što znači da bi bilo teško pobjeći od njih u budućnosti, ili da se povezivanje misli i objekta prožima sa većim uticajem misli na stvarnost se fokusiraju na izazivanje predviđanja u sljedećim područjima: (1) da se misli i osjećaji mogu prenijeti na objekte, (2) da u ovakvim okolnostima misli i osjećaji nikada neće prestati, (3) da će dovesti do određenih negativnih događaja. Neophodno je osporiti vjeronje da misli / osjećaji mogu biti preneseni na predmete kroz specifična pitanja npr. o povijesti predmeta, posjedovanju i porijeklu. Pored toga moguće je pitati klijenta da između niza istih predmeta prepozna kontaminirani predmet bez mogućnosti da ga vidi. U ovim bihevioralnim eksperimentima bitno je da klijenti osjete da je osjećaj kontaminacije jednostavno osjećaj tjeskobe koji imaju kada imaju opsesivne misli "To je kontaminirano". Vjeronje da mislima / osjećajima nikada neće biti kraja se može prići na nekoliko načina. Jedna od tehnika je da se „zarazi“ što više predmeta s mislima i osjećajima, tako da se može testirati trajanje emocionalnih reakcija. Suprotno predviđanjima, misli i osjećaji će nestati. Ovo otkriće je u suprotnosti vjeronju da misli i osjećaji mogu biti preneseni na predmete i više objekata. Vjeronje da se misli spajaju s objektima i da će dovesti do negativnih ishoda može biti testirano na način da se drži neki predmet dok se u mislima održavaju opsesivne misli i onda se čeka trenutak da se utvrdi da li će se pojaviti katastrofa. Za ovo je važno operacionalizirati pojam katastrofe njenu prirodu i vremenski tok (Wells, 2009).

Nakon što se završi rad na modifikaciji metakognitivnih vjeronja potrebno je nastaviti rad na modifikaciji vjeronja o ritualima. Taj proces počne nakon rada sa intruzijama, a ovom procesu pomaže sprovođenje tehnike Prevencija izvođenja rituala. Kroz sokratovski dijalog nastoji se proširiti svijest o nepotrebnim posljedicama rituala osvrćući se na prednosti-manje rituala. Cilj nam je jačati svijest o nizu nedostataka ritualiziranja i jačati motivaciju za promjenu. Bihevioralni eksperimenti u ovom području su napravljeni uglavnom s ciljem predviđanja u vezi sa posljedicama ne obavljanja rituala. Potrebno je izložiti klijenta situaciji koja izaziva uznemirenost i

potrebu da se uključe u ritual i počnu osporavati vjerovanje o potrebi da se izvrši ritual (Wells, 2000).

Jednom kada su metakognitivna vjerovanja izmjenjena, pristupa se pravljenju novog plana i prevenciji povrata simptoma. Sa klijentom se zajednički radi na konsolidaciji tehnika i jačanju alternativnih metakognitivnih planova. Klijent se potiče da održava svijest o promjenama. Ova faza se sastoji od izvještaja o ritualima, starom i novom planu za procesiranje misli/ponašanja. Terapeut takođe provjerava ostatke disfunkcionalnih uvjerenja i prisutnost rituala / izbjegavanja kao markera za preostala disfunkcionalna uvjerenja koja zahtijevaju eventualnu daljnju modifikaciju (Wells, 2000).

Istraživanja o efikasnosti tretmana opsesivno kompulzivnog poremećaja prema metakognitivnom modelu

Nekoliko istraživanja o efektivnosti metakognitivne terapije su završena, a nekoliko istraživanja je u toku. Završena istraživanja su procjenjivala učinke metakognitivne terapije u tretmanu GAP, socijalne fobije, posttraumatskog stresnog poremećaja, opsesivno kompulzivnog poremećaja i depresije. Metakognitivna terapija u tretiranju OKP-a kod odraslih i djece je također evaluirana. Fisher i Wells (2008) su korištenjem izravne serije replikacije ispitali učinke liječenja u četiri osobe s dijagnosticiranim OKP-a prema DSM-IV klasifikaciji. Ispitanici su 3-4 sedmice bili bez tretmana dok se u potpunosti nije ustanovila polazna linija za istraživanje. Nakon toga su uključeni u metakognitivni tretman OKP-a od 12-14 seansi i praćeni su od 3 i 6 mjeseci nakon tretmana. U svim slučajevima posttretman i rezultati praćenja su pokazali značajne razine poboljšanja. Svi učesnici ispitivanja su imali ispunjene standardizirane kriterije za oporavak. Nakon šest mjeseci jedan ispitanik nije imao kriterije oporavka, ali je i dalje bio u poboljšanju, a za jednog se nisu uspjeli pribaviti dalji podaci. Druga dva ispitanika su zadržali isti nivo oporavka. Simons, Schneider, i Herpertz-Dahlmann (2006 prema Rees i Koesveld, 2008) su ispitali učinke metakognitivnog tretmana za OKP-a kod djece i adolescenata. Ukupno desetero djece i adolescenata su nasumično podjeljeni i učestvovali u metakognitivnom tretmanu u kombinaciji sa klasičnom kognitivno bihevioralnom terapijom. Dobijeni rezultati sugeriraju da ovaj tretman može biti korisna alternativa primjeni tehnike izlaganja i prevencije rituala u tretmanu OKP-a.

Zaključak

Cilj ovog rada je pružiti prikaz metakognitivnog modela opsesivno kompulzivnog poremećaja, strukturu tretmana prema principima metakognitivne terapije i pregled osnovnih metakognitivnih tehnika u tretmanu. U radu je predstavljen specifični model održavanja OKP-a utemeljen na metakognitivnom modelu. Prezentirani tretman daje naglasak na konceptualizaciji i mijenjanju metakognitivnih vjerovanja o mislima i ritualima. Ovaj pristup tretmanu i posmatranju OKP-a se znatno razlikuje od tradicionalnog KBT pristupa za OKP koji se obično fokusira na pružanju strategija za prevenciju izvršavanja ritualnog ponašanja i na kognitivnim tehnikama usmjerenim na stopiranje opsesivnih misli. Navedena istraživanja sugeriraju da je prezentirani model učinkovit te da se može sprovesti tokom 10 seansi. Metakognitivne model OKP-a pruža okvir za razumijevanje teško kontroliranih i persuazivnih slučajeva OKP-a kroz predstavljanje funkcije disfunkcionalnih metakognicija. Takav pristup počiva prvenstveno na razlici između spoznaje i metakognicija. Model je jedinstven u naglašavanju metakognitivnih vjerovanja o intruzijama i ritualima. Istraživanja o metakognitivnim faktorima povezanim sa OKP u potpunosti podržavaju ovaj model.

Literatura

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press
- Fisher P & Wells A (2005). How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Fisher P & Wells (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jbtep.2007.11.004
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.



KOGNITIVNO – BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU TEŠKE DEPRESIVNE EPIZODE: PRIKAZ SLUČAJA

Zlatko Kalabić

JZNU Dom zdravlja Tuzla- Centar za mentalno zdravlje

Sažetak

Glavni cilj ovog rada jeste prikazati dijagram kognitivne konceptualizacije sa korištenjem kognitivnih i bihevioralnih tehnika u povećanju nivoa funkcionalnosti pacijenta sa teškom depresijom. Osnov pristupa pacijentu je kognitivna konceptualizacija slučaja, bazirana na kognitivnom modelu poremećaja. Neke od tehnika koje su korištene u ovom slučaju su: tehnika rješavanja problema, dnevnik dnevnih aktivnosti, kognitivno restrukturiranje, igra uloga... Pacijentica se vratila na posao, te je počela ponovno raditi, a njen nivo funkcionalnosti se povećao, posebno u porodičnom okruženju. Sa smanjenjem nivoa depresije došlo je do poboljšanja kvalitete njenog života, a indirektno i života članova njene porodice. Učinkovitost KBT liječenja dokazuju i ispunjenja planova koje je postavila sama pacijentica na početku terapije, a to su: poboljšanje apetita i lične higijene, povećanje samopouzdanja i samopoštovanja, poboljšanje brige o sebi i svom izgledu (oblačenje, kosa), socijalna aktivacija (izlasci s društvom) i vraćanje povjerenja u druge.

Ključne riječi: depresija, kognitivno-bihevioralne tehnike, efikasnost

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN TREATMENT OF SEVERE DEPRESSION EPISODE: CASE REVIEW

Summary

Main goal of this work is to show a diagram of cognitive conceptualization with usage of cognitive and behavioural techniques in raising level of patients functioning with severe depression. Basis of my approach to patient was cognitive conceptualization of case based on the cognitive model of disorder. Paper, which in this case resulted in successful achievements. Some techniques used in this case were: Problem solving, Diary of daily activities, Cognitive restructuring, Role play... Patient started working again, and her level of functionality is improved in a family environment. With reducing levels of depression there was an improvement of quality of life and indirectly of her family members too. Efficiency of CBT treatment reflects in successful achievement of the targets set by the patient at the beginning of the therapy: improving appetite and hygiene, raising level of confidence and self-esteem, improving care about herself and her appearance (dressing, haircut), social activation (night outs with friends) and restoring confidence in the other.

Keywords: *depression, cognitive-behavioral techniques, efficacy*

Uvod

Izraz depresija dolazi od latinske riječi depressum što znači potištenost, utisnutost. Depresivni poremećaj star je koliko i čovječanstvo te se smatra jednom od najranije opisanih bolesti u povijesti medicine. Kroz povijest je, ovisno o autorima konceptualiziran i opisiv na više različitih načina, ali uglavnom je, poglavito zbog utjecaja antičkih autora bio shvaćan kao poremećaj primarno tjelesne prirode koji je uzrokovan melankoličnim temperamentom. Poslije Kraepelinove klasifikacije osnovni problem ostaje nužnost razjašnjenja dihotomije depresivnih poremećaja na endogene i psihogene. K. Schneider se smatra idejnim tvorcem trijasnog sustava (organske psihoze, anorganske psihoze, abnormne varijacije psihičkog bića). U odnosu prema podjeli depresivnih poremećaja, poučak Schneiderovog koncepta je na tvrdnji da se endogene i psihoreaktivne depresije kategorijski razlikuju prema etiologiji i kvaliteti fenomenologije. E. Bleuler je u svojim opisima ravnopravno upotrebljavao termine melankolija i depresija. On je 1911. godine jasnije razgraničio manično-depresivnu psihozu, koja ima remitirajući tijek, od drugih afektivnih i ostalih psihoza. Manično depresivni bolesnici su prepsihotično poremećaji osobnosti, s neraspoloženjima, trajnim ciklotimnim stanjem. Premorbidno postoji velika osjetljivost u mladosti, uz pikničku konstituciju. Dosadašnji pokušaji klasificiranja depresivnog poremećaja uglavnom se nalaze na deskriptivnoj, odnosno simptomatskoj razini. Danas depresivni poremećaj definiramo kao sindrom koji se sastoji od skupine simptoma i znakova koji traju tijekom nekoliko tjedana ili mjeseci i koji predstavljaju značajno odstupanje od normalnog funkcioniranja i imaju tendenciju relapsa, često na periodičan ili cikličan način. Depresija je duševni poremećaj velike učestalosti, tako da se nakon 90-tih godina prošlog stoljeća govori o epidemiji poremećaja raspoloženja (O'Conor 1999).

Epidemiologija

Svjetska zdravstvena organizacija (od eng. World Health Organisation - WHO), navodi depresivni poremećaj globalno među deset vodećih uzroka dizabiliteta i preuranjene smrti. Godišnja prevalencija na nekoliko nacionalnih uzoraka iznosi između 2% i 9%, a 3 životna prevalencija između 10% i 17% (u žena i do 25%). Istraživanja u općoj populaciji pokazuju da najmanje 10% stanovništva ispunjava kriterije za depresivni poremećaj. Depresivni je poremećaj u ukupnoj populaciji na četvrtom mjestu po učestalosti, s udjelom od 4,5% u globalnom teretu bolesti, dok za žene depresivni poremećaj predstavlja drugi po redu zdravstveni problem. Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da će depresivni poremećaj do 2020. godine postati drugi zdravstveni problem u svijetu, iza ishemijske bolesti srca, s udjelom od 5,7%, a kod ženske populacije vodeći zdravstveni problem. Gotovo univerzalna opservacija

neovisna o zemlji i kulturi je dva puta veća prevalencija depresivnog poremećaja u žena nego u muškaraca. Kod žena je manje uočljiva zaštitna uloga braka, a posebno su visoke stope javljanja u mladim udanih žena s djecom, za razliku od neudanih bez djece. Mogući razlozi su hormonalne razlike, utjecaj poroda, te stresogeni čimbenici kao što su opterećenja u svakodnevnom životu, odgovornost za djecu i obitelj. Stope javljanja depresivnog poremećaja su niže kod oženjenih muškaraca nego kod samaca, udovaca i rastavljenih. Srednja dob početka depresivnog poremećaja je 40 godina, a 50% svih pacijenata je s početkom bolesti između 20 i 50 godina. Do sada nije uočena korelacija između socioekonomskog statusa i depresivnog poremećaja. Depresivni poremećaj je češći kod osoba koje rade kreativne poslove (umjetnici) nego kod znanstvenih djelatnika. Također, depresivni poremećaj se češće pojavljuje u gradskim nego u ruralnim životnim područjima.

Etipatogeneza/nastanak depresivnih poremećaja

Biološke teorije

A. Serotoninska hipoteza

Serotoninska teorija jedna je od najstarijih neurotransmiterskih teorija depresije. Zagovornici serotoninske teorije navode cijeli niz zapažanja i činjenica koje potvrđuju važnu ulogu serotoninske disfunkcije u etiopatogenezi depresije. Po nekima postoji nepobitna veza između serotonina i depresije, ali nije jasno je li smanjena serotoninska aktivnost u mozgu posljedica ili uzrok depresije.

B. Kateholaminska hipoteza (dopamin i noradrenalin)

Dopamin je odgovoran za emocionalnu regulaciju, učenje i pamćenje, hedonističkog kapaciteta doživljaja ugone i užitka, privlačnosti objekata i drugih ljudi, radoznalosti, ekstrovertiranosti razine opšte aktivnosti.

Noradrenalin igra važnu ulogu u stvaranju vitalne energije, u poticanju i održavanju aktivnosti sastava pobuđenosti (AROUSAL), u kontroli tzv. borba ili bijeg reakcije, u percepciji stresa i opasnosti, u procesu biheioralne senzitivacije, u oblikovanju cilju usmjerenog ponašanja.

C. Psihosocijalne teorije

Životni događaji i okolinski činioci (LIFE EVENTS)- dugodjelujući stresni događaji uzrokuju gubitak neurona i redukciju sinapsi- povišeni rizik za sljedeću depresivnu epizodu (i bez vanjskog povoda), gubitak roditelja prije 11 godine života, gubitak bračnog partnera, nezaposlenost.

D. Kognitivne teorije- negativna percepcija sebe, drugih i budućnosti. Automatske misli: "Ne mogu više! Ništa se ne može promijeniti! Bolje da me nema. Ja sam bezvrijedan.

