

RAZVOJNA PSIHOPATOLOGIJA: «Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem»*

ANITA VULIĆ-PRTORIĆ
Filozofski fakultet u Zadru

UDK/UDC: 159.922:159.97
Pregledni članak
Review

SAŽETAK

U radu su opisane neke osnovne postavke suvremene razvojne psihopatologije i njihov odnos s razvojnom psihologijom, kliničkom psihologijom djetinjstva i adolescencije, te tumačenjem psihopatoloških fenomena općenito.

Svrha rada je prikazati neke aktualne trendove i probleme koji su u razvojnoj psihopatologiji posebno naglašeni i uobličeni u hipoteze koje je potrebno kroz istraživanja provjeravati. Razvojna psihopatologija gradi svoje ideje na empirijskim i konceptualnim zahtjevima da se riješe ovi problemi i u tom smislu ona predstavlja pristup koji u proučavanju i tumačenju porijekla i procesa nastajanja različitih oblika poremećaja uzima u obzir transformacije u fenomenologiji poremećaja s obzirom na međusobnu interakciju različitih faktora (dob, spol, rizične i zaštitne čimbenike, multideterminiranost i interakciju u tumačenju etiologije i dr.).

Razvojna psihopatologija potiče dinamičan i holistički pristup razumijevanju psihopatologije i nudi brojne smjernice za istraživanja na ovom području, ali isto tako i za svakodnevni klinički rad.

Ključne riječi: razvojna psihopatologija, kontinuitet – diskontinuitet patologije, zaštitni i rizični čimbenici.

UVOD

U posljednja tri desetljeća teorijske paradigme u psihologiji doživljavaju brojne promjene, koje su posebno dinamične na području psihopatologije i razvojne psihologije. Empirijski i konceptualni zahtjevi za odgovorima i tumačenjima normalnog i poremećenog ponašanja, nametnuli su potrebu stvaranja što obuhvatnijih modela. Na oba navedena područja uočava se trend u teorijskom pristupu k promatranju razvoja tijekom cijelog životnog vijeka, integriranju donedavno potpuno odvojenih područja poput dječje i

* *Formulacija o psihopatološkim fenomenima kao «normalnim razvojnim promjenama koje su krenule krivim putem» koristi se posljednje desetljeće u većini radova iz razvojne psihopatologije (prema Wenar, 1994)*

gerontološke psihologije, isticanju interakcionističkog pristupa i transakcije organizma i okoline u razvoju ličnosti (Lacković-Grgin, 2000., Wenar, 1994.).

U području psihopatologije već je duže vrijeme evidentna neprimjerenost modela psihopatologije odraslih i tradicionalnih koncepata za djecu i adolescente i potreba da se psihički poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji proučavaju u kontekstu maturacijskih i razvojnih procesa. Upravo na ove potrebe odgovorili su razvojni psihopatolozi koji su od kraja sedamdesetih godina do danas stvorili novu orijentaciju u tumačenju psihopatologije. Svojim istraživanjima i idejama na ovo područje su posebno utjecali Michael Rutter, Alan Sroufe, Arnold Sameroff, Dante Cicchetti, Thomas Achenbach, Peter Jensen i dr.

Sameroff (2000) kaže da se razvojna psihopatologija pojavila kao reakcija na tri dominantna principa u tumačenju psihopatologije koja su se s vremenom pokazala prilično problematična:

1. princip prema kojem isti uzroci dovode do istih poremećaja; ova ideja je dugo bila vrlo popularna, premda je oduvijek bilo jasno da je prejednostavna, površna i neprimjenjiva u tumačenju etiologije psihopatoloških fenomena;
2. princip prema kojem se isti simptomi koji se pojavljuju u različitoj dobi mogu pripisati istim uzrocima, značio je negaciju dinamike i specifične vulnerabilnosti tijekom razvoja;
3. princip prema kojem specifični poremećaji u djetinjstvu vode k istim poremećajima u odrasloj dobi također se pokazao prejednostavnim i površnim tumačenjem i njegova jednoznačnost je osporena kroz brojna longitudinalna istraživanja u razvojnoj psihopatologiji.

Rutter i Sroufe (2000) dodaju ovim problemima još i ograničenja u postojećim sistemima dijagnostičke klasifikacije gdje su neke dijagnostičke kategorije prihvaćene kao takve unatoč svojoj slaboј pouzdanosti. Naime, pokazalo se da je dob u dijagnostičkim klasifikacijama uzeta kao izuzetno široka kategorija, te da ona sama po sebi predstavlja pokazatelj višestrukog značenja: biološka maturacija, hormonalna i kognitivna zrelost i sl., nisu paralelni procesi. Nadalje, malo je pozornosti poklonjeno vremenu prijelaza od adolescencije do odrasle dobi. Većina razvojnih psihologa se unatoč stajalištu o razvoju koji teče kroz cijeli život specijalizirala za vrlo uske dobne periode. Razlike u spolu se pogotovo nigdje ne uzimaju u obzir, a pokazalo se da su izuzetno važne. Razvojni psihopatolozi smatraju da je potrebno proučavanje patoloških fenomena duž cijelog životnog puta kako bi se mogli shvatiti razvojni kontinuiteti i diskontinuiteti.

Gradeći svoje spoznaje i ideje na empirijskim i konceptualnim zahtjevima da se riješe ovi problemi, **suvremena razvojna psihopatologija oblikovala je pristup koji u proučavanju i tumačenju porijekla i procesa nastajanja različitih oblika poremećaja uzima u obzir transformacije u fenomenologiji poremećaja s obzirom na međusobnu interakciju različitih faktora** (dob, spol, rizične i zaštitne čimbenike, multideterminiranost i interakciju u tumačenju etiologije i dr.).

Razvojna psihopatologija nije novi teorijski model jer u svojim principima ona obuhvaća dosadašnje teorijske tradicije na ovom području (teorijske paradigme iz razvojne psihologije, kliničke psihologije djetinjstva i mladosti, dječje psihijatrije i sl.). Razvojna psihopatologija ne favorizira ni jednu od postojećih paradigmi, ni naglašava posebnu važnost neke od njih. Razvojna psihopatologija nije niti eklektička ili integrativna teorija, premda bi se to moglo pomisliti s obzirom na integrativne postupke u istraživanjima i tumačenjima. **Razvojna psihopatologija je u tom smislu prvenstveno način mišljenja, pristup razumijevanju razvoja i psihopatologije.** Teorije se pri tome koriste prvenstveno za

generiranje hipoteza koje će se kroz istraživanja provjeravati. Kazdin (1989) smatra da je u neku ruku i nerealno očekivati da bi teorija proizašla iz jednog psihološkog modela (psihodinamskog, bihevioralnog i dr.), ma koliko sveobuhvatna bila, mogla objasniti složenu dinamiku razvoja psihopatologije ili čak određenog poremećaja. Ono što se čini korisnijim su tzv. **mini teorije** kao modeli ili tumačenja koja se odnose na jednu ili više komponenti specifičnog oblika disfunkcionalnosti. To npr. znači da kada se istraživači ili kliničari u razvojnoj psihologiji zanimaju za doprinos obiteljskih čimbenika u razvoju određenih psihopatoloških fenomena, onda će koristiti znanja iz teorije obiteljske prisile Geralda Pattersona (Wenar, 1994., Vasta i sur. 1997) za tumačenje agresivnog i antisocijalnog ponašanja djece i adolescenata ili pak teorije privrženosti Johna Bowlbya i teorije roditeljskog prihvaćanja i odbacivanja Ronalda Rohnera (1999) za tumačenje nastanka internaliziranih poremećaja. Za doprinos različitih psihosocijalnih, kontekstualnih čimbenika istraživače i kliničare će zanimati teorija bihevioralnih problema (*problem behavior theory*) Richarda Jessora (1998) ili pak Michaela Ruttera (1997., 2000.). Kognitivni aspekti različitih psihopatoloških fenomena precizno su razrađeni u teorijama poput npr. teorije samokontrole Lynn Rehm (1989.), kognitivnoj teoriji Aaron Becka (1979), teorijama bespomoćnosti i beznadnosti Lyn Abramson, Geralda Metalskog, Lauren Alloy (1989) i dr. Svaka od ovih teorija doprinosi svojim specifičnim spoznajama o određenom poremećaju, njegovoj etiologiji i specifičnim terapijskim intervencijama. Međutim, svaka od ovih teorija ima svoja ograničenja i stoga se u razvojnoj psihopatologiji integriraju znanja iz većeg broja teorija i uobličuju se u hipoteze koje se kroz istraživanja provjeravaju.

PSIHOPATOLOGIJA I RAZVOJ

U odnosu na ostale grane psihologije i psihopatologije područje interesa razvojne psihopatologije prvenstveno je razvoj, a zatim psihopatologija. Pri tome su metode istraživanja, teorijske paradigme i tumačenja uglavnom temeljena na znanjima iz razvojne psihologije, a zatim i iz psihopatologije i psihijatrije. U odnosu na kliničku psihologiju, dječju psihijatriju i dječju psihopatologiju, razvojna psihopatologija je puno obuhvatnija i prelazi granice opisivanja, razlikovanja, klasificiranja i tretmana poremećaja. Dijagnostika, tretman i prognoza kao postupci su ovdje od sekundarnog interesa, premda su nalazi koji proizlaze iz istraživanja u razvojnoj psihopatologiji od primarnog utjecaja upravo na te postupke.