E. Biheviornalne teorije- naučena bespomocnost i gubitnička životna strategija. (Mihaljević, 2014).

Dijagnoza i klinička slika

U svrhu egzaktnije (diferencijalne) dijagnostike depresivnog poremećaja u upotrebi su dvije vrste operacionaliziranih kriterija DSM IV (od eng. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV revision) i MKB 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja, deseta revizija). Pacijenti s depresivnim raspoloženjem pokazuju gubitak energije i interesa, osjećaj krivnje, poteškoće koncentracije, gubitak apetita, razmišljanja o smrti i suicidu. Drugi znakovi i simptomi uključuju promjene u razini aktivnosti, kognitivnim sposobnostima, govoru i vegetativnim funkcijama kao što su spavanje, seksualna aktivnost i drugi biološki ritmovi. Najčešće je poremećeno interpersonalno, socijalno i radno funkcioniranje. Razlikovanje blage, umjerene i teške depresivne epizode zasniva se na složenoj kliničkoj procjeni koja uključuje broj, vrstu i težinu prisutnih simptoma. Opseg uobičajenih socijalnih i radnih aktivnosti često je koristan opći vodič za određivanje vjerojatnog stupnja težine 4 epizode. Da bi se dijagnosticirala blaga depresivna epizoda potrebna je prisutnost dva tipična simptoma i još bar dva druga simptoma. Socijalno i radno funkcioniranje je manje narušeno. Za umjerenu depresivnu epizodu tipično su prisutna bar dva tipična i najmanje tri druga simptoma. Prisutne su poteškoće u radnim, socijalnim i obiteljskim aktivnostima. Za umjerenu depresivnu epizodu tipično su prisutna bar dva tipična i najmanje tri druga simptoma. Prisutne su poteškoće u radnim, socijalnim i obiteljskim aktivnostima. U teškoj depresivnoj epizodi bolesnik pokazuje značajnu uznemirenost i agitaciju, osim ako ne postoji retardacija kao posebno naznačena osobina. Najčešće su izraženi gubitak samopouzdanja, osjećaj beskorisnosti ili krivnje, a suicid je velika opasnost u posebno teškim slučajevima. Za postavljanje dijagnoze potrebno je registrirati sva tri tipična simptoma te najmanje četiri druga simptoma. U tijeku teške depresivne epizode ne može se očekivati da bi bolesnik imao kapaciteta nastaviti sa socijalnim, radnim i obiteljskim aktivnostima osim u vrlo ograničenom opsegu. Da bi se postavila dijagnoza depresivne epizode, navedeni simptomi moraju trajati najmanje dva tjedna, osim u slučajevima kad su simptomi posebni teški i vrlo brzog nastanka kada to vrijeme može biti i kraće od dva tjedna. (Silić, 2013:1-4)

Osnovu u liječenju depresivnih poremećaja predstavljaju antidepresivi; ovisno o stupnju poremećaja koriste se i drugi psihofarmaci: stabilizatori raspoloženja, anksiolitici i antipsihotici. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) danas se koriste kao antidepresivi prvog izbora jer su učinkoviti, sigurni i dobro se podnose. Najbolji rezultati liječenja postižu se kombinacijom farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera.

Kognitivno-bihevioralna terapija je „aktivan, direktivan, vremenski ograničen, strukturiran pristup utemeljen na teorijskoj racionalni da su emocije i ponašanje neke osobe u velikoj mjeri određeni načinom na koji ta osoba strukturira svijet“ (Beck i sur. 1979, str 3). Kognitivno- bihevioralna terapija može se konceptualizirati kao vrsta rješavanja problema. Bolesnici dolaze s nizom problema, među kojima je i depresija. Depresivno mišljenje ih sprječava u rješavanju tih problema, pa su stoga napad na te misli sredstvo za postizanje određenog cilja, a ne cilj sam po sebi: cilj terapije je pomoću kognitivno- bihevioralnih strategija pronaći rješenja za pacijentove probleme, a ne samo pomoći bolesniku da „racionalnije“ misli. Neposredni cilj je ublažavanje ili uklanjanje simptoma. Dugoročno se iste strategije koriste za rješavanje životnih problema (poput situacijskih teškoća ili teškoća u odnosima), te sprječavanje, ili barem ublažavanje, budućih epizoda depresije (Fenel, 2008). Nova otkrića, objavljena u časopisu *The Lancet* (2013), pokazala su da kognitivno bihevioralna terapija kao vrsta psihoterapije, uz uobičajenu skrb može smanjiti simptome depresije i poboljšati kvalitetu života pacijenata. Ovo je prvo veliko istraživanje kojime se testira učinkovitost kognitivno bihevioralnog tretmana, koji se primjenjuje uz uobičajenu terapiju antidepresivima. Studija CoBaIT, financirana iz programa britanskoga Nacionalnog zavoda za istraživanje zdravlja i primjenu tehnologije u zdravstvu (NIHR HTA) ima za cilj utvrditi koji je najbolji „sljedeći korak“ za ljude čija depresija nije reagirala na terapiju koja se temeljila samo na lijekovima. Istraživački tim studije CoBaIT, kojega čine znanstvenici sa sveučilišta u Bristolu, Exeteru i Glasgowu, odabrao je 469 bolesnika rezistentnih na lijekove protiv depresije, u dobi od 18 do 75 godina, za sudjelovanje u nasumičnome kontroliranom pokusu. Pacijenti su bili podijeljeni u dvije skupine: 235 bolesnika nastavilo je uzimati svoju uobičajenu terapiju antidepresivima, a 234 bolesnika je pored uobičajene terapije antidepresivima liječeno i kognitivno bihevioralnim tretmanom. Istraživači su pratili 422 pacijenta (90%) u razdoblju od šest mjeseci i 396 pacijenata (84%) u razdoblju od 12 mjeseci kako bi usporedili njihov napredak. Nakon šest mjeseci, kod 46% onih koji su pored uobičajene medicinske skrbi bili liječeni i kognitivno bihevioralnom terapijom, stanje se poboljšalo sa smanjenjem simptoma depresije od najmanje 50%, u odnosu na 22% onih koji su nastavili samo sa uobičajenom terapijom lijekovima. Ovaj blagotvorni učinak zadržao se više od 12 mjeseci. Petković i Tupković (2007) u prospektivnoj studiji, su komparirali rezultate istraživanja funkcionalnosti (mjerenom sa Globalnom procjenom funkcionalnosti-GAF) i depresivnosti (mjerene sa Bekovom skalnom depresivnosti, BDI) grupe depresivnih pacijenata (po 30) praćenih 18 mjeseci, i to onih tretiranih samo grupnom terapijom (grupa I), samo individualnom terapijom (grupa II), te kombiniranom individualnom i grupnom terapijom (grupa III). Utvrđeno je da kombinirani psihoterapijski pristup povećava stopu funkcionalnosti neovisno o signifikantno

manjem poboljšanju depresivnosti poređeno sa grupama liječenim pojedinačnim individualnim ili grupnim tretmanom. Petković i Tupković (2006) su u svom radu prikazali rezultate prospektivnog istraživanja grupe od 12 pacijenata prosječne dobi 37.7 godina oboljelih od velike depresivne epizode tretirane samo antidepresivima i kognitivno bihevioralnim tretmanom. Rezultati govore o pozitivnim terapijskim efektima koje ova metoda može imati na oboljele.

Prikaz slučaja

R. A., stara 48 godina, iz Tuzle, udata, majka dvoje djece, po zanimanju menadžer prodaje. Živi u porodičnoj kući sa suprugom i sinom. Drugi sin oženjen, živi odvojeno. Dolazi u stanju psihičkog pogoršanja, nakon ranijeg hospitalnog i ambulantnog tretmana zbog neraspoloženja, bezvoljnosti, nesanicе, problema na poslu. Navodi da ima strah da neće moći više obavljati svoj posao koji je do sada radila i da neće moći adekvatno funkcionisati u porodici. Precipitator za navedene tegobe su: problemi na poslu, svakodnevni stres koji je doživljavala. Radila je kao kao menadžer prodaje i od svojih nadređenih **je dobila naredbu da otpusti nekoliko radnika. Zbog toga je počela dobijati prijetnje od radnih kolega kojima je prijetio otkaz. Oštetili su joj automobil, zvali je i vrijeđali na telefon.** Otišla je na bolovanje. U međuvremenu i sin je imao problema sa zakonom. Nije smjela izlaziti napolje, po čitav dan je ležala u krevetu. Zapustila je ličnu higijenu. Osamljivala se, izbjegavala je da razgovara sa ukućanima o svojim problemima. Dobila je u međuvremenu unuka ali je izbjegavala da ga vidi. Nakon toga je bila hospitalizovana na Klinici za psihijatriju UKC Tuzla pod dijagnozama: Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma F 32.2, Problemi vezani za određene psihosocijalne okolnosti Z 64, Od lijekova uzimala antidepresive (SSRI), atipični antispihotik (risperidon) anksiolitik, hipnotik.

Dosadašnji tretman: bila na individualnoj i grupnoj psihoterapiji dok je bila hospitalizovana na Klinici za psihijatriju, ali navodi da joj ti tretmani ništa nisu pomogli. Dolazak na novi tretman doživljava kao pokušaj da ponovo pomogne sebi i kao mogućnost da se riješi svojih problema jer joj je to teško sve izdržati. Na pregled je dovodi suprug.

Snaga i prednosti klijentice: inteligencija, retoričke sposobnosti, dobra materijalna situacija

Ciljevi koju su postavljeni zajedno sa klijenticom: vratiti prijašnje samopuzdanje i samopoštovanje, samostalno funkcionisati, educirati se o depresiji.

Kratkoročni ciljevi: voditi više računa o ličnoj higijeni, biti društvenija i funkcionalnija u porodici i smanjiti hospitalizacije.

Dugoročni ciljevi: ovladati vještinama za borbu protiv depresivnosti, naučiti se radovati unuku i držati ga u naručju. Povratak na posao ili penzionisanje.

Plan tretmana:

- Procjena klijentovog stanja upitnicima: Upitnici Bekove skale anksioznosti i depresivnosti
- Ordiniranje medikamentozne terapije
- Rad na usvajanju kognitivnih strategija (tehnik preusmjerenja pažnje: mentalne vježbe, ugodna sjećanja i fantazije, zanimljive aktivnosti)
- Rad na usvajanju biheviornalnih strategija (samomotrenje, planiranje aktivnosti, zadavanje stupnjevanih zadataka, tehnik relaksacije)
- Raditi na promjeni navika - vođenje dnevnika aktivnosti (postignuća i zadovoljstva)
- Kognitivna restukturacija (rad na vjerovanjima i mislima)
- Pобоljšanje samopuzdanja i samopoštovanja

Kognitivna konceptualizacija dorađena sa klijenticom

Rana iskustva: strog otac, napuštanje fakulteta. Prvo zapošljavanje u 19 godini života.

Bazično vjerovanje: „Ja sam nevoljena”. „Manje sam vrijedna od drugih”..“Ja sam loša osoba, ja ne vrijedim”.

Pretpostavka: „ Ako nisam jaka, neću moći dobro funkcionisati, ni ja ni porodica”

Pravilo: Moram više raditi da bi bila bolja od drugih i da bi bila uspješna”.

Stav: „Strašno je ne uspjeti jer ću tada biti nevoljena.

Kompenzirajuće ponašanje: Izbjegavala je društvo, izlaske. Vrijeme je provodila po čitav dan u krevetu. Nije vodila računa o ličnoj higijeni.

Negativne automatske misli: Ništa dobro ne mogu uraditi. Niko me ne voli. Neću više nikad moći dobiti posao. Niko me ne razumije. Ja sam drugačija od drugih.

Tok tretmana

Liječenje depresije je zahtjevno i kombinirani oblici liječenja dovode do stabilnije remisije bolesti. U situacijama kada je to moguće, kombiniraju se psihofarmakoterapija i psihoterapija. U prikazanom slučaju u liječenju su korišteni SSRI, individualna psihoterapija.

Kognitivno – biheviornalna procjena se zasnivala na jednostavnim načelima. U procjeni je korišten standardni instrumentarij Upitnici - Bekove skale anksioznosti

Tabela 1

Prikaz interakcije situacija i automatskih misli

Situacija	Automatska misao	Emocija	Značenje	Ponašanje
Primanje prijetećih SMS poruka	Opet mene optužuju	Strah i tuga	Ja sam neadekvatna	Povlačenje u sebe
Razgovor sa pravnicom u vezi otpremnine	Ništa dobro ne mogu uraditi	Tuga	Ja sam nesposobna za posao	Povlačenje u sebe
Razgovor s advokatom u vezi sina	Ja sam kriva za sve	Tuga	Ja nisam dobra majka	Plač i bezvoljnost

Tabela 2

Prikaz simptoma klijentice u kognitivnoj konceptualizaciji

Bihevioralni	Motivacijski	Afektivni	Kognitivni	Somatski
Izbjegavanje društva	Odsustvo zadovoljstva	Strah	Samooptuživa-nje	Malaksalost
Stalno plače	Gubitak apetita	Tuga	Dekonzracija	Preznojavanje
Svađe sa suprugom i djecom		Tuga	Nisko samopoštovanje	Gušenje u grudima

i depresivnosti. Procjena je rađena prema konceptu rada kognitivno bihevioralne terapije, gdje je pored ispunjavanja pomenutih upitnika i psihijatrijskog pregleda rađeno na uspostavljanju povjerenja i socijalizacije za tretman. Ovaj dio je trajao 3 terapijska susreta i obuhvatao je psihoedukaciju o problemu, zajedničko formiranje terapijskih ciljeva i plana tretmana. Rezultati primjenjenih Bekovih skala za mjerenje anksioznosti i depresivnosti na inicijalnom intervju su iznosili: BAI (procjena anksioznosti)- inicijalni intervju: 52 / klinički značajni nivo anksioznosti, BDI(procjena depresivnosti)- inicijalni intervju 47/ teška depresija.

Prvo, možda i središnje načelo kognitivno- bihevioralnog procjenjivanja jeste da su načini na koje se osoba ponaša određeni neposrednim situacijama, te interpretacijom koju im osoba pridaje. To dakle postaje glavni fokus procjenjivanja, s naglaskom na specifičnim problemima, a ne globalnim cjelinama. (Kirk, 2008). Nakon učenja ABC modela otkrili smo da klijentica reaguje depresivno (doživljaj emocionalne praznine, bezvoljnosti na planu ponašanja, potištenost na emocionalnom planu, te ruminiranje na kognitivnom planu). Podsjećajući je na ABC model, da ako

ne želi da se osjeća depresivno može da promeni svoje razmišljenje što bi dovelo do toga da se osjeća tužno, a to su osjećanja koja će joj pomoći da ostvari svoje dugoročne ciljeve za razliku od depresivnih osjećanja, razmišljanja i ponašanja. Ovaj proces je trajao 4 seanse.

Zatim smo u naredne četiri seanse prešli na kognitivnu restrukturaciju iracionalnih uvjerenja kroz koju je uvidjela da za njena uvjerenja nema logičkih dokaza, da nisu u skladu sa realnošću, i da joj odmažu u ostvarivanju dugoročnih ciljeva. Nakon kognitivne restrukturacije formirana su nova uvjerenja. Dodatno, uz kognitivnu restrukturaciju klijentica je podučena da prepoznaje i ispituje automatske misli, te da svoje uvjerenja testira kroz igranje uloga. Prezentacija i uvježbavanje ovih tehnika sa klijenticom su trajale dvije seanse. Na kraju ovog ciklusa klijentica je počela navoditi da osjeća poboljšanje u načinu razmišljanja te da joj se čini da će uspjeti.

U cilju bihevioralne aktivacije primjenjivane su bihevioralne tehnike u smislu povećavanja i planiranja aktivnosti u kojima klijentica osjeća zadovoljstvo, pisanje dnevnika svojih aktivnosti i pravljenje strukture dana. Prezentacija ovih tehnika i njihovo uvježbavanje je rađeno na seansama, a dijelove protokola kao i samo realizaciju planiranih aktivnosti je klijentica samostalno obavljala kao psihoterapijsku zadaću. Bihevioralne tehnike su zauzele veliki dio tretmana i njima je posvećeno 7 psihoterapijskih susreta.

Posljednju trećinu tretmana rađeno je na prevenciji povrata simptoma i jačanju samopouzdanja kod klijentice. Kao rezultat kliničke evaluacije tretmana pitao sam klijenticu da li je rješenje njenih problema rezultat unutrašnjih promjena njenog disfunkcionalnog razmišljanja ili je rezultat slučajnih promjena spoljašnjih okolnosti. Znakovi koje je ona navela kao efikasne promjene u njenom razmišljanju su bili sposobnost za efikasnu upotrebu kognitivnih i bihevioralnih strategija koje je naučila, te usvojena filozofija bezuslovnog prihvatanja sebe. Na kraju tretmana napravljeno je ponovno mjerenje na bekovim skalama za mjerenje anksioznosti i depresivnosti- BAI (procjena anksioznosti): 14 / nizak stepen anksioznosti, BDI(procjena depresivnosti): 9 / nema depresije.

Tretman je ukupno imao 20 seansi. Ostvareni su svi ciljevi postavljeni na početku terapije, a koji su se odnosili direktno na povećanje funkcionalnosti klijentice. Klijentica najveći uspjeh smatra to što se prijavila ponovo na razgovor za posao menadžera u drugoj firmi, dobila je posao, ponovo radi i uspješna je, zadovoljna je sa poslom i to što je vratila samopuzdanje da ponovo vrijedi. **Mjesec dana nakon posljednjeg tretmana** ona uspješno obavlja svoje zadatke na radnom mjestu, drugačiji način rješavanja konfliktne situacije na poslu i kod kuće. Njoj bliski ljudi su takođe vidjeli promjene i prihvatili su te njene promjene. Mnogo opuštenija, lakše obavlja svoje radne i kućne zadatke, sa unukom se igra, druži sa prijateljima. Ponovo joj porodica i posao predstavljaju zadovoljstvo.

Terapeutski odnos: Na početku tretmana bila nepovjerljiva u vezi samog tretmana. Redovno dolazila u zakazano vrijeme. U početku je odbijala da radi zadaće. Nakon nekoliko tretmana uspostavljen dobar terapeutski odnos.

Problemi/zapreke u tretmanu: U početku izbjegavala odgovore, raspravljali smo o tome da ovo stanje neće zauvijek ostati i da se može promijeniti, da je ovaj tretman pomogao i drugim ljudima poput nje, pa je postepeno sticala uvjerenje „ da može biti i drugačije“.

Zaključak

Glavni cilj ovog rada je bio prikazati dijagram kognitivne konceptualizacije sa korištenjem kognitivnih i bihevioralnih tehnika u povećanju nivoa funkcionalnosti pacijenta sa teškom depresijom. Osnov pristupa pacijentu je kognitivna konceptualizacija slučaja, bazirana na kognitivnom modelu poremećaja. Neke od tehnika koje su korištene u ovom slučaju su: tehnika rješavanja problema, dnevnik dnevnih aktivnosti, kognitivno restrukturiranje, igra uloga... Tehnike kognitivno-bihevioralne terapije u ovom su slučaju uspješno primjenjene za postizanje boljeg funkcioniranja na radnom mjestu, te smanjenju depresivnosti, što podiže kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Pacijentica se vratila na posao, te je počela ponovno raditi, a njen nivo funkcionalnosti se povećao, posebno u porodičnom okruženju. Sa smanjenjem nivoa depresije došlo je do poboljšanja kvalitete njenog života, a indirektno i života članova njene porodice. Učinkovitost KBT liječenja dokazuju i ispunjenja planova koje je postavila sama pacijentica na početku terapije, a to su: poboljšanje apetita i lične higijene, povećanje samopouzdanja i samopoštovanja, poboljšanje brige o sebi i svom izgledu (oblačenje, kosa), socijalna aktivacija (izlasci s društvom) i vraćanje povjerenja u druge.

Literatura

- Anonymous. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, fourth edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, S. J. (2010). *Kognitivna terapija za složene probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (2008) *Kognitivno- bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Mick-Šeler, E. (2013). Serotonin i zdravlje. Jakovljević M i sar. *Serotonin i depresija* (str. 25-55). Pro Mente – Zagreb
- Mihaljević, S. (2014) Depresija? Kako si pomoći? http://www.obiteljskicentar.com/media/depresivni_poremećaj; Pristupljeno 26.1.2015
- Petković, J., Tupković, E. (2006). Cognitive- behavioral therapy and treatment of patients with major depression. *Neurol Croat*, 55 (2), 165.
- Petković, J., Tupković E. (2007). Functioning and depression in patients under cognitive- behavioral psychoterapy. *Acta Medica Academica*, 36, 51-58.
- Silić, A. (2013). Metabolic syndrome, platelet 5-HT, cortisol and inflammatory markers in patients suffering from major depressive disorder. PhD thesis, Sveučilište u Zagrebu, 1-29.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgwa, N., Turner, N., Campbell, J., Garland, A., Hollinghurst, S., Jerrom, B., Kessler, D., Kuyken, W., Morrison, J., Turner, K., Williams, C., Peters, T., Lewis, G. (2013). Cognitive- behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *Lancet*, 2: 381(9864), 375-84.



PRIMJENA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNIH TEHNIKA U ODVIKAVANJU OD PUŠENJA

Emina Osmanović

Psihološko savjetovalište „ABC“

Sandra Muratović

Psihološko savjetovalište „ABC“

Sažetak

Cilj rada je prikazati terapijski model koji je razvio sistematski način učenja vještina za kontrolisanje navike pušenja. KBT za odvikavanje od pušenja je usmjerena na mijenjanje misli i maladaptivnih vjerovanja koja se nalaze u osnovi pretjeranih emocionalnih reakcija i ponašanja prisutnih prilikom odvikavanja. Kada je prisutan podražaj ili je nivo nikotina u tijelu smanjen, mozak automatski šalje poruku za nadomjestkom nikotina što se u svijesti odražava kao želja za cigaretom. Konzumiranjem cigarete zadovoljava se žudnja, povećavajući osjećaj zadovoljstva i uživanja, što održava motivacijski ciklus pušenja. KBT djeluje na povećanje kontrole nad psihološkim procesima povezanim sa nastankom i održavanjem ovisnosti o pušenju: uslovljavanje, nagrađivanje, usmjerenost pažnje na znakove, raspoloženje, osjećaje, sugestiju i slike. Program prestanka pušenja koristi različite kognitivno-bihevioralne tehnike: psihoedukacija o nastanku ovisnosti o pušenju i procesu prestanka pušenja, izrada motivacijske liste, monitoring pušenja, averzivna terapija, tehnike za mijenjanje načina mišljenja, identifikacija okolnih okidača nagona za cigaretom, imaginacija, distrakcija, racionalizacija, sistematska senzitivizacija, te progresivna mišićna relaksacija. Program uključuje tehnike preveniranja relapsa. KBT stavlja odgovornost na pušača. Bavi se mišljenjem koje održava naviku pušenja, ponašanjem – gdje i kada se dešava, te emocionalnim aspektima pušenja.

Ključne riječi: *Kognitivno-bihevioralna terapija, odvikavanje od pušenja, tehnike KBT-a*

Summary

The aim of this paper is to present the therapeutic model which has developed a systematic way for learning skills to control the smoking habit. CBT for quitting smoking is focused on changing maladaptive thoughts and beliefs that underlie excessive emotional reactions and behaviors during withdrawal. In situations when the stimulus is present or the level of nicotine in the body is decreased, the brain automatically sends a message to substitute nicotine which is reflected in the consciousness as the desire for a cigarette. Consumption of cigarettes satisfies the craving, increasing the feeling of satisfaction and enjoyment, which maintains motivational cycle of smoking. CBT works to increase control over the psychological processes associated with the maintenance of smoking: conditioning, reinforcement, attention to cues, mood, feelings, suggestion and imagery. Smoking cessation program uses a variety of cognitive-behavioral techniques: psychoeducation about smoking and quitting process, motivational lists, monitoring smoking, aversion therapy, techniques for changing thinking patterns, identification of triggers, imagination, distraction, rationalization, systematic sensitization, and progressive muscle relaxation. The program includes techniques for preventing relapses. CBT puts the smoker in charge of their own behaviour. It looks at the thinking that makes smoker continue with the habit, behavior - where and when it happens, and at the emotional aspects of smoking.

Keywords: *Cognitive-behavioral therapy, smoking cessation, techniques of CBT*

Uvod

Prema posljednjim podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2015) iz 2012. godine u Bosni i Hercegovini 44% odraslih osoba konzumira cigarete, od čega je 54.2 % muškaraca i 34.2 % žena. Procenat mladih osoba, u dobi između 13 i 15 godina, koji konzumiraju cigarete jeste 13.3%. Beck i sur. (1993) navode da je u Sjedinjenim Američkim Državama pušenje najzastupljeniji uzrok smrti koji je moguće spriječiti.

Rezultati različitih istraživanja pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija među najuspješnijim terapijama u odvikavanju od pušenja.

Sykes i Marks (2001) su u svom istraživanju usporedili efektivnost kognitivno-bihevioralne terapije u odvikavanju od pušenja sa standardnim intervencijama zdravstvene promocije Nacionalnog zdravstvenog sistema Velike Britanije. Rezultati su pokazali da je KBT program tri puta efektivniji od standardnog tretmana, te da je 3.38 puta isplativiji od kontrolne intervencije (Marks, 2005).

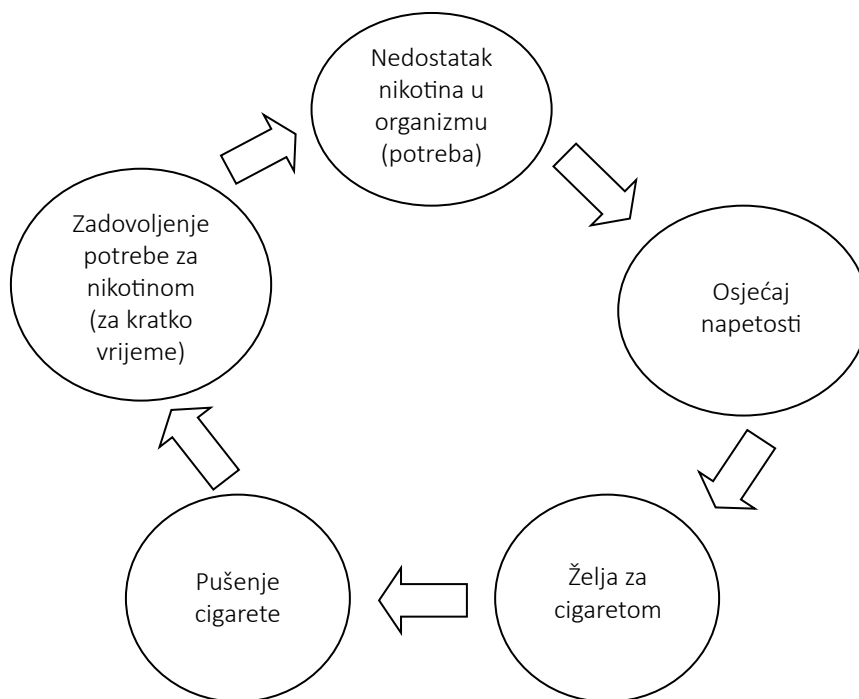
McDonalld, Colwell, Backinger, Husten, i Maule, (2003) su u svom pregledu 20 istraživanja o tretmanima odvikavanja od pušenja kod mladih osoba, došli do rezultata da je 8 od 9 uspješnih tretmana bilo zasnovano na principima kognitivno-bihevioralne terapije.

Istraživači Yale Univerziteta su u svojoj studiji pokazali da pušači koji su podučeni kognitivnim strategijama pokazuju povećanu aktivnost u prefrontalnom korteksu, dijelu mozga povezanim sa kognitivnom kontrolom i racionalnim razmišljanjem. Također, pokazuju smanjenu aktivnost u područjima striatuma, dijela mozga povezanog sa žudnjom za psihoaktivnim supstancama i nagrađivanjem (YaleNews, 2010).

Kognitivno-bihevioralna terapija u odvikavanju od pušenja i drugih ovisničkih ponašanja utiče na psihološke procese povezane sa javljanjem i održavanjem navike, kao što su uslovljavanje, nagrađivanje, usmjerenost na okidače, raspoloženja i emocije, imaginacija, sugestija (Sykes i Marks, 2001).

Kognitivni model ovisnosti

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2015) definiše ovisnost kao ponavljano korištenje supstance ili supstanci, do te mjere da je korisnik povremeno ili hronično intoksiniran, pokazuje kompulziju da uzme željenu supstancu (supstance), ima velike poteškoće u dobrovoljnom prestanku korištenja supstance i pokazuje odlučnost da dođe do psihoaktivne supstance bilo kojim sredstvima. Marks (2005) navodi da do ovisnosti dolazi kada osoba gubi kontrolu nad aktivnošću ili ponašanjem, te da je pušenje jedna od najsnažnijih ovisnosti.



Slika 1. Motivacijski ciklus pušenja

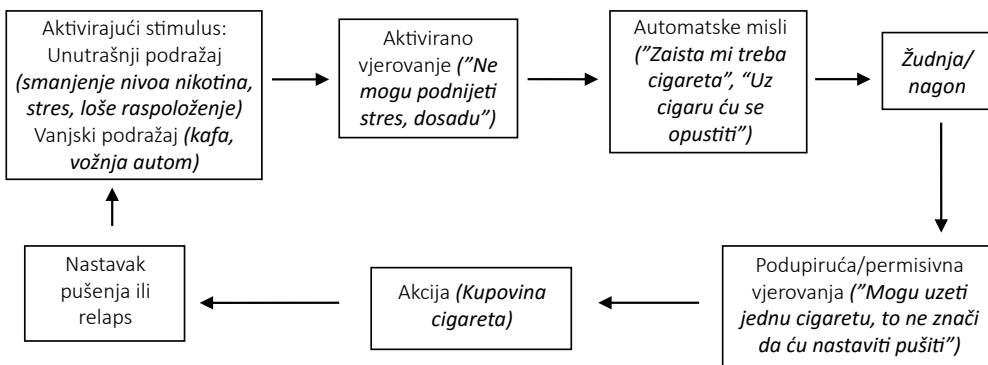
Duhan sadrži nikotin koji je odgovoran za stvaranje ovisnosti. Marks (2005) opisuje kako dolazi do ovisnosti o nikotinu. Svaka cigareta sadrži oko 10 mg nikotina, a tipični pušač unese 1 do 2 mg nikotina po cigareti. Nikotin aktivira dijelove mozga zadužene za osjećanje zadovoljstva, odnosno ugone. Trenutni efekti nikotina nestaju u nekoliko minuta, što utiče na pušača da ponovno uzima dozu nikotina, kako bi održao efekte zadovoljstva i spriječio simptome povlačenja (slika 1.). Udisanjem, svakim dimom cigarete, nikotin vrlo brzo dolazi do mozga, što znači da tokom života pušača, pušenje biva nagrađeno i potkrijepljeno stotinama hiljada puta.