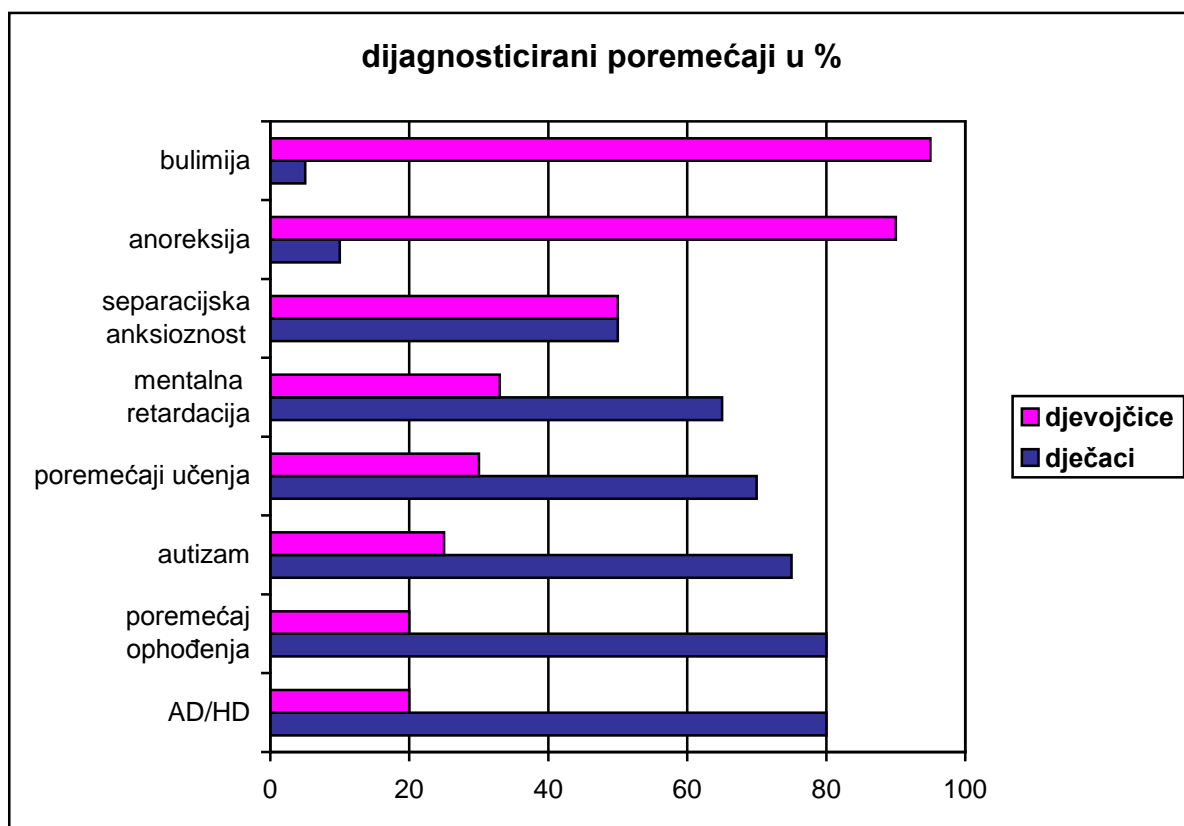
Razvojna psihopatologija bavi se porijeklom i vremenskim slijedom razvoja, te relacijama s poremećenim oblicima ponašanja. **Temeljna postavka u razvojnoj psihopatologiji je da se osoba cijeli svoj život kreće između patoloških i nepatoloških oblika funkcioniranja i da njeno funkcioniranje nikada nije potpuno patološko i potpuno nepatološko u svim domenama.** Sameroff (2000) kaže da dijalektičko u razvojnoj psihopatologiji leži u činjenici da kada se usmjerimo na mentalno zdravlje otkrivamo da postoje ekstremi na svakoj dimenziji ponašanja koji izgledaju kao patologija, a kada se usmjerimo na mentalne bolesti otkrivamo da postoje područja kompetentnosti koja izgledaju kao zdravlje. I osobe s prepoznatljivom simptomatologijom mogu pokazivati adaptivne mehanizme suočavanja. Razvojna perspektiva u proučavanju psihopatologije u tom smislu znači da većina poremećaja ne nastaje odjednom, već se pojavljuju postupno, od subkliničke simptomatologije, pojedinačnih simptoma, preko sindroma do poremećaja.

U razvojnoj psihopatologiji dominantna je ideja o razvoju koji se ne odvija kao serija linearnog dodavanja, već je karakteriziran stalnom reorganizacijom podjednako i starih i novih elemenata. To znači da isto iskustvo može imati različito značenje tijekom razvoja, kao što može imati različito značenje u različitim kontekstima (Sroufe i Rutter, 1984). Iz ove perspektive bilo koji poremećaj može biti promatran kao dinamičan proces koji nikada nije

statično i izomorfno stanje. Ako razvoj predstavlja seriju kvalitativnih reorganizacija gdje individualna ontogeneza predstavlja rješavanje razvojnih zadataka u svrhu adaptacije, onda se na temelju toga mogu definirati i normalnost i abnormalnost: normalnost predstavlja uspješnu integraciju bioloških, socijalnih, emocionalnih i kognitivnih postignuća koja pridonose podjednako sadašnjoj i budućoj adaptaciji. S druge strane, abnormalnosti ili patološke pojave predstavljaju manjak integracije među različitim domenama ili razvoj takvih psiholoških mehanizama koji su rigidni i vode u buduću neadaptaciju.

Iz naprijed navedenog je jasno da se u razvojnoj psihopatologiji polazi od pretpostavke da je neophodno poznavati normalan razvojni put pojedinca kako bismo mogli razumjeti patološka odstupanja, ali i obrnuto - da poznavanjem psihopatoloških fenomena dobivamo uvid u procese i mehanizme koji leže u osnovi razvoja. Poseban napredak na ovom području nastao je zahvaljujući spoznajama o promjenama u fenomenologiji psihopatologije s obzirom na spol i dob djeteta. Naime, upravo prepoznavanje ovih razlika potaklo je pitanja o specifičnom doprinosu ovih varijabli u razvoju psihopatologije, ali i o specifičnim obilježjima normalnog razvoja i promjenama na ovom području. Npr. na *Slici 1* prikazane su razlike u prevalenciji poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji s obzirom na spol ispitanika. Jedno od pitanja koje se na ovom mjestu nameće jest npr. što je to tako karakteristično za muški spol, a što pridonosi razvoju autizma?

Slika 1. Razlike u prevalenciji poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji s obzirom na spol (prema Peterson, 1996., str. 414)



U *Tablici 1* navedeni su neki psihopatološki fenomeni u djetinjstvu i adolescenciji i vrijeme njihova pojavljivanja. Jedno od pitanja koja se nameće s obzirom na ovakve nalaze je

npr. koje karakteristike normalnog razvoja u dobi od osam godina pridonose specifičnoj vulnerabilnosti za razvoj shizofrenije?