Prema Beck, Wright, Newman i Liese (1993) žudnja se odnosi na želju za psihoaktivnom supstancom, dok se *nagon* odnosi na unutrašnji pritisak ili mobilizaciju da se djeluje prema žudnji, odnosno žudnja se odnosi na željenje, a *nagon* na činjenje.

Prema Beck i sur. (1993), kada osoba osjeća da nije u stanju da se odupre nagonima, tada se nagoni mogu posmatrati kao kompulzije. Kompulzije u sklopu opsesivno-kompulzivnog poremećaja predstavljaju snažan pritisak na osobu da izvrši određene radnje kako bi se odbranila od zastrašujućih događaja. Upravo, ovisnička ponašanja sadrže neke od karakteristika kompulzija. Žudnja i nagon mogu postati automatski, mogu biti imperativni, te se mogu održavati iako ih osoba nastoji potisnuti. Pušenje predstavlja automatski program, odnosno niz događaja potaknutih bez svjesnog djelovanja osobe (Marks, 2005).

Prema Beck i sur. (2005) navika pušenja ili uzimanja drugih psihoaktivnih supstanci razlikuje se od navika u svakodnevnom životu. Za razliku od svakodnevnih navika, kod navike pušenja ili uzimanja drugih supstanci javlja se žudnja ili nagon. Žudnja i nagon su povezani sa određenim podražajima, te kroz stalno ponavljanje, veza sa podražajima postaje snažnija. Kroz proces generalizacije podražaja, žudnja se javlja u sve većem broju situacija koje djeluju kao podražaji. Svaka pojedinačna situacija u kojoj pušač puši postaje različita i zasebna navika pušenja (auto, kuća, krevet, restoran, gledanje TV-a i slično). Upravo zbog toga vrlo je teško uspostaviti kontrolu nad navikom pušenja.

Osnovna pretpostavka kognitivnog pristupa jeste da misli, odnosno interpretacije određenih situacija, utiču na to kako će se osoba osjećati i ponašati (Leahy i Holland, 2000). Interpretacije situacije, odnosno misli, oblikovane su djelovanjem relevantnih vjerovanja koja se aktiviraju u određenim situacijama. Vjerovanja se oblikuju od najranijih razvojnih razdoblja, a na osnovu različitih iskustava osobe (Beck, 2011).



Slika 2. Kognitivni model pušenja

Beck i sur. (1993) opisuju kako vjerovanja i misli utiču na konzumiranje psihoaktivnih supstanci. Do konzumiranja cigarete dolazi kada se aktiviraju misli povezane sa određenom podražajnom situacijom, kao što je stres, loše raspoloženje, kafa, druženje sa prijateljima i slično. Misli, kao što su „Cigareta me opušta“, „Potrebna mi je cigareta kako bih bolje funkcionisao“, povezane su sa relevantnim vjerovanjima, npr. „Ne mogu podnijeti stres“, „Osjećam se usamljeno“, „Osjećat ću se bolje, ako zapalim cigaretu“ i slično. Dakle, situacija sama po sebi ne utiče na pojavu žudnje za cigaretom, već misli i vjerovanja koja se javljaju o određenoj situaciji dovode do žudnje i nagona. Između žudnje i djelovanja, odnosno konzumiranja cigarete, javljaju se podupiruća ili permisivna vjerovanja, kao što su: „Uredu je da zapalim cigaretu“, „Neće mi naškoditi nekoliko cigareta dnevno“, „Samo tri cigarete

sam ispušila danas, mogu si priuštiti još jednu“, „Imao sam naporan dan, zaslužujem cigaretu“ (slika 2.)

Prema Beck i sur. (1993), svaki od navedenih koraka otvara mogućnosti za kognitivnu intervenciju. U kognitivnoj terapiji propituje se značenje situacije, odnosno misli povezane sa aktivirajućim podražajem, relevantna vjerovanja koja su u osnovi automatskih misli, permisivna vjerovanja i implementacija plana da se djeluje ka zadovoljenju žudnje.

Kognitivno-bihevioralne tehnike

Motivacija

Motivacija je jedan od glavnih faktora u odvikavanju od pušenja. Miller i Rollnick (prema Beck i sur., 1993) objašnjavaju da su ovisnici zapravo ambivalentni prema promjeni navike. Oni definišu motivaciju kao „stanje spremnosti ili želje za promjenom, koje može da se mijenja s vremena na vrijeme ili iz situacije u situaciju“. Predlaže se da klijent napiše listu razloga zašto želi prestati pušiti, odnosno prednosti i nedostatke prestanka pušenja. Ukoliko opadne motivacija tokom procesa odvikavanja, klijent može uzeti papir i podsjetiti se na razloge i prednosti prestanka pušenja.

Vremensko planiranje početka odvikavanja od pušenja

Vremensko planiranje ove veoma važne promjene vrlo je važno. Marks (2005) predlaže da početak procesa odvikavanja ne bude u periodu velikih životnih promjena, kao što je promjena posla, preseljavanje, razvod ili slično. Također, ne preporučuje ulazak u proces odvikavanja za vrijeme praznika ili tokom vikenda, jer se ovi dani vrlo često razlikuju od uobičajenog rasporeda tokom sedmice. Ponedjeljak se ne preporučuje zbog ispunjenosti dodatnim stresorima nakon mirnog i ležernog vikenda.

Bihevioralne tehnike

Monitoring

Prema Marksu (2005) kognitivno-bihevioralna terapija u odvikavanju od pušenja počinje bilježenjem svake ispušene cigarete. Bilježenje se nastavlja sve do potpunog prestanka pušenja. Prilikom uzimanja cigarete klijent bilježi na predviđenoj

kartici vrijeme i dan svake ispušene cigarete. Na osnovu bilježenja, može se vidjeti koji je obrazac navike pušenja prisutan, odnosno u kojim dijelovima dana klijent više puši ili da li je češće pušenje povezano sa stresom ili nekim drugim osjećanjima. Kartice nude korisne i objektivne informacije o smanjenom broju konzumiranih cigareta, što može imati motivacijsku funkciju za klijenta u daljem prestanku pušenja. S obzirom da pušenje nakon dužeg vremena postaje automatski program i osoba svjesno ne primjećuje kada uzima cigaretu, Marks savjetuje da se stavi gumica oko kutije cigareta koju klijent mora skinuti svaki put kada želi zapaliti cigaretu. Gumica ima ulogu da upozori klijenta da je automatski program pušenja aktiviran.

Vježbe imaginacije

Klijent se instruiira da zamisli situaciju u kojoj je izložen nekim od podražaja koji dovode do konzumiranja cigarete (Marks, 2005). Međutim, u imaginaciji klijent ne uzima cigaretu i ne puši. Savjetuje se da klijent više puta zamisli scenu, nastojeći ostati smiren i opušten što je više moguće, sve dok ne postigne da se može smireno suočiti sa podražajem bez pušenja. Vježbe imaginacije trebale bi se odvijati u opuštenom položaju bez distraktora, nekoliko minuta svaki dan.

Distrakcija

Leahy i Holland (2000) navode da se distrakcija može koristiti kada klijent nije još naučio racionalno odgovaranje na misli, kada su misli i emocije preplavljujuće i klijent ne može drugačije da se suoči sa njima, ili kada je klijent preplavljen intruzivnim sjećanjima i slikama. Leahy i Holland naglašavaju da se distrakcija koristi samo kao privremeno rješenje. Marks (2005) predlaže da se distrakcija koristi kada se klijent bori sa željom da zapali cigaretu i željom da se odupre pušenju. Umjesto da se bori sa željom za cigaretom, klijent može da svoju pažnju svjesno okupira nekom fizičkom ili mentalnom aktivnošću, kao što je trčanje, sport, čitanje knjige, ispunjavanje križaljki, poziv prijatelju, gledanje filma ili slično.

Relaksacija

Prije podučavanja nekim od načina relaksacije, kao što je progresivna mišićna relaksacija, disanje i drugo, neophodno je klijentu dati racionalu za takvu tehniku (Leahy i Holland, 2000). Relaksacija je metod za postizanje stanja koje je u suprotnosti sa simptomima napetosti i stresa koji se često javljaju prilikom odvikavanja od pušenja. Relaksacija pomaže klijentu da stekne veću kontrolu nad svojim tjelesnim reakcijama.

Vizualizacija

Tehnika vizualizacije koristi elemente relaksacije i distrakcije (Leahy i Holland, 2000). Pomaže klijentu da se opusti i smiri, što mu pomaže da se lakše suoči sa

stresom i anksioznošću koji se javljaju prilikom odvikavanja od pušenja. Osoba zamišlja opuštajuće scene ili priziva ugodna sjećanja.

Lista pohvala

Klijent se uči da sam sebe pohvali za ostvarene rezultate. Često su klijenti usmjereni na negativne događaje i kažnjavanje sebe zbog grešaka. Zapisivanjem pohvala, klijent sam sebe ohrabruje u procesu prestanka pušenja i povećava broj pozitivnih misli. Ukoliko se klijent obeshrabri, može uzeti papir na kojem su zapisane pohvale i čitanjem podsjetiti sebe na već postignute uspjehe.

Kognitivne tehnike

Identifikacija okidača

Klijent se podučava da zapisuje situacije, odnosno podražaje, kada konzumira cigarete. Zapisivanjem, klijent postaje svjestan koje tačno situacije/podražaji djeluju na javljanje želje za cigaretom. Nakon što klijent postane svjestan svih podražaja koji utiču na javljanje žudnje za cigaretom, a na koje je inače automatski reagovao paljenjem cigarete, spreman je da nauči tehnike da reaguje drugačije. Prema Marksu (2005) prosječan pušač ima 25 do 30 različitih okidača. Najčešći okidači su: jutarnje buđenje, završetak obroka, gledanje TV-a, pijenje kafe ili alkohola, loše raspoloženje, osjećaj odbačenosti ili usamljenosti, vožnja auta, započinjanje/završavanje neke aktivnosti, druga osoba koja puši i slično.

Identifikacija misli i osjećanja

Klijent zapisuje koje su to misli i osjećanja koje su se javile u situaciji kada je osjetio žudnju i nagon za cigaretom. Na ovaj način postaje svjestan svojih misli i podržavajućih/permisivnih vjerovanja o pušenju cigareta. Klijent se podučava da u situaciji kada uzima cigaretu zapita sebe i zapiše šta je dovelo do želje za cigaretom, koje misli ili slike i osjećaji su prethodili uzimanju cigarete (Tabela 1.) (Getselfhelp.co.uk, 2015).

Odgovaranje na automatske misli

Nakon što klijent osvijesti koje su to situacije, misli i osjećaji koji djeluju na pojavu želje za cigaretom, terapeut vodi klijenta kroz metode u razvijanju racionalnog odgovora na automatske misli. Marks (2005) navodi primjer racionalnog odgovora na želju za cigaretom prilikom ispijanja kafe i misli koje se pri tome javljaju: „*Kafa nije kafa bez cigarete*“, „*Ne mogu započeti dan bez jutarnje kafe i cigarete*“. Racionalan odgovor glasilo bi: „*Želja za cigaretom je samo automatski odgovor na kafu. Samo zato što pijem kafu, ne znači da želim i pušiti. Sljedeći put kada budem pila kafu, neću da*

Tabela 1

Zapis situacija-misli-emocija (Getselfhelp.co.uk, 2015)

Situacija (Šta? Kada? Gdje? S kim?)	Misli (Šta mi je prošlo kroz glavu prije nego što sam osjetila žudnju – misao ili slika?)	Emocije (Koju emociju sam osjetila? Šta sam tada osjetila u tijelu?)	Intenzitet žudnje
Svađa sa šefom na poslu.	Baš sam se nasekirala, ne mogu normalno razmišljati, moram zapaliti jednu.	Uznemirenost. Žudnja u tijelu.	80%

automatski pušim.“ Ovaj autor predlaže da bi racionalni odgovori trebali biti asertivni, izgovoreni na zahtjevan i ubjedljiv način. Klijent bi trebao da zapisuje racionalne odgovore i ponavlja ih u situacijama kada se javi želja za pušenjem. Ponavljanjem i memorisanjem, racionalni odgovor počinje da funkcioniše kao automatski program.

Također predlaže da se ova tehnika može koristiti za razvijanje i mijenjanje automatskih misli koje podupiru pušenje u misli koje su u suprotnosti sa osjećajem zadovoljstva prilikom pušenja. Navodi da bi klijent u početku terapije trebao da zapali cigaretu svaki put kada za to osjeti potrebu, ali da je puši svjesno i sa koncentracijom, i pri tome ponavlja misli kao što su: „*Ova cigareta mi ne pričinja zadovoljstvo. Ovo je neugodno iskustvo. Ova cigareta čini da se osjećam loše. Gubim želju da pušim.*“. Uparivajem negativnih misli sa pušenjem, trebalo bi dovesti do smanjenja želje za pušenjem.

Coping kartice

Coping kartice su kartice manje veličine koje klijent nosi sa sobom ili drži u blizini i čita obično po dogovoru (Beck, 2011). Coping kartice mogu služiti da klijent zapisuje ključne automatske misli sa jedne strane, s adaptivnim odgovorom, formulisanim tokom terapije, sa druge strane. Kada klijent osjeća jaku želju za cigaretom uz javljanje podržavajućih misli, može da uzme karticu i pročita ranije sastavljene odgovore. Također, kartice se mogu koristiti za zapisivanje argumenata protiv racionalizacija koje su česte kod osoba koje prestaju sa pušenjem, kao što su: „*Samo ću zapaliti ovu cigaretu.*“, „*Zaslужila sam jednu cigaretu nakon napornog dana.*“.

Sistematska senzitivacija

Ova tehnika se koristi za senzitivaciju klijenta na efekte pušenja i djelovanja pušenja na organizam (Marks, 2005). Dok osoba uzima, pali i puši cigaretu ili zamišlja te korake, terapeut slikovito opisuje korak po korak, sliku po sliku, sve negativne

efekte konzumiranja cigareta po svaki dio tijela. Uparivanjem vrlo negativnih slika koje odslikavaju šta se zapravo dešava sa organizmom tokom pušenja, stvara se snažna veza negativnih slika sa procesom pušenja. Asocijacija je toliko snažna da se prilikom želje za cigaretom javlja niz automatskih upozorenja osobi da ne zapali cigaretu.