Tablica 1. Psihološki problemi u djetinjstvu i adolescenciji s obzirom na vrijeme njihova pojavljivanja

Dob	Najčešći problemi i poremećaji koji se pojavljuju u toj dobi
Do 2. godine	<ul style="list-style-type: none"> • Pervazivni razvojni poremećaji • Teškoće spavanja i uspavlivanja • Teškoće vezane za higijenske navike • Reaktivni poremećaji privrženosti • Poremećaji pažnje i hiperaktivnost (do 7. godine)
Od 2. do 4. godine	<ul style="list-style-type: none"> • Separacijski anksiozni poremećaj (predškolska dob do srednje djetinjstvo) • Poremećaji ophođenja • Poremećaji suprotstavljanja i prkošenja (češće u srednjem djetinjstvu) • Poremećaji spolnog identiteta
Od 4. do 8. godine	<ul style="list-style-type: none"> • Enureza • Školska fobija • Poremećaji učenja • Opsesivno–kompulzivni simptomi (srednje djetinjstvo do adolescencija) • Shizofrenija (s početkom u djetinjstvu)
Od 8. do 15. godine	<ul style="list-style-type: none"> • Zlouporaba sredstava ovisnosti • Depresija- posebno suicid • Poremećaji hranjenja (anoreksija nervoza, bulimija) • Shizofrenija (s početkom u adolescenciji)

U *Tablici 2* navedena su neka znanja o patološkim procesima koja su potvrdila znanja o principima normalnog razvoja i koja su omogućila bolji uvid u neke normalne razvojne procese.

Tablica 2. Znanja o patološkom koja su potvrdila principe normalnog razvoja (prema Sroufe, 1990.)

<i>Poremećaj</i>	<i>Opažena ponašanja</i>	<i>Razvojni princip</i>
<i>ADHD</i>	Klinička slika se mijenja u razdoblju od djetinjstva do adolescencije	Razvojna transformacija i kontinuitet unutar promjene
<i>AUTIZAM</i>	Značajno zaostajanje u svim domenama socijalnog i kognitivnog funkcioniranja	Integracijska priroda razvoja
<i>ANOREKSIJA</i>	Dobar prediktor je rani perfekcionizam, ali ne i izbirljivost u prehrani	Kompleksnost razvojnih povezanosti
<i>POREMEĆAJ PONAŠANJA</i>	Izražena vremenska perzistentnost simptoma	Dijete kao aktivni čimbenik u oblikovanju svoje okoline
<i>DEPRESIJA</i>	Etiološko značenje ranih gubitaka (osobe, ljubavi, brige, ...)	Latentni, privremeno uspavani efekti

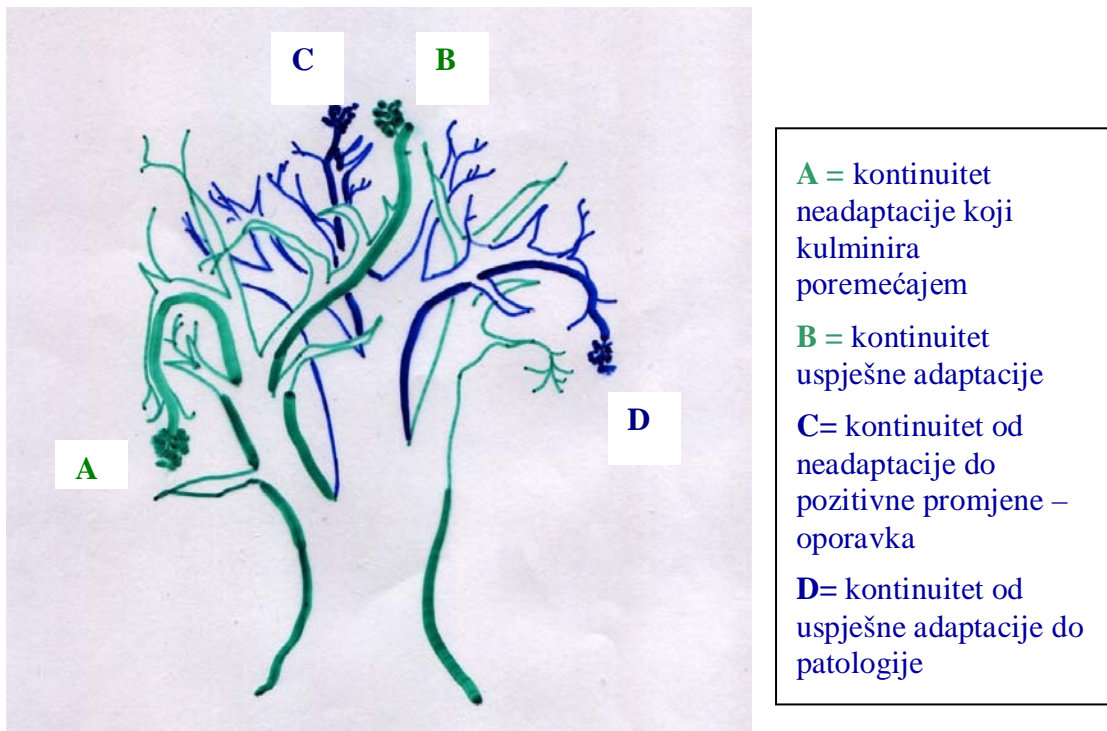
Tako se pokazalo da u poremećaju pod nazivom Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, hiperaktivnost se kao simptom uglavnom smanjuje u adolescenciji, dok problemi impulzivnosti i poremećene pažnje i dalje ostaju aktualni. Longitudinalni podaci pokazuju da postoji prepoznatljiv kontinuitet u ovom poremećaju, ali kontinuitet koji karakterizira razvojna transformacija. To ima značajne implikacije jer premda se klinička slika mijenja, u osnovi je isti poremećaj. U slučaju autizma poznato je da nije moguće imati ozbiljne kognitivne i perceptivne deficite, a u isto vrijeme nemati i socijalne teškoće. Autizam je samo najočigledniji primjer za integraciju, koju možemo pratiti i u većini ostalih poremećaja: npr. dijete s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem uglavnom ima i problema u školi kako s vršnjacima, učiteljicom, tako i školskom postignuću. U slučaju anoreksije kao poremećaja hranjenja pokazalo se da su njeni korijeni u ranoj rigidnosti i perfekcionizmu, ali nije nađena povezanost s prestankom sisanja, izbirljivosti u jelu, i sl. kao što se očekivalo. Neki autori smatraju da je u osnovi perfekcionizma i odbijanja uzimanja hrane ustvari pokazivanje samokontrole. Slično je utvrđeno i u slučaju poremećaja deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj gdje povećana aktivnost djeteta u dobi od dvije godine nije prediktor kasnije pojave ovog sindroma. Poremećaj ponašanja je najstabilniji poremećaj što se povezuje s povratnim informacijama koje ta djeca dobivaju iz okoline. Pokazalo su da su reakcije učitelja najčešće negativne i prijeteće, da ih vršnjaci ne vole i otvoreno odbacuju, te da su odnosi s roditeljima puni konflikata. Ovakve reakcije samo potkrepljuju neadaptivno ponašanje ove djece.

Posebno značajne spoznaje o razvoju djeteta u prve tri godine rezultirale su iz istraživanja poremećaja koji se pojavljuju u ranoj dobi (mentalne retardacije, autizma, pervazivnog razvojnog poremećaja i sl.) (Zaenah, 1997a i b.).

KONTINUITET PSIHOPATOLOŠKOG RAZVOJA

Alan Sroufe (1997) objašnjava kontinuitet psihopatologije koristeći staru metaforičku shemu Johna Bowlbija, u kojoj je koncept razvojnih putova prikazan pomoću drveta u kojem pojedine grane pokazuju put do djetetove pozitivne adaptacije i kompetentnosti ili do loše adaptacije i poremećaja (Slika 2).

Slika 2. Koncept razvojnih linija psihopatologije (Sroufe, 1997)



Koncept razvojnih putova imao je tri glavne implikacije za razvojnu psihopatologiju:

1. naglašena je razvojna dimenzija u psihopatologiji gdje je potrebno poremećaj promatrati u svjetlu adaptacijskih neuspjeha u određenom vremenu na razvojnom putu;
2. promovirana je ideja o dinamičnosti - promjena je moguća na bilo kojem dijelu razvojnog puta-općenito je neprikladno misliti o maladaptaciji kao o nečemu što dijete «ima» ili «nema» u smislu trajnog stanja;
3. mogućnosti za promjenu povezane su s prethodnim adaptacijama, tj. što je duže osoba na razvojnom putu koji je maladaptivan, mogućnosti za pozitivnu adaptaciju se smanjuju. Bowlby je smatrao da adolescencija predstavlja svojevrsni kraj relativne fleksibilnosti.

Kao i svaka metafora, tako i ovaj model razgranatih razvojnih putova ima svoja ograničenja, ali je neosporno da je u vrijeme kada je nastao bio vrlo koristan okvir za sistematizaciju znanja o razvoju i psihopatologiji.

Kada se govori o kontinuitetu u razvojnoj psihopatologiji, misli se na specifičnu pojavnost različitih psihopatoloških fenomena u različitim dobnim razdobljima, ali i na kontinuum pojavnosti od simptoma koji su uobičajeni do poremećaja koje doživljava manji broj osoba. **U razvojnoj psihopatologiji poremećaji se promatraju kao heterogeni entiteti čija se simptomatologija mijenja u funkciji razvoja.** Kada govori o djetinjstvu i adolescenciji, Kazdin (1989) govori o tzv. **razvojnoj supstituciji simptoma**, prema kojoj zbog brzih razvojnih promjena specifični klinički problemi mogu nestati i biti zamijenjeni nekim drugim kliničkim simptomima u kasnijoj dobi. Nadalje, neka problematična ponašanja koja mogu karakterizirati slabiju prilagodbu (poput npr. strahova, povećane aktivnosti, ispada bijesa i sl.) relativno su uobičajena u djetinjstvu i većina djece uspijeva ih prevladati odrastanjem. U dijagnostici je važno takva ponašanja prepoznati upravo kao prolazne reakcije, a ne stabilne, kronične poremećaje u prilagodbi. Npr. klinički simptomi depresije mogu biti dio normalnog razvoja svakog djeteta i ako s vremenom iščeznu i nemaju za posljedicu disfunkcionalno ponašanje djeteta ne smijemo ih promatrati kao dokaz "psihopatologije". Epidemiološka istraživanja pokazuju da su mnogi tzv. "ekvivalenti depresije" poput ispada bijesa, strahova, enureze i sl. relativno česti u djetinjstvu i obično iščezavaju s vremenom, te nisu dijagnostički značajni. Čak i neki specifičniji pokazatelji depresije mogu biti relativno uobičajeni: npr. plač kao manifestacija tuge kod djece pokazuje značajne varijacije u funkciji dobi: oko 18% šestogodišnjaka u usporedbi sa 2% djece u pubertetu plače 2 do 3 puta tjedno. Unatoč tome, Kovacs (1989) kaže da je u svakoj procjeni neophodan oprez, jer poremećaji na afektivnom planu nisu normalni razvojni fenomeni i djeca ih uglavnom ne "prerastaju" tako bezbolno kako se to uglavnom misli, te stoga zaslužuju punu pažnju kliničara.