Preveniranje relapsa

Veoma je česta pojava da pušači nakon nekog perioda bez cigareta ponovno počnu pušiti. Hunt, Barnett i Branch (1971, prema Beck i sur., 1993) proveli su istraživanje koje je pokazalo da je kod ovisnika o heroinu, nikotinu i alkoholu došlo do relapsa unutar 3 mjeseca nakon tretmana. Marlatt i Gordon (1985, prema Beck i sur., 1993) predložili su model prema kojem značaj pridaju osjećaju kontrole i samoefikasnosti kod osobe. Kada se osoba suoči sa visoko rizičnim situacijama, ovaj osjećaj postaje ugrožen. Visoko rizične situacije mogu biti negativna ili pozitivna emocionalna i fizička stanja, konflikt, socijalni pritisak ili izloženost psihoaktivnim supstancama. One osobe koje imaju razvijene vještine suočavanja, što povećava osjećaj samoefikasnosti, imaju manju vjerovatnoću relapsa. Osobe koje nemaju ili imaju manji broj vještina suočavanja doživljavaju smanjen osjećaj samoefikasnosti i imaju povećan rizik za relaps.

Kako bi spriječili da se to desi, Marks (2005) predlaže novim nepušačima osvještavanje i praćenje psiholoških faktora koji se javljaju kod nepušača, učenje novih vještina suočavanja sa problemima, povećanje fizičke aktivnost, održavanje tjelesne težine, učenje vještina odupiranja socijalnim pritiscima, podsjećanje i zapisivanje koristi od prestanka pušenja i uspostavljanje nove životne ravnoteže čiji dio nije pušenje.

Ukoliko se ipak desi da klijent zapali cigaretu, autor predlaže averzivnu terapiju, koja se sastoji u tome da klijent ispuši do kraja cigaretu koju je zapalio, zatim odmah zapali drugu, treću, petu sve dok ne osjeti takvu mučninu da ne može više da puši.

Zaključak

Kognitivno-bihevioralna terapija u odvikavanju od pušenja pokazala se jednim od najuspješnijih tretmana navike pušenja. KBT je psihoterapija koja djeluje na pretjerane emocionalne reakcije i disfunkcionalna ponašanja kroz mijenjanje pogrešnih ili iskrivljenih misli i maladaptivnih vjerovanja, odnosno djelujući na misli i vjerovanja smanjuje osjećaj zadovoljstva i nagrade koji se javljaju prilikom pušenja cigareta. KBT se ne oslanja na moć volje, kao većina drugih programa odvikavanja od pušenja, već nudi niz tehnika koje dokazano pomažu u promjeni navike pušenja.

Također, nudi tehnike za prevenciju relapsa, što drugi programi ne nude. KBT je siguran i prirodan pristup odvikavanju od pušenja, bez neželjenih efekata, te je prikladan i za trudnice. KBT se bavi uzrocima pušenja i stavlja odgovornost na pušača.

Literatura

- Beck, A., Wright, F., Newman, C. i Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Osnove kognitivne terapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Getselfhelp.co.uk (2015) *Cognitive-Behaviour Therapy Self-Help Resources*, <<http://www.getselfhelp.co.uk/index.html>>, Pristupljeno 20. januara 2015.
- Leahy, R. i Holland, S. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Marks, D. (2005). *Overcoming Your Smoking Habit*. London: Robinson.
- McDonalld, P., Colwell, B., Backinger, C., Husten, C. i Maule, C. (2003). *Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel*. <<http://helpingyoungsmokersquit.org/media/file/AJHBSup2Vol27No5McDonald4.pdf>>, Pristupljeno 20. aprila 2014.
- Sykes, C. i Marks, F. (2001). *Effectiveness of a cognitive behavior therapy self-help programme for smokers in London, UK*. <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/255.full>>, Pristupljeno 20. aprila 2014.
- YaleNews (2010). *YaleNews*, <<http://news.yale.edu/2010/08/02/our-brain-can-be-taught-control-cravings-yale-researcher-finds>>, Pristupljeno 20. aprila 2014.
- WHO (2015) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*, <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/>. Pristupljeno 20. januara, 2015.
- WHO (2015) *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013*, <http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/bih.pdf?ua=1>. Pristupljeno 20. Januara, 2015.



PRIMJENA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE U TRETMANU DEPRESIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Edina Teskeredžić

Centar za mentalno zdravlje Tuzla

Sažetak

Cilj ovog rada je prikazati učinak kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u kombinaciji sa psihofarmakoterapijom u tretmanu pacijentice s depresivnim poremećajem. U radu sa pacijenticom kognitivnom konceptualizacijom identificirano je bazično, posredujuće vjerovanje i stavovi pacijentice što je na kraju rezultiralo uspjehom u oporavku kako u socijalnoj adaptibilnosti, povećanju nivoa samopouzdanja i samopoštovanja, te adekvatnijim iznalaženjem rješenja za aktuelne i buduće probleme. Sve to je rezultiralo podizanjem opšte kvalitete života kako pacijentice tako i čitave njene porodice. Bihevioralne i kognitivne tehnike korištene su u kombinaciji sa lijekovima i to antidepresivi, anksiolitici i hipnotici. Od bihevioralnih tehnika primjenjene su tehnika samoopažanja, vođenje dnevnika i funkcionalna analiza ponašanja, a od kognitivnih tehnika su korišteni psihoedukacija, kognitivna restrukturacija, tehnike rješavanja problema i tehnike opuštanja.

Ključne riječi: *kognitivno bihevioralna terapija, depresija, prikaz slučaja*

Summary

The aim of this paper is to present the effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) combined with pharmacotherapy when treating patient with recurrent depressive disorder. During treatment a basic and intermediary belief and attitudes of patients were identified using cognitive conceptualization which resulted in the success in the recovery of social adaptability, increasing the level of self-confidence and self-esteem, and finding adequate solutions to current and future problems. All this has resulted in raising the overall quality of life to patients and the whole of her family. Behavioral and cognitive techniques were used in combination with pharmacotherapy. Behavioral techniques that have been applied include self-perception, journal and functional analysis of behavior, and cognitive techniques include education about problem, cognitive restructuring, problem solving, mastering and relaxation techniques.

Uvod

Depresija je duševni poremećaj velike učestalosti, prisutna u svim kulturama svijeta. Predstavlja veliki javno-zdravstveni problem zbog velike učestalosti javljanja, izrazitog gubitka radne sposobnosti, povećanog rizika od somatskih oboljenja. Od 1910 godine od kako se prati depresija je u stalnom porastu. Prema broju oboljelih, depresija je sada na četvrtom mjestu, a smatra se da će do 2020 godine biti na drugom mjestu po učestalosti. Vjeruje se kako 60% samoubistava čine depresivne osobe. Depresiju karakterizira pojava kraćih ili dužih depresivnih epizoda (Jakovljević, 2013). Prema MKB-10 (SZO, 1992) za dijagnozu depresivne epizode potrebno je prisustvo najmanje 2 od 3 zajednička ili temeljna simptoma i najmanje 2 od 7 dodatnih simptoma u trajanju od dvije nedelje. Temeljni ili zajednički depresivni simptomi su:

1. Smanjeno ili depresivno raspoloženje koje definitivno nije normalno ili uobičajen za određenu osobu, prisutno veći dio dana i gotovo svaki dan, bez većeg uticaja životnih okolnosti
2. Gubitak interesa i zadovoljstva (anhedonija) u uobičajenim životnim aktivnostima koje inače pružaju zadovoljstvo, zabavu i užitek
3. Smanjenje ili gubitak životne energije i pojačano zamaranje

Dodatni depresivni simptomi su: 1. gubitak samopouzdanja i samopoštovanja; 2. bezrazložan osjećaj samoprijekora i bezrazložna krivnja; 3. ponavljajuće misli o smrti ili samoubistvu ili bilo koje potencijalno suicidalno ponašanje; 4. subjektivni osjećaj ili evidentno smanjena sposobnost koncentracije i razmišljanja, te neodlučnost i kolebljivost; 5. promjena psihomotorne aktivnosti u vidu psihomotorne otkočenosti, nemira, agitacije ili psihomotorne usporenosti, zakočenosti ili inhibicije; 6. poremećaji spavanja u vidu nesanice ili pretjeranog spavanja; 7. promjena apetita bilo da je smanjen ili pojačan, a što može biti praćeno sa gubitkom ili porastom na tjelesnoj težini. Ako simptomi traju kraće od dvije nedelje, govorimo o kratkotrajnoj depresivnoj epizodi koja može biti prolazna reakcija na stres, sastavnica premenstrualnog disforičnog poremećaja ili pojavni oblik ponavljajućeg kratkog depresivnog poremećaja. Ako su prisutna 2 zajednička i 2 ostala depresivna simptoma radi se o blagoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna 2 zajednička i 3-4 ostala simptoma, riječ je o umjereno izraženoj depresivnoj epizodi a kada su prisutna sva 3 zajednička i najmanje 5-6 ostalih simptoma to je teška depresivna epizoda. Kada su prisutni vitalni simptomi (gubitak interesa, životne radosti i zadovoljstva), nedostatak reaktivnosti na okolinu i događaje, rano buđenje dva ili više sati ranije od uobičajenog, jutarnje pogoršanje raspoloženja, objektivni znaci psihomotorne otkočenosti ili zakočenosti i usporenosti, značajan gubitak apetita, gubitak težine više od 5% u mjesec dana, izraženo smanjenje libida, radi se o depresivnoj epizodi sa somatskim sindromom. Ako je

prisutna pretjerana potreba za spavanjem (hipersomnija) ili pojačan apetit, obično želja za slatkim govori se o tzv. atipičnoj depresivnoj epizodi. Ako kliničkom slikom dominira izražena psihomotorna otkočenost i nemir radi se o tzv. burnoj ili agitiranoj depresivnoj epizodi, za razliku od tzv. tihe ili inhibirane depresivne epizode. Katkada u kliničkoj slici dominira poremećaj apetita i prehrane, pa razlikujemo hipofagičnu ili anoreksičnu depresivnu epizodu koja je praćena velikim gubitkom na težini od hiperfagične ili bulimične depresivne epizode koja je povezana s pretilošću. Kada su prisutne sumanute ideje i halucijacije s negativnim sadržajem za bolesnika govorimo o psihotičnoj depresivnoj epizodi. (Jakovljević,2013).

Uzroci nastanka bolesti su najčešće kombinacija bioloških, genetskih i psihofizičkih činioca, načelno kombinacija endogenih i egzogenih faktora . Biološki faktori koji su povezani sa depresijom su: neurohemijska etiologija (snižena aktivnost biogenih amina - noradrenalin, serotonin i dopamin), hormonska etiologija (u depresiji dolazi do smanjenog otpuštanja hormona rasta, TSH, luteinizirajućeg hormona i folikulostimulirajućeg hormona) i genetska etiologija (uz jednog roditelja sa velikim depresivnim poremećajem rizik od poremećaja raspoloženja kod djeteta je 10-13%) (Kaplan ,1998).

U psihosocijalnim etiološkim faktorima dominiraju objašnjenja psihoanalitičke i kognitivne teorije. Prema psihoanalitičkoj teoriji depresija se tumači simboličkim ili stvarnim gubitkom voljene osobe ili objekta što se doživljava kao odbacivanje, a prema kognitivnoj teoriji depresija se tumači prisutnošću kognitivne trijade koju čine: 1. negativno viđenje samog sebe („stvari su loše jer ja sam loš“); 2. negativna interpretacija događaja („sve je oduvijek bilo loše“); 3. negativistički pogled na budućnost (očekivanje neuspjeha). Među ostale etiološki faktore ubrajamo: teško djetinjstvo sa zlostavljanjem (psihičko, fizičko, seksualno), rani gubitak roditelja, pritisci porodice i na poslu, gubitci (partner, posao...), suočenje sa somatskom bolešću ili invaliditetom, osobine ličnosti (anankastični, ovisni tip ličnosti), nedostatak podrške okoline, siromaštvo, samci (neudat/neoženjen; rastavljeni), alkohol (depresor CNS-a); upotreba psihoaktivnih supstanci i sl. (Kaplan, 1998).

Kod diferencijalne dijagnoze razmišlja se o: poremećajima raspoloženja zbog opšteg zdravstvenog stanja (npr. tumor na mozgu, metaboličke bolesti, HIV, Cushingovsy i sl), shizofreniji, shizoafektivnom poremećaju-depresivnog tipa, bipolarnom afektivnom poremećaju - sadašnja epizoda depresivna, poremećaju raspoloženja prouzrokovanom psihoaktivnim tvarima, poremećaju ličnosti, poremećaju prilagodbe sa depresivnim raspoloženjem i drugim stanjima (Kaplan, 1998).

Ciljevi u liječenju depresije su: reducirati i eliminirati depresivne simptome, povratiti funkcionalnost kao što je bila prije bolesti i smanjiti mogućnost relapsa. U farmakoterapiji depresije antidepressivi su lijekovi prvog izbora, a pored antidepressiva

koriste se stabilizatori raspoloženja i antipsihotici za teže, hronične ili psihotične oblike depresivnog poremećaja. U liječenju blage depresije ne preporučuju se antidepresivi. Pacijentima sa perzistirajućom blagom depresijom preporučuju se programi samopomoći bazirani na kognitivno –bihevirolnoj terapiji, kognitivne vježbe i higijena spavanja. Ako se kod umjerene depresije uključe antidepresivi, prvi izbor su SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina). Kod teške depresije primjenjuje se kombinacija antidepresiva i kognitivno-bihevirolne terapije. Pacijenti sa dvije i više depresivnih epizoda zahtjevaju kontinuirano liječenje antidepresivnom terapijom dvije godine (National Institute for Clinical Excellence,2004). Liječenje depresije se odvija u tri faze. Prva faza traje četiri do šest nedelja, a smanjenje simptoma se očekuje već nakon 2-3 nedelje liječenja i to za 40-50%. Ako je postignut dobar učinak, slijedi druga faza liječenja - terapija održavanja koja treba trajati godinu dana poslije čega se doza lijeka postepeno umanjuje i ukida. U bolesnika kod kojih su se depresivne epizode javljale sa velikom učestalosti treba nastaviti sa profilaktičkom terapijom koja traje najmanje 5 godina, nekad i doživotno. Dugotrajnu terapiju antidepresivima treba većina bolesnika sa dvije ili više depresivnih epizoda. Svi depresivni bolesnici, bez obzira na primjenu farmakoterapijskog liječenja, zahtjevaju primjenu i psihoterapije. Izbor psihoterapijske metode ovisi o specifičnim ciljevima terapije, strukture ličnosti pacijenta i motivacije za terapiju. Kod liječenja depresije najbolji učinak se očekuje od kombinovane terapije i to psihofarmakoterapije i psihoterapije (Kučukalić, 2011).