U istraživanjima razvojnog psihopatologa zanima fenomenologija nekog psihološkog konstrukta na cijelom kontinuumu njegove pojavnosti – od normalnih, svakodnevnih, pojedinačnih simptoma do poremećaja koji značajno ometaju svakodnevno funkcioniranje. Podjednako su značajni visokorizični pojedinci koji s vremenom razvijaju patološke reakcije i stanja, kao i oni koji ta odstupanja ne pokazuju. Početci ovakvog pristupa prepoznaju se već u istraživanjima koje su započeli Stella Chess i Alexander Thomas još 1956. godine (Chess i Thomas, 1991). Longitudinalnim praćenjem grupe od 130 djece, od njihova rođenja do 22. godine, oni su utvrdili tri kategorije temperamenta: "laki", "teški" i "suzdržani" temperament. Iz grupe "teškog" temperamenta, koji karakterizira tendencija povlačenja, spora adaptibilnost, negativne emocije i biološka neregularnost, 70% djece je razvilo neki poremećaj ponašanja do svoje 9. godine. Međutim, posebno su indikativni bili nalazi vezani za preostalih 30% djece koja nisu pokazivala nikakve poremećaje: većina te djece i njihovih roditelja su tijekom tih 9 godina ili dobili stručnu pomoć ili su roditelji sami prevladali teškoće prilagođujući se i prihvaćajući djetetov ritam. U doba adolescencije ti mladi ljudi su postigli razvojno očekivane socijalne navike i akademske uspjehe, te stekli brojna prijateljstva. Autori su zaključili da djetetovo primarno ponašanje određeno njegovim temperamentom utječe na distres roditelja i njihovu konfuznost u odgoju i komunikaciji s djetetom, povratno potencirajući djetetove teškoće. Neka nedavna istraživanja potvrdila su nalaze Chess i Thomas: psihosocijalna prognoza za rizičnu grupu djece (teški temperament) može se poboljšati intervencijama koje su usmjerene na interakciju roditelja-dijete (Teerikangas i sur., 1998.).

Istraživanja o kontinuitetu patologije od djetinjstva do odrasle dobi očigledno je potrebno vrlo pažljivo planirati. Premda je za tri poremećaja (psihotični poremećaji, antisocijalno i agresivno ponašanje, mentalna retardacija) utvrđen najveći stupanj kontinuiteta, i u ovim slučajevima potreban je oprez. Npr. u istraživanjima Robinsa i suradnika (1978, prema Wenar, 1994) 70% odraslih osoba koje su imale poremećaj

antisocijalnog ponašanja pokazivalo je slična ponašanja i u djetinjstvu, što je upućivalo na prilično direktnu vezu. Međutim od ukupnog broja ispitanika koji su imali poremećaj u djetinjstvu, više od 50% nije pokazivalo antisocijalna ponašanja u odrasloj dobi, jedan dio je pokazivao neke druge oblike psihopatologije, a kod većine nisu uočena patološka ponašanja. Upravo razvojna psihopatologija pokušava dati odgovor na pitanje o kontinuitetu kroz opise različitih kliničkih slika istog poremećaja u različitim dobnim i spolnim skupinama. Npr. simptomi separacijske anksioznosti manifestiraju se različito u funkciji dobi: manja djeca (5-8 godina) uglavnom izražavaju zabrinutost vezanu za nerealno ozljeđivanje osoba kojima je dijete privrženo, te odbijanje odlaska u školu; djeca u dobi od 9 do 12 godina često pokazuju snažnu uznemirenost u situacijama separacije; dok se kod adolescenata (13-16 godina) najčešće uočava odbijanje odlaska u školu i tjelesne komplikacije. Noćne more sa separacijskim sadržajima uglavnom su prisutne kod djece mlađe dobi, dok su rijetke kod djece u dobi od 9 do 16 godina. Ovakvi nalazi daju smjernice za buduća istraživanja, a ujedno upozoravaju kliničare na neprimjerenost statičnog pristupa u psihodijagnostici i krutog pridržavanja opisa kliničkih slika u postojećim klasifikacijskim sistemima.

PSIHOPATOLOŠKE REAKCIJE I ADAPTACIJA

U razvojnoj psihopatologiji polazi se od pretpostavke da ni jedna osoba nije potpuno zaštićena od patoloških ili neadaptivnih posljedica, niti je na njih potpuno osuđena. Priroda razvojnih procesa karakterizirana je progresivnom transformacijom i adaptacijom: nova iskustva na biološkom, psihološkom i socijalnom planu otvaraju toj osobi mogućnosti za modifikaciju mehanizama adaptacije. Djetetovo ponašanje uvijek se može promatrati u svjetlu potrebe za adaptacijom okolini ili kontekstu u kojem dijete živi. Normalna i prirodna reakcija svakog djeteta je da se pokuša prilagoditi određenim ekološkim uvjetima ili, kada je to moguće, da utječe na te uvjete kako bi ih prilagodilo svojim potrebama. **Kada su ti uvjeti poremećeni ili patološki, djetetova adaptacija tim uvjetima je također patološka.** U tom smislu možemo i simptomatologiju promatrati dvojako: kao neadaptivne mehanizme kojima osoba prevladava nastale unutrašnje ili vanjske poteškoća i koji dugoročno gledano ne donose olakšanje i rješenje, ili pak kao jedine moguće mehanizme koje je ta osoba imala na raspolaganju i koji su najbolji oblik adaptacije. Oba tumačenja su u određenom kontekstu i za određenu osobu točna. Ideja o psihopatološkim reakcijama kao adaptacijskim ponašanjima nije nova u razvojnoj psihopatologiji, premda je danas ponovo vrlo aktualna. Naime, već je Anna Freud (1965) pisala o adaptacijskoj funkciji određenih poremećaja u životu djeteta, prvenstveno o anksioznosti koja izaziva odgovarajuće reakcije ili unutar ličnosti ili u njenoj okolini, za razliku od poremećaja ponašanja koji su uglavnom neadaptivni jer okreću okolinu protiv djeteta. Autorica smatra da anksioznost ima presudnu ulogu u stvaranju obrambenih mehanizama i očuvanju integriteta ličnosti, te stoga i važnu ulogu u procesu adaptacije. Slično mišljenje dominira i u novijim radovima, npr. Spielberger i Rickman (1990) kažu da stanja anksioznosti, koja osoba doživljava kao neugodna i bolna, ustvari stimuliraju strategije suočavanja koje će omogućiti izbjegavanje ili umanjivanje prijeteće situacije. Još jedan primjer u ovom smislu je koncept *mobilnosti funkcija* (Sroufe i Rutter, 1984), koji je ustvari suvremeni oblik psihoanalitičkog koncepta regresije i fiksacije u psihopatologiji. U ovom se konceptu polazi od pretpostavke da su ponašanja koja su nedavno integrirana najpodložnija dezorganizaciji i otvaranju puta k ranijim oblicima ponašanja. Jasna implikacija ovdje je da poremećeni oblici adaptacije mogu u nekim okolnostima biti «uspavani» i manifestirati se samo u razdobljima intenzivnog stresa ili u vrlo određenim okolnostima.

Jedno vrlo radikalno gledište o adaptacijskoj ulozi psihopatoloških simptoma ponudili su Fischer i suradnici (1997), koji smatraju da je nužan zaokret u tumačenju psihopatoloških

fenomena općenito, a posebice kada se radi o traumatskim iskustvima. Autori smatraju da ono što se tradicionalno opisuje kao "psihopatološko", "regresivno", "nezrelo", "nestrukturirano" ponašanje, ustvari znači vrlo razvijene, bogate, kompleksne i sofisticirane vještine adaptacije na traumu i suočavanje s vlastitim problemima. Npr. brze izmjene u ponašanju i raspoloženju tipa "približavanje - izbjegavanje" koje se mogu vidjeti kod zlostavljane djece, ustvari su vrlo smisljena i strukturirana ponašanja u situaciji kada dijete doživljava da ga ista osoba koja se o njemu brine ujedno i zlostavlja. Ova kombinacija dva suprotna oblika ponašanja ustvari je vrsta djetetova adaptivnog "samozaštitnog plesa" koja mu omogućuje da preživi u nemogućim životnim uvjetima.

ETIOLOŠKA MULTIDETERMINIRANOST PSIHOPATOLOŠKOG RAZVOJA

Razvojna psihologija danas promovira dvije vrlo popularne ideje o etiologiji i razvoju poremećaja: multideterminiranost i interaktivnost. Prema ovim idejama psihopatološki fenomeni imaju brojne uzroke koji međusobno djeluju jedni na druge i koji se mijenjaju tijekom vremena (prema Wenar, 1994.).

Etiologija različitih poremećaja promatra se kroz dobno različito strukturirane biološke, psihološke i socijalne sisteme. Uglavnom se radi o nelinearnoj dinamici razvoja koja se manifestira kroz multifinalnost i ekvifinalnost. *Multifinalnost* znači da različita simptomatologija može proizaći iz jednog etiološkog izvora. Tako Cicchetti i Toth (1998) navode da iako se smatra da su djeca depresivnih roditelja u povećanom riziku za razvoj depresije, epidemiološki rezultati pokazuju da ta djeca razvijaju širok spektar vrlo različitih poremećaja, a ne samo depresiju. Prema principu *ekvifinalnosti* isti simptomi mogu biti rezultat različitih etioloških faktora. Na *Slici 3* navedeni su primjeri za ekvifinalnost i multifinalnost u slučaju depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji.

Slika 3. Multifinalnost i ekvifinalnost u etiologiji depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2002)

MULTIFINALNOST =

različita simptomatološka slika može rezultirati iz istog etiološkog izvora

poremećena obiteljska komunikacija u ranoj dobi	E	↗	S1	= depresija
		↘	S2	= separacijska anksioznost
		⇒	S3	= poremećaj pažnje i koncentracije
		↖	S4	= poremećaj hiperaktivnosti
			S...	

EKVIFINALNOST =

ista simptomatološka slika može biti rezultat različitih etioloških faktora

Disregulacija neurotransmitera =	E1		
Gubitak drage osobe u ranom djetinjstvu =	E2	↖	
Nisko samopoštovanje =	E3	⇒	S depresija
Doživljaj odbacivanja od strane roditelja =	E4	↗	
	E...		