Kognitivno bihevirolna psihoterapija je vrsta tretmana koja se može primeniti kod svih oblika depresije i predstavlja psihoterapijsku metodu izbora za tretman ove bolesti. Istraživanja koja je započeo Aaron Beck (1960) pokazuju da depresivni ljudi imaju mnogo negativističkih misli o sebi, o svijetu u kojem žive i o svojoj budućnosti. Obično misle da su po mnogo čemu manjkavi i da ih drugi ljudi ne žele ili ne podržavaju. Zbog toga vjeruju da nemaju mogućnost za rješavanje svojih teškoća i svoju budućnost vide beznadnom. Pokušavaju sačuvati ono malo mogućnosti koje imaju, postaju pasivni ili se povlače i nastoje dobiti ohrabrenje drugih. Njihovo depresivno emocionalno stanje nepovoljno utiče na pamćenje, pa se selektivno prisjećaju različitih situacija iz prošlosti kada su doživjeli neuspjeh. Skloni su sebe ne nagrađivati za uspjeh, ne reagirati na nagrade, a kada ne uspiju ostvariti svoje standarde ili ciljeve, znaju sami sebe jako kažnjavati. Doživljaj samog sebe je negativan i primjetan je raskorak između toga kako vide sebe i šta misle o tome kakvi bi trebali biti (Henriques,Davidson,2000;Rehm,1977). Kognitivno bihevirolna terapija pomaže oboljelim da prepoznaju greške u načinu razmišljanja i disfunkcionalno ponašanje. Veliki dio tretmana temelji se na ovdje i sada, a glavni cilj terapije je pomaganje pacijentima da u svom životu ostvare željene promjene. Rješavanje problema je važan integralni dio tretmana. Svi aspekti terapije se eksplicitno tumače klijentu, a

terapeut i pacijent se trude zajednički raditi u suradničkom odnosu u kojem zajedno planiraju strategije za jasno definirane probleme. Terapija je vremenski ograničena i ima dogovorene ciljeve (Hawton, Salkovskis, Kirk, Clark, 2008).

Prikaz slučaja

Stručnu pomoć pacijentica je zatražila zbog depresivnih simptoma i to neraspoloženja, plačljivosti, bezvoljnosti, stalnog umora koji je posebno bio izražen u jutarnjim satima, pojačane pospanosti, osamljivanja, negativnih ruminacija i sl. Pacijentica se žalila da osjeća stid zbog „ovakve situacije“ u kojoj se nalazi, misli da je sada „teret“ i to posebno svojoj djeci, ima dojam da je odbačena od nekih prijatelja, „da joj je prošlost i budućnost nikakva“. Do sada nije imala suicidalne misli „jer to ne bi napravila djeci“. Tegobe su posebno izražene od prije 1 god. I to nakon razvoda od supruga, a nedugo prije toga klijentica je izgubila posao. Pacijentica je rođena kao drugo od četvero djece. Rano djetinjstvo je bilo „uz probleme“, kako opisuje „tužno, nesretno i stresno“, imala je noćne strahove, a posebno se bojala oca. Brak roditelja je bio loš, otac je bio potator, a u tom stanju je bio nasilan prema ukućanima i to posebno prema majci, bratu i starijoj sestri, majku je na kraju „obogaljio“. Poslije razvoda niko od djece nije bio u kontaktu sa ocem koji je izvršio suicid 2004 godine.

Završila je redovno školovanje za trgovca, a potom jedno vrijeme nije mogla naći posao u struci te je radila za nadnicu na poslovima čišćenja u gradu ili na benzinskoj pumpi i na taj je način pomagala majku („ništa joj nije bilo teško raditi“). Udala se sa 20 godina, ima dvoje djece. Poslije udaje brak je bio skladan. Problemi sa alkoholom kod supruga počinju na početku rata, a misli da je prepoznala probleme 1997 godine. Pacijentica je 2001 godine pokrenula brakorazvodnu parnicu „da bi supruga natjerala da prestane da pije“ što je i uradio ali na kraće vrijeme te se ponovno vraća ovisnosti. Pacijentica je prije 15 godina otvorila vlastitu prodavnicu gdje je radila do prije 3 godine kada ju je zatvorila, a nedugo potom suprug je otvorio novu prodavnicu ali na svoje ime kada je preuzeo i kućne finansije. U međuvremenu, bivši suprug se dosta zadužuje te potom i pacijentica i on ostaju bez posla ali i u velikom dugu i to „posebno kod prijatelja“. Pacijentica je od godinu dana nezaposlena i nema nikakvih prihoda, razvedena je godinu dana. Postavljena medicinska dijagnoza je teški depresivni poremećaj bez psihotičnih simptoma.

Snage i prednosti kod pacijentice su motivisanost za tretman, podrška od djece i sestara koje su imale slična bračna iskustva.

Tok tretmana

Na početku tretmana u fazi procjene pacijentica je ispunila upitnike: Bekova skala depresivnosti i Bekovae skale anksioznosti, te je uključena psihofarmakoterapija: antidepresivni, anksiolitici i hipnotici. Sa pacijenticom su postavljeni zajednički ciljevi koji su podjeljeni u kratkoročne i dugoročne. U kratkoročne su spadali: aktivacija u kući, uvođenje svakodnevnih šetnji i druženje sa prijateljima. U dugoročne su spadali: učenje vještina nošenja sa depresijom, suočavanje sa okolinom (razgovor sa ranijim prijateljima kojima je bivši muž ostao dužan vratiti novac) i pokušati pronaći posao ili penzionisati se.

Upotrebene bihevioralne intervencije tokom tretmana su vođenje dnevnika svakodnevnih aktivnosti, povećanje broja i trajanja ugodnih aktivnosti, trening asertivnosti i tehnike relaksacije. Od kognitivnih strategija upotrebene su tehnike: preusmjeravanja pažnje, mentalne vježbe, ugodna sjećanja i fantazije, zanimljive aktivnosti. Radilo se na promjeni navika kroz vođenje dnevnika aktivnosti i bilježenje osjećanja postignuća i zadovoljstva, prezentacije i upotrebe tehnike rješavanja problema i bihevioralnog eksperimenta. Zajednički je urađena kognitivna restrukturacija kroz rad na vjerovanjima, očekivanjima i korekcija nefunkcionalnog bazičnog vjerovanja. Sve to je dovelo do poboljšanja samopouzdanja i samopoštovanja i opteg stanja pacijentice.

Kognitivna konceptualizacija

Rana iskustva koja nalazimo su da je otac potator i zlostavljač zbog čega se kod pacijentice razvija strah koji je posebno usmjeren na majku „da ne bi bila povrijeđena” od strane oca. U isto vrijeme majka je uvijek uplašena, tužna i u situaciji da „ne može nikom od njih pomoći”. Majka je obolila i to nakon što ju je otac fizički povrijedio (povreda kičme). Kroz rano djetinjstvo kod pacijentice dominira nedostatak ljubavi, pažnje, nasilje, ekonomska i emocionalna nesigurnost. Kasna iskustva su da je suprug potator i nezainteresovan za stanje porodice, odlazak kćerke u inostranstvo i ekonomski problemi koji su nastali zbog zaduživanja supruga

Bazično vjerovanje kod pacijentice je da je bespomoćna, bezvrijedna, slaba i nevoljena. Njene pretpostavke koje su sa tim u vezi su: „Ako pokažem drugima svoje slabosti vidjeti će da ne vrijedim; Ja moram biti jaka; Moram se maksimalno davati da bi me volili”. Pored toga, identificirane su sljedeće negativne automatske misli: Ja sam teret; tražim milostinju; svima sam opterećenje, opterećujem djecu i sl. Kompenzatorno ponašanje koje je uočeno je izbjegavanje druženja i pasivizacija

U početku tretmana pacijentica je nepovjerljiva i sumnjičava. Na jednom susretu razgovarale smo o efikasnosti tretmana i o tome da je ovaj tretman pomogao

i drugim osobama koje su imale slične tegobe te joj je tada ponuđena i odgovarajuća literatura koju je prihvatila “da pogleda”. Već na sljedećem susretu dolazi do pomaka u pogledu povjerenja, pacijentica postaje zainteresovana “da joj bude bolje”, redovna je u susretima, u ispunjavanju dogovora, u obavljanju domaćih zadaća.

Relevantni podaci iz djetinjstva

Otac nasilan, potator
Majka je tiha, povučena, uplašena,
a potom i teško boesna
Razvod roditelja

Kasna iskustva

Suprug potator, nezainteresovan za stanje porodice
Odlazak kćerke u inostranstvo
Ekonomski problemi nastali zbog zaduživanja supruga
Razvod

Bazično vjerovanje

Ja sam bespomoćna, bezvrijedna, slaba sam, nevoljena.

Stav: Moram biti jaka i maksimalno se davati da bi me volili ili ću biti odbačena

Pretpostavka: Ako pokažem drugima svoje slabosti vidjet će da ne vrijedim;

Pravilo: Drugi o meni moraju imati lijepo mišljenje

Situacija 1

Izlazak sa prijateljicom
na ručak

Automatska misao

Ja sam joj teret,
tražim mlostinju
Svima sam opterećenje

Značenje AM1

Ja sam slaba, bespomoćna,
bezvrijedna

Emocija

tuga, stid

Ponašanje

plač, povlačenje i
izbjegavanje druženja

Situacija 2

Djeca joj kupuju
poklon

Automatska misao

Opterećujem djecu

Značenje AM2

Ja sam bespomoćna

Emocija

tuga

Ponašanje

plač, povlačenje

Situacija 3

Susret sa
starom prijateljicom

Automatska misao

Ona zna u kakvoj sam
finansijskoj i
bračnoj situaciji

Značenje AM3

Ja sam slaba bezvrijedna,
nevoljena, napuštena

Emocija

tuga, stid

Ponašanje

plač, povlačenje
i izbjegavanje druženja

Diskusija

Tretman je trajao 18 seansi uz sesiju praćenja koja je održana tri sedmice nakon posljednje terapijske seanse. Na tom susretu većinu vremena smo posvetile u razgovoru o prevenciji povrata simptoma analizirajući moguće stresore i načine na koji se može adekvatno tome suprostaviti.

Ostvareni su svi ciljevi koji su postavljeni na početku terapije te je pacijentica postala aktivnija. U međuvremenu je kontaktirala prijatelje sa kojima se suočila, usvojila je tehnike za rješavanje i suočavanje sa problematičnim situacijama, angažovala se u traženju posla, zadovoljnija je svojim životom, smirenija je i opuštenija.

Bazično vjerovanje prije početka tretmana je bilo da je bezvrijedna, bespomoćna, nemoćna i nevoljena, a zamjenjeno je funkcionalnijim „*Vrijedna sam, voljena sam*”.

Stav: „*Moram biti jaka i maksimalno se davati da bi me volili ili ću biti odbačena*”, pretpostavka: „*Ako pokažem drugima svoje slabosti vidjet će da ne vrijedim*” i pravilo: „*Drugi o meni moraju imati lijepo mišljenje*” je također zamjenjeno što je dovelo do podizanja nivoa samopouzdanja i samopoštovanja. Evaluacijom prednosti i nedostataka disfunkcionalnih vjerovanja pacijentica je stekla sposobnost za realističniju procjenu svojih problema, ojačala je sistem samokontrole kao i asertivnost.

Na seansi praćenja ispunjen je i Beckov inventar za anksioznost i depresivnost. Rezultat na skali anksioznosti je iznosio 7 **što** pokazuje nizak nivo anksioznosti u odnosu na početnu vrijednost koja je bila 30 **što** je značilo srednju vrijednost anksioznosti. Rezultat Beckove skale depresivnosti na seansi praćenja iznosio je 12 **što** pokazuje blage depresivne simptome i govori o poboljšanju u odnosu na početnu vrijednost koja je bila 30 - značenje rezultata teški depresivni simptomi.

Zaključak

Depresija se definira kao set navika i određenih oblika ponašanja povezanih sa negativnim mišljenjem, pretpostavkama, vjerovanjima i osjećajima (O Connor, 1999). Psihoterapijska metoda izbora za tretiranje depresije je kognitivno-bihevioralna terapija za koji je karakteristično da je ograničena, saradnička i akciono usmjerena terapija koja pacijentima daje aktivnu ulogu, naglašava važnost uloge mišljenja u onome što osjećamo i kako se ponašamo, a sve kroz zajednički aktivni rad terapeuta i pacijenta (Jakoveljević M i suradnici, 2013). U osoba s depresijom je izražena negativna konceptualizacija, evaluacija i mišljenje, što je posljedica ranijih loših iskustava i negativnog učenja. Bitno obilježje je iskrivljavanje u razmišljanju sa negativnim viđenjem i doživljavanjem sebe, svijeta i budućnosti. Cilj KBT terapeuta

je pomoći klijentu da prepozna neprikladne kognitivne procese i disfunkcionalna vjerovanja te potaknuti sticanje funkcionalnijih vjerovanja i vještina suočavanja sa stresom (Dattilio, M.F.; Freeman, A. 2010). Tehnike kognitivno-bihevioralne terapije su uspješno primjenjene u prikazanom slučaju. Sa pacijenticom su postavljeni jasni, konkretni i ostvarivi ciljevi. Na susretima je rađeno na otkrivanju automatskih misli i disfunkcionalnih vjerovanja, a potom se postepeno otkrivalo bazično mišljenje, pravila stavovi, pretpostavke te je rađeno na njihovoj korekciji. Na kraju tretmana došlo je do povlačenja depresivnih simptoma i simptoma anksioznosti, pacijentica bolje funkcioniše u krugu porodice i prijatelja, što je rezultiralo podizanjem opšte kvalitete života kako pacijentice tako i čitave njene porodice.

Literatura

- Beck, J.S. (2007). Osnove kognitivne terapije. *Jastrebarsko: Naklada Slap*
- Dattilio, M.F.; Freeman, A. (2010). Kognitivno bihevioralne strategije u kriznim intervencijama. *Jastrebarsko: Naklada Slap*
- Hawton, K.; Salkovskis, M.P.; Kirk, J.; Clark, D.M. (2008). Kognitivno bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. *Jastrebarsko: Naklada Slap.*
- Henriques, J.B., Davidson, R.J (2000). Decreased responsiveness to reward in depression. *Cognition and Emotion*
- Jakovljević, M. i suradnici (2013) Depresija i serotonin: kontraverze, mitovi i činjenice. *Serotonin i depresija. Zagreb: Pro Mente*
- Kaplan, I.H, Sadock, J.B. (1998). Priručnik kliničke psihijatrije. *Jastrebarsko: Naklada Slap*
- Kučukalić, A. (2011). Psihijatrija. Sarajevo: Medicinski fakultet Sarajevo
- O'Conor R. (1999). Undoing Depression-What Therapy Doesn't Teach You and Medication Can't Give You. *Berkely Books, New York*
- Rehm, L (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*
- Rentrop, M.; Muller, R; Willner, H. (2013). Klinikleitfaden Psychiatrie Psychotherapie. *Munchen: Urban & Fischer*



KOGNITIVNO – BIHEVIORALNA OBJAŠNJENJA ETIOLOGIJE AGRESIVNIH OBLIKA PONAŠANJA KOD DJECE

Belma Žia

Centar za psihoterapiju i edukaciju, Fondacija „Krila nade/Wings of Hope“

Danijel Hopić

Fakultet za menadžment i poslovnu ekonomiju, Univerzitet u Travniku

Mustafa Šuvalija

Fakultet za kriminalistiku, kriminologiju i sigurnosne studije, Univerzitet u Sarajevu

Sažetak

U radu dajemo pregled teorijskih pretpostavki kognitivno - bihevioralnog pristupa o uzrocima agresivnog ponašanja kod djece i empirijskih pokazatelja koji ih podupiru. U objašnjavanju agresivnog ponašanja, kognitivno – bihevioralni pristup manje se oslanja na bihevioralnu, a više na svoju kognitivnu dimenziju, čija je osnovna premisa da nasilno ponašanje nije primarno potaknuto vanjskim događajima već načinom na koji se ti događaji interpretiraju. Sadržajne i procesne specifičnosti djece koja ispoljavaju agresivne oblike ponašanja, na kognitivnom nivou mogu biti razvrstane u dvije kategorije: kognitivne distorzije (disfunkcionalni misaoni procesi) i kognitivni deficiti (nedovoljna količina kognitivne aktivnosti u situacijama u kojima je potrebno više promišljanja prije djelovanja). U radu je predstavljen reformulirani model obrade socijalnih informacija prema kojem je pojava agresivnog ponašanja povezana sa postojanjem deficita u obradi socijalnih informacija. Istraživanja izvan kognitivno – bihevioralnog kliničkog domena ističu povezanost pojedinih kognitivnih varijabli (kao što su normativna uvjerenja) sa ispoljavanjem agresivnog ponašanja. U cjelini, rezultati istraživanja snažno podupiru stav da kognitivne varijable imaju ključnu ulogu za razumijevanje agresivnog ponašanja djece, ali i ukazuju da su te varijable, kao i njihova etiologija, raznovrsne, odnosno da agresivni oblici ponašanja, čak i onda kada su na fenomenološkoj ravni slični, nemaju uvijek iste uzroke. Uvažavanjem ovih nalaza, strategije prevencije agresivnog ponašanja kod djece mogu dosegnuti nivo učinkovitosti koji imaju kognitivno – bihevioralni tretmani problema povezanih sa agresivnim ponašanjem.

Ključne riječi: *agresivno ponašanje kod djece, kognitivno – bihevioralni pristup, kognitivne distorzije, kognitivni deficiti*

COGNITIVE – BEHAVIORAL EXPLANATIONS OF THE ETIOLOGY OF AGGRESSIVE FORMS OF BEHAVIOR IN CHILDREN

Abstract

This paper will provide an overview of the main assumptions and the supporting empirical evidence behind the cognitive-behavioral understanding of the causes of aggressive behavior in children. Cognitive-behavioral approach relies less on behavioral and more on cognitive aspects in its attempt to explain the roots of aggressive behavior. The main premise of this explanation is that aggressive behavior is not primarily influenced by external events, but by the way in which these events are interpreted. Clinical research confirms that children who manifest aggressive forms of behavior have specific cognitive structures and processes, which can be divided into two main categories. The first of these is cognitive distortions which are dysfunctional cognitive patterns. Cognitive deficits are the second group, namely insufficient cognitive activities in situations that require providing more cognitive effort before engaging with an action. This paper provides an overview of the social information processing model according to which the appearance of aggressive behavior is associated with the existence of a deficit in the processing of social information. Research outside of the cognitive-behavioral clinical domain has also linked certain cognitive variables, such as normative beliefs, with aggressive behavior. Overall, empirical research strongly supports the key role of cognitive variables in understanding aggressive behavior, but also shows that these variables and their etiology are diverse. Furthermore, it demonstrates that different types of aggressive behavior, even when phenomenologically similar, do not always have the same causes. Taking these findings into account can lead to the development of preventive strategies which are as comparably effective as the cognitive-behavioral treatment of problems associated with aggressive behavior.

Key words: *aggressive behavior, cognitive – behavioral approach, cognitive distortions, cognitive deficits*

Uvod

U objašnjavanju porijekla bilo kojeg oblika ponašanja, uključujući i agresivno ponašanje, teško je fokusirati se na samo jednu varijablu; ipak, postoje pokazatelji da u nastanku agresivnog ponašanja, centralnu ulogu igraju kognitivni procesi te da je kognitivni domen područje u kojem determinante agresivnog ponašanja mogu najuspješnije biti dosegnute i transformirane. Iz ove perspektive, rad na kognitivnim determinantama agresivnog ponašanja nameće se kao ključna pretpostavka za izbjegavanje i umanjivanje štete koju uzrokuju maladaptivni obrasci agresivnog ponašanja (Sestir i Bartholow, 2007). Agresivno ponašanje se u socijalnoj psihologiji definira kao svako ponašanje izvedeno sa namjerom da se meti tj. žrtvi nanese štetne posljedice, u situaciji u kojoj meta agresivnog ponašanja želi da izbjegne štetu koja joj se pokušava nanijeti (Krahe, 2001). Dokazi da su kognitivni procesi ključni za nastanak agresivnog ponašanja dolaze najprije iz studija efikasnosti kognitivno zasnovanih terapijskih programa za probleme povezane sa agresivnim ponašanjem. Istraživanje koje su proveli McCloskey, Deffenbacher, Noblett, Gollan i Coccaro (2008), u kojem je ispitivana efikasnost grupnih i individualnih kognitivno – bihevioralnih tretmana (KBT) za klijente sa intermitentnim poremećajem ljutnje, pokazalo je da su i grupne i individualne KBT intervencije rezultirale značajnim smanjenjem u domenima agresivnog ponašanja, ljutnje, hostilnih kognicija i depresivnih simptoma te poboljšale kontrolu ljutnje, a rezultati su zadržani i tri mjeseca nakon tretmana. Beck i Fernandez (1998) su uradili metaanalizu 50 nomotetičkih studija koje su obuhvatile ukupno 1640 ispitanika, i pokazali da primjena KBT-a za tretman problema povezanih sa ljutnjom rezultira prosječnom veličinom efekta od 0,70, odnosno da prosječni učesnik u KBT programima ima bolje ishode od 76% kontrolnih subjekata.

Slično tome, Landenberger i Lipsey (2005) su na osnovu pregleda nekoliko metaanaliza zaključili da postoje snažni indikatori efikasnosti KBT-a za prevenciju recidivizma nasilnih prijestupnika; preciznije, pokazali su da je 12 mjeseci nakon tretmana stopa recidivizma u grupi koja je prošla KBT bila 25% manja u odnosu na kontrolnu grupu. McCart, Priester, Davies i Azen (2006) su, u metaanalizi 41-og istraživanja primjene KBT za različite probleme povezane sa antisocijalnim ponašanjem, pokazali da KBT može biti efikasno korištena za tretman agresivnih ponašanja, te su pronašli efekat veličine od 0.35 za kognitivno – bihevioralni tretman ove podkategorije antisocijalnih ponašanja. Također, različita istraživanja su pronašla da kognitivne strategije prilagođene školskom kontekstu mogu smanjiti agresivnost učenika i osnažiti njihovo prosocijalno ponašanje (Daunic, Smith, Brank i Penfield, 2006).

Činjenica da pokušaji promjene agresivnog ponašanja primjenom kognitivno zasnovanih strategija polučuju rezultate daje snažnu potvrdu validnosti etiološkog

modela agresivnog ponašanja na kojem su te strategije zasnovane. Najšire kazano, taj model posmatra kognitivne aspekte psihičkog funkcioniranja kao osnovne determinante emocija i ponašanja (Friedman, Thase i Wright, 2008). Ovi „kognitivni aspekti“ imaju mnogo različitih imena, pri čemu je pojam uvjerenja najuopšteniji i obuhvata manje - više sve druge, iako se među različitim vrstama uvjerenja prave određene razlike na osnovu njihove „dubine“ i uticaja koji imaju na druga uvjerenja, te emocije i ponašanje. Hijerarhija kognitivnih struktura u kognitivnom modelu kao temelj kognitivnih procesa postavlja tzv. sržna uvjerenja (eng. core beliefs) koje karakterizira to što su suviše generalizirana i rigidna; sržna uvjerenja utiču na nastanak srednjih (eng. intermediate) uvjerenja, koja se dijele u tri veće kategorije: pravila, stavovi i pretpostavke. Nakon sržnih i srednjih uvjerenja, najpovršniji nivo misaonog funkcioniranja predstavljaju automatske misli i emocije. One su specifične za pojedine situacije; tačnije, dublja uvjerenja, kao što su stavovi i pravila, utiču na način na koji pojedinac percipira određenu situaciju, i automatske misli su izraz te percepcije. Nakon što se pojave, ove automatske misli utiču na emocionalne, ponašajne i fiziološke reakcije (Beck, 2011).

Primjena osnovnih postavki kognitivnog modela na agresivno ponašanje navodi na zaključak da agresivna ponašanja nisu jednostavno reakcije na vanjske događaje, već posljedica načina na koji se ti događaji tumače od strane pojedinca. Ova temeljna pretpostavka kognitivnog modela agresivnog ponašanja potvrđena je u velikom broju istraživanja. Na primjer, istraživanje autora Haskett, Scott, Grant, Ward i Robinson (2003), u kojem su ispitali faktore rizika za zlostavljanje djece od strane roditelja, pokazalo je da roditeljske atribucije i objašnjenja dječijih grešaka te roditeljska percepcija prilagodbe djece predstavlja značajan prediktor zlostavljanja djece, pri čemu stepen u kojem roditelji tumače ponašanje svoje djece kao problematično predstavlja kognitivnu karakteristiku koja snažno razlikuje roditelje koji zlostavljaju svoju djecu od drugih roditelja. Prema Kendall (1993), za djecu koja ispoljavaju agresivno ponašanje utvrđeno je da imaju problem i sa kognitivnim distorzijama (disfunkcionalnim misaonim procesima) i kognitivnim deficitima (nedovoljnom količinom kognitivne aktivnosti u situacijama u kojima je potrebno više promišljanja prije djelovanja). Ova djeca koriste manje okolinskih informacija kao medijatore svog ponašanja, obraćaju više pažnje na agresivne informacije iz okoline nego neagresivna djeca, u većoj mjeri se prisjećaju neprijateljskog sadržaja iz socijalnih situacija, u dvosmislenim situacijama ponašanju drugih pripisuju naprijateljske namjere te nemaju realnu percepciju vlastitog nivoa agresivnosti i odgovornosti za rane faze konflikta. Ova djeca također pokazuju nedostatke u generiranju alternativnih rješenja za rješavanje problema, odlučivanju o najprikladnijem rješenju (kada postoji svijest o alternativnim rješenjima) te ponašajnoj implementaciji rješenja.

Reformulirani model obrade socijalnih informacija

Postoji više teorijskih modela koji su sve ili neke od kognitivnih determinanti za koje je u istraživanjima pronađena veza sa agresivnim ponašanjem pokušali teoretski objediniti i ponuditi jedno koherentno objašnjenje nastanka agresivnog ponašanja. Jedan od najuticajnih takvih modela je reformulirani model obrade socijalnih informacija predložen od strane Cricka i Dodge (1994), koji predstavlja modifikaciju originalnog modela obrade socijalnih informacija (Dodge, 1986). Prema ovom modelu, pojedinci prilaze određenoj socijalnoj situaciji sa postojećim socijalnim znanjem tzv. shemama (npr. postojeće znanje kako prići vršnjaku) i bazom podataka o svojim prošlim socijalnim iskustvima (npr. sjećanje na dosadašnje odbacivanje od strane vršnjaka). U toj situaciji pojedinci dobijaju ulazne informacije kao set socijalnih signala (vršnjak odbija pokušaj druženja) i pojedinčev odgovor je rezultat obrade tih socijalnih signala (Crick i Dodge, 1994; Erdley, Rivera, Shepherd i Holleb, 2010). Crick i Dodge (1994) predlažu šest koraka u obradi socijalnih signala: (1) kodiranje vanjskih i unutrašnjih signala, (2) interpretacija i mentalno predstavljanje tih signala, (3) pojašnjenje ili izbor ciljeva, (4) pristup postojećim reakcijama ili konstrukcija, (5) odluka o reakciji i (6) određeno ponašanje. Iako Crick i Dodge predlažu ovih šest koraka, oni ne vide obradu socijalnih signala kao strogo linearnu. Umjesto toga, autori vjeruju da svaki korak obrade može utjecati na druge korake kroz seriju povratnih petlji (Erdley i sur., 2010). Pojava agresivnog ponašanja, prema ovom modelu, povezana je sa postojanjem specifičnih deficita u nekom od navedenih šest koraka.

U prvom i drugom koraku (kodiranje i interpretacija socijalnih signala) pretpostavlja se da pojedinac selektivno pristupa situacijskim ili unutrašnjim signalima, kodira te signale a zatim ih interpretira. Interpretacija se može sastojati od jednog ili više nezavisnih procesa, uključujući (a) filtriranu, personaliziranu mentalnu predstavu situacijskih signala koji su pohranjeni u dugoročno pamćenje, (b) uzročnu analizu događaja koji su se dogodili u situaciji (uključujući procjenu zašto željeni cilj jeste ili nije bio postignut); (c) zaključke o namjerama drugih u toj situaciji; (d) procjenu da li je bilo koji prethodni cilj u socijalnoj situaciji bio postignut; (e) procjenu tačnosti o ishodu očekivanja i procjenu samoeфикаsnosti (evaluacija prošlih ponašanja) i (f) zaključke o značenju prošlih i sadašnjih socijalnih razmjena za sebe i druge. Tokom ovih koraka, pojedinac je vođen socijalnim znanjem stečenim kroz prethodna iskustva (Crick i Dodge, 1994). U terminima kognitivno bihevioralnog modela misao - emocija - ponašanje, agresivni pojedinci, u prvom koraku (kodiranju socijalnih signala) reaguju brže, odnosno na osnovu manje socijalnih signala nego neagresivni pojedinci. U istraživanju koje su proveli Dodge i Newman (1981) pronađeno je da neagresivni pojedinci obraćaju pažnju na 40% više socijalnih signala

u donošenju odluke o ponašanju nego agresivni pojedinci. U interpretaciji socijalnih signala kognitivna greška se može uočiti u atribuiranju neprijateljskih signala u slučaju da su ti signali dvosmisleni ili nejasni (Dodge i Somberg, 1987; Crick i Dodge 1994). To znači da će dijete, sa prethodnim iskustvom odbacivanja od strane vršnjaka, polomljenu igračku tumačiti kao akt agresije prije nego slučajan događaj.

U trećem koraku, nakon interpretacije situacije, dolazi do odabira cilja ili željenog ishoda za situaciju (na primjer, da se ne upadne u nevolju, da se provokatoru vrati "milo za drago", da se stekne prijatelj ili dobije željena igračka) ili nastavljanja prema prethodno postavljenom cilju. Ciljevi su stanja uzbuđenja koje funkcioniraju kao orijentacija prema specifičnim postignućima. Smatra se da pojedinci donose određene ciljeve u socijalnu situaciju ali i da su u stanju revidirati postojeće i konstruisati nove ciljeve (Crick i Dodge, 1994). U ovom koraku, izbor instrumentalnih ciljeva (na primjer, pobjeda u igri), a ne interpersonalnih (na primjer, održavanje postojećeg prijateljstva) vodi ka agresivnijem ponašanju (Slaby i Guerra, 1988). U četvrtom koraku obrade socijalnih informacija, pojedinac pretražuje dugoročnu memoriju tražeći moguće strategije ponašanja za tu situaciju ili ako je situacija nova može konstruisati nova ponašanja kao odgovor na dati socijalni signal (Crick i Dodge, 1994). Ako je repertoar socijalnih strategija kod pojedinca primarno agresivne prirode, vjerovatno je da će taj pojedinac izabrati agresivno ponašanje kao odgovor na dobijeni socijalni signal. U ovom koraku, pojedinci skloni agresivnom reagovanju generiraju manji broj mogućih reakcija u određenoj socijalnoj situaciji i imaju veću proporciju agresivnih reakcija na problem (Asarnow i Callan, 1985).

U petom koraku, pojedinac odlučuje o specifičnom ponašajnom odgovoru. Ovdje može biti korišteno nekoliko socijalno-kognitivnih konstrukata. Kada se odlučuje na određeni odgovor, osoba bi trebala biti sigurna da može uspješno izvesti to ponašanje (tj. imati osjećaj samoeфикаsnosti). Dodatno, osoba bi trebala očekivati da će ponašanje dovesti do željenog rezultata. I na kraju, osoba bi trebala smatrati da je to ponašanje odgovarajuće njegovim ili njenim moralnim vrijednostima (na primjer, normativna uvjerenja o legitimnosti agresije). U ovom koraku, kognitivni deficit znači da pojedinci pozitivno evaluiraju interpersonalne i instrumentalne ishode agresivnog ponašanja (Crick i Ladd, 1990). Pod uslovom da je napravljena takva pozitivna evaluacija izabranog ponašanja, šesti korak uključuje izvođenje datog ponašanja (Erdley i sur., 2010). Ukratko, predloženi model pojavu agresivnog ponašanja objašnjava u terminima procesiranja socijalnih stimulusa (šta se dogodilo i šta to znači?), razmišljanja o željenim rezultatima (šta ja to želim?), pretraživanja pamćenja za relevantnim informacijama (koje su mi opcije?), traženja rješenja u skladu sa tim (šta da uradim?), evaluacija odabrane opcije (koje su posljedice?) i donošenja odluke o najboljoj opciji (to ću uraditi).

Prednosti i nedostaci reformuliranog modela obrade socijalnih informacija

Neke od ključnih prednosti reformuliranog modela obrade socijalnih informacija su njegova sveobuhvatnost i integrativni potencijal. S obzirom da detaljno opisuje kognitivne procese koji vode nekom ponašanju, model ima kapacitet da ponudi jedinstveno objašnjenje za veliki broj različitih ponašanja, ali i za veliko variranje u ispoljavanju ponašajnih reakcija, bez obzira da li govorimo o različitim pojedincima koji u istoj situaciji reaguju različito, ili o istim osobama koje u istoj ili sličnoj situaciji u različitim navratima reaguju na različite načine. Činjenica da ovaj model obuhvata veći broj različitih faktora koji utiču na donošenje odluke o reagovanju u nekoj socijalnoj situaciji omogućava da se primjenom modela ta nepredvidivost objasni, ali i u značajnoj mjeri umanjuje. Integrativni potencijal modela ogleđa se u činjenici da reformulirani model uzima u obzir sve determinante koje drugi modeli (koji pripadaju kognitivno – bihevioralnom pristupu) vide kao relevantne za objašnjavanje agresivnog ponašanja i definira njihov odnos sa drugim determinantama, zbog čega se može smatrati reprezentativnim kognitivnim modelom agresivnog ponašanja.

Najsnažnije argumente za prihvatanje ovog modela daju empirijska istraživanja koja potvrđuju značaj ukupnog procesa obrade socijalnih informacija i njegovih individualnih komponenti odnosno koraka. Na primjer, u istraživanju koje su proveli Bowen, Roberts, Kocian i Bartula (2014) na uzroku od 236 zatvorenika ispitan je proces donošenja odluka u situacijama visokog rizika za izbijanje nasilja s ciljem da se utvrde razlike u obradi socijalnih informacija u prošlim situacijama u kojima je došlo do nasilja i u onima u kojima je nasilje izbjegnuto. Ispitane su razlike u samo nekim od faza obrade informacija (interpretaciji signala, generiranju odgovora i provođenju odluka), te je utvrđeno da su zatvorenici u situacijama koje su rezultirale nasiljem lošije obrađivali informacije nego u onim u kojima je nasilje izbjegnuto; preciznije, u situacijama u kojima je došlo do nasilja zatvorenici su namjere protivnika interpretirali negativnije, birali ciljeve koji su bili intrapersonalni, generirali manje ponašajnih odgovora te su smatrali da im takvo ponašanje donosi korist. Također, istraživanje sa predškolskom djecom koje je sprovedla grupa autora (Schultz i sur., 2010) pokazalo je da su socijalno kompetentnija djeca žrtvama provokacija u većoj mjeri atribuirala tugu, doživljavala agresivna ponašanja kao moralno neprihvatljiva te smatrala da ne vode pozitivnim ishodom, dok su djeca sa problemima u ponašanju u većoj mjeri birala agresivna rješenja na socijalne provokacije i da su manje često smatrali socijalne provokacije kao slučajne.

U kritikama ovog modela najčešće se ističe da model ne uzima u obzir uticaj emocija na proces obrade socijalnih informacija (Lemerise i Arsenio, 2000). Međutim, Crick i Dodge (1994) navode da reformulirani model emocije vidi kao sastavni dio svakog od koraka obrade socijalnih informacija. U prvom i drugom

koraku, emocije mogu utjecati na tumačenje socijalne situacije, dok se odabir ciljeva u trećem koraku temelji na mehanizmima emotivne regulacije (na primjer, ljutnja na provokatora može poslužiti kao razlog da se odaberu ciljevi koji će voditi ka osveti). Nadalje, kritike modela se odnose na to da ne uzima u obzir biopsihosocijalne rizične faktore kod objašnjenja nastanka agresivnog ponašanja (na primjer makrosistemske uticaje kao što su sociokulturološke varijable, karakteristike susjedstva gdje pojedinac živi i uticaj medija, te mikrosistemske uticaje kao što su roditeljska praksa ili uticaj vršnjaka). Dubow i Boxer (2001) objašnjavaju da su varijable kojima model operira povezane sa individualnim kognitivnim procesiranjem i da predstavljaju komponentu „razvojno-ekoloških“ (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999) ili „kognitivno-ekoloških“ (Metropolitan Area Child Study Research Group, 2002) teorija razvoja agresivnog ponašanja. Drugim riječima, model obrade socijalnih informacija ne negira važnost makrosistemskih i mikrosistemskih rizičnih faktora, već jednostavno svoj fokus ograničava na medijacijsku funkciju socijalno-kognitivnih procesa odgovornih za odnos između tih faktora i agresivnosti tokom vremena (Dubow i Boxer, 2001).

Implikacije za preventivni i terapijski rad sa djecom

Iako model obrade socijalnih informacija ne iscrpljuje sve odgovore o razvoju agresivnog ponašanja, daje solidnu racionalu za dizajniranje tretmana agresivnog ponašanja kao i za dizajniranje preventivnih programa u školama i drugim institucijama. Vrijednost modela obrade socijalnih informacija leži upravo u mogućnosti kreiranja kognitivnih intervencija u svakom od opisanih šest koraka. Ova karakteristika ga čini posebno pogodnim za objašnjavanje i adresiranje problema povezanih sa agresivnim ponašanjem kod djece, s obzirom da, za razliku od odraslih, male dobne razlike između djece (zbog uticaja razvojnih promjena) mogu podrazumjevati značajne razlike u razvijenosti vještina obrade socijalnih informacija te podrazumjevati da se problem povezan sa agresivnim reakcijama pojavljuje u različitim koracima u obradi socijalnih informacija.

U prvom i drugom koraku obrade socijalnih informacija, fokus intervencija bi mogao biti da se pojedinci poduče određenim vještinama: prepoznavanju svojih emocionalnih stanja, pravilnom prepoznavanju emocionalnih stanja kod drugih u socijalnim situacijama, te traženju više informacija u nejasnoj situaciji kako bi mogli donijeti informiranu odluku i jasnije tumačiti socijalnu situaciju. Kod interpretacije signala, vještine interpretacije ponašanja kod drugih također bi mogle imati terapijsku važnost kod intervencija (Dubow i Boxer, 2001). U trećem koraku, pojedincima bi se mogla ponuditi kognitivna tehnika analize prednosti i nedostataka određenih postavljenih ciljeva kako bi mogli jasnije procijeniti koji izbor ciljeva je adekvatniji

za datu situaciju. U četvrtom koraku, pojedincima bi se moglo pomoći u generiranju više različitih reakcija u datoj socijalnoj situaciji. Primjer intervencija za ovaj korak jeste asociiranje neagresivnih oblika ponašanja na agresivne stimulse u socijalnoj situaciji, korištenih u Anger Coping Programu (Lochman, Dunn i Klimes-Dougan, 1993). U istom programu, pojedinci bi, tokom grupne sesije, navodili situacije koje su ih naljutile tokom protekle sedmice a onda bi cijela grupa davala prijedloge mogućih reakcija na datu situaciju.

U petom koraku obrade socijalnih informacija, kognitivna restukturacija uvjerenja o (ne)korisnosti agresivnog ponašanja mogla bi biti korištena kao terapijska tehnika. Guerra i Slaby (1990) su opisali program kognitivnog treninga u kojem su učesnici podučeni da evaluiraju posljedice svog ponašanja kroz „osam koraka rješavanja problema“ (definisanje problema, akciju: stani i razmisli, pitanja o tome zašto je nastao konflikt, razmišljanje o tome šta pojedinac želi, generiranje više rješenja, procjena posljedica ponašanja, određeno ponašanje i evaluacija rezultata). Šesti korak bi mogao biti praćen nagradama i socijalnom pažnjom za manifestirana socijalna ponašanja. S obzirom da je za rad u svakom od koraka prikladnija neka druga tehnika tj. intervencija (od koji neke nisu dominantno kognitivne, što je od posebnog značaja za rad sa djecom manjeg uzrasta), model obrade socijalnih informacija svoj integrativni potencijal širi i na praktičnu, tretmansku ravan te omogućava formuliranje terapijske strategije koja može, u poređenju sa uobičajenim pristupima, biti u još većoj mjeri individualizirana i prilagođena specifičnim karakteristikama klijenta, a samim tim i znatno efikasnija.

Iste pretpostavke na kojima počiva individualna psihoterapija koriste se i u programima prevencije na nivou razreda i škola. Pregled literature i rezultati meta-analiza (Smith, Lochman i Daunic, 2005) potkrepljuju korisnost kognitivno - bihevioralnih intervencija u prevenciji i sanaciji određenih deficita u ponašanju kao i u održavanju odgovarajućih oblika ponašanja za većinu učenika (Daunic i sur., 2006). Dubow i Boxer (2001) navode da socijalno-kognitivna orijentacija u intervencijama naglašava učenje, razmišljanje i rezonovanje, te da bi se takav pristup dobro uklopio u postojeće školske programe. Osim toga, fokus na modificiranje socijalno kognitivnih funkcija i vještina je adekvatan za programe intervencije za agresivna ponašanja u obrazovnim ustanovama obzirom da škole u pravilu nemaju resurse da odgovore na druge rizične faktore za pojavu agresivnosti kao što su mentalna oboljenja ili rane traume (Dubow i Boxer, 2001).

Bibliografija

- Asarnow, J. R., i Callan, J. W. (1985). Boys with peer adjustment problems: Social cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 80–87.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (2. izdanje). New York: The Guilford Press.
- Beck, R., i Fernandez, E. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Anger: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (1), 63–74.
- Bowen, K. N., Roberts, J. J., Kocian, E. J., i Bartula A. (2014). An Empirical Test of Social Information Processing Theory and Emotions in Violent Situations. *Western Criminology Review*, 15 (1), 18-33.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). Initial impact of the Fast Track Prevention Trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-647.
- Crick, N. R., i Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N. R., i Ladd, G. W. (1990). Children's perceptions of the outcomes of social strategies: Do the ends justify being mean? *Developmental Psychology*, 26, 612-20.
- Daunic, A. P., Smith, S. W., Brank, E. M., i Penfield, R. D. (2006). Classroom-Based Cognitive-Behavioral Intervention to Prevent Aggression: Efficacy and Social Validity. *Journal of School Psychology*, 44, 123-139.
- Dodge, K. i Somberg, D. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child Development*, 58 (1), 213–224.
- Dodge, K. A., i Newman, J. P. (1981). Biased decision-making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 375–379.
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. U: M. Perlmutter (ur.), *The Minnesota Symposium on Child Psychology* (tom 18, str. 77–125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dubow, E. F., i Boxer, P. (2001). A Social-Cognitive Information-Processing Model for School-Based Aggression Reduction and Prevention Programs: Issues for Research and Practice. *Applied and Preventive Psychology*, 10 (3), 177–192.
- Erdley, C. A., Rivera, M. S., Shepherd, E. J., i Holleb, L. J. (2010). Social-Cognitive Models and Skills. U: D. W. Nangle, D. J. Hansen, C. A. Erdley i P. J. Norton (ur.), *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Social Skills* (str. 21–35). New York: Springer.

- Friedman, E. S., Thase, M. E., i Wright, J. H. (2008). Cognitive and Behavioral Therapies. U: A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First i M. Maj (ur.), *Psychiatry* (3. izdanje, str. 1920-1947). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Guerra, N. G., i Slaby, R. G. (1990). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: II. Intervention. *Developmental Psychology*, 26 (2), 269-277.
- Haskett, M. E., Scott, S. S., Grant, R., Ward, C. S., i Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 663-686.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-Behavioral Therapies With Youth: Guiding Theory, Current Status, and Emerging Developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 235-247.
- Krahe, B. (2001). *The Social Psychology of Aggression*. Philadelphia: Psychology Press.
- Landenberger, N. A., i Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for violent offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lemerise, E. A., i Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.
- Lochman, J. E., Dunn, S., i Klimes-Dougan, B. (1993). An intervention and consultation model from a social cognitive perspective: A description of the anger coping program. *School Psychology Review*, 22 (3), 458-471.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., i Azen, R. (2006). Differential Effectiveness of Behavioral Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (4), 527-543.
- McCloskey, M. S., Deffenbacher, J. L., Noblett, K. L., Gollan, J. K., i Coccaro, E. F. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Intermittent Explosive Disorder: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 876-886.
- Metropolitan Area Child Study Research Group. (2002). A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: Initial outcomes for high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 179-194.
- Schultz, D., Ambike, A., Logie, S. K., Bohner, K. E., Stapleton, L. M., Vanderwalde, H., Min, C. B., i Betkowski, J. A. (2010). Assessment of Social Information Processing in early childhood: development and initial validation of the Schultz Test of Emotion Processing-Preliminary Version. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 601-13.

- Sestir, M. A., i Bartholow, B. D. (2007). Theoretical Explanations of Aggression and Violence. U T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech i D. Fisher (ur.), *Aggressive Offenders' Cognition: Theory, Research, and Practice* (str. 157-178). Chichester: John Wiley & Sons.
- Slaby, R. G., i Guerra, N. G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: I. Assessment. *Developmental Psychology*, 24 (4), 580-588.
- Smith, S. W., Lochman, J. E., i Daunic, A. P. (2005). Managing Aggression Using Cognitive-Behavioral Interventions: State of the Practice and Future Directions. *Behavioral Disorders*, 30 (3), 227-240.

INDEKS AUTORA

A

Aziraj-Smajić, Vildana 81

Č

Čapin, Džejna 97

Ć

Čekrlija, Đorđe 67

D

Dautbegović, Amela 31

Duvnjak, Ivana 49

H

Hopić, Danijel 149

Husremović, Dženana 9

K

Kalabić, Zlatko 113

M

Macher, Silvia 67

Milić, Marija 49

Mirković, Biljana 67

Muratović, Sandra 127

O

Osmanović, Emina 127

R

Ridić, Diana 97

Š

Šuvalija, Mustafa 149

T

Teskeredžić, Edina 139

V

Velki, Tena 49

Z

Zvizdić, Sibela 31

Ž

Žiga, Belma 149