Upravo ovakav pristup omogućio je razumijevanje komorbidnosti u razvojnoj psihopatologiji. Istovremeno pojavljivanje simptoma koji opisuju različite poremećaje vrlo je često (preko 50% ukupnog broja djece koja se javljaju u klinike pokazuju jedan ili više komorbidnih poremećaja) i stoga je povlačenje jasnih granica između određenih kategorija ponekad gotovo nemoguće**. Osim toga, razvojne promjene dodatno kompliciraju odnose među kategorijama. Npr. longitudinalna istraživanja pokazuju da problemi koji udovoljavaju kriterijima za anksiozni poremećaj u djetinjstvu, kasnije mogu biti praćeni dodatnim problemima zbog kojih će ta klinička slika zadovoljavati kriterije za depresivni poremećaj (prema Achenbach i McConaughy, 1997). Kontekstualni pristup promoviran u radovima Sameroffa (2000) i njegovim longitudinalnim istraživanjima rezultirao je jednim novim shvaćanjem komorbidnosti. **Sameroff naime opisuje komorbidnost kao oblik tzv. multipatologije koja nastaje kada postoji velik broj rizičnih i mali broj zaštitnih čimbenika u razvoju neke osobe.** U tom smislu veći broj rizičnih faktora ne samo da pridonosi većoj patologiji, već i utječe na njenu kliničku sliku i komorbidnost.

U razvojnoj psihopatologiji dominantan je holistički i integrativni pristup. To znači da se pri donošenju zaključaka koristi multidimenzionalna procjena, da se razvoj pojedinca, pa tako i nastanak patoloških procesa ne promatraju odvojeno, kao u vakuumu, već u širem kontekstu. Istraživači u razvojnoj psihopatologiji prihvaćaju modele koji obuhvaćaju kompleksnost ponašanja, a da pri tome ne naglašavaju posebnu važnost ni jednog faktora posebno (geni, okolina, faktori rizika, zaštitni faktori,...), već više njihovo međudjelovanje kroz razvoj. Valja naglasiti da su upravo spoznaje u razvojnoj psihopatologiji utjecale na istraživanja u bihevioralnoj genetici, pri čemu se pokazalo da psihopatologija nije ekstremni oblik temperamenta ili osobina ličnosti kao što se pretpostavljalo (Nigg i Goldsmith, 1998), već je presudan utjecaj dodatnih genetskih i okolinskih čimbenika.

ZNAČENJE KONTEKSTA U RAZVOJU PSIHOPATOLOŠKIH POJAVA

U procesu nastanka i razvoja psiholoških problema u djece i adolescenata uvijek djeluje čitav niz okolnosti i faktora specifičnih za kontekst u kojem dijete živi. Kontekstualni pristup je zbog djetetove veće podložnosti vanjskim utjecajima i same prirode djetetova razvoja važniji za razumijevanje ponašanja i doživljavanja nego što je to za odrasle. Kontekstualni, ekološki pristup razvoju normalnog i patološkog ponašanja i doživljavanja uzima u obzir karakteristike okruženja u kojem dijete živi: odnose između **djeteta** (njegovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina), i **njegove okoline** (roditelja, braće i sestara, obiteljskih odnosa, vršnjaka i susjeda, škole i zajednice u kojoj živi, i šireg sociokulturalnog konteksta), ali i **specifične načine na koji ti faktori djeluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja**. Isto ponašanje u određenoj dobi, određenoj situaciji, određenom okruženju ili kulturi može biti prihvatljivo i normalno ponašanje, dok u drugoj može biti promatrano kao patološko.

U razvojnoj psihopatologiji pokušava se odgovoriti na pitanje o utjecaju određenih rizičnih i zaštitnih čimbenika u razvoju nekog poremećaja. Pri tome se važnost pridaje i udaljenijim čimbenicima koji posredno djeluju na dijete, a čija je uloga u nastanku i razvoju poremećaja bila dugo zanemarivana. Premda su socijalna previranja šezdesetih godina u Americi imala za posljedicu između ostalog i spoznaju o siromaštvu kao rizičnom čimbeniku u razvoju psihopatologije, veći interes za utjecaj zajednice i šireg konteksta u kojem dijete živi pojavio se tek nakon niza longitudinalnih istraživanja, posebice Garmezija i Ruttera

** *Konceptualni okvir za nalaženje odgovora na ova pitanja dobro je razrađen u teoriji Bahra Weissa i suradnika (1998)*

(prema Wenar, 1994). Sameroff (2000) i njegovi suradnici su prije 30 godina započeli istraživanje danas poznato kao Rochester longitudinalna studija, koje je imalo za cilj utvrditi utjecaj shizofrenije majke na dijete. Istraživanje kojem je u fokusu bilo dijete, završilo je kao istraživanje faktora okoline. Utvrđeno je, naime, ako je jedini faktor rizika bila shizofrenija majke, onda kod djece nisu zamijećeni nikakvi problemi. Ali, ako su osim shizofrenije majke postojali još i drugi faktori rizika, poput siromaštva, neobrazovanosti, nedostatka socijalne podrške, veći broj stresnih životnih događaja i dr., onda su takva djeca imala veći broj problema. No, prekretnicu su značili oni rezultati koji su pokazivali da velik broj problema imaju i djeca neshizofrenih majki kod kojih su evidentirani ostali navedeni faktori rizika (siromaštvo, neobrazovanost i dr.). Ukratko – Rochester studija je pokazala da su obiteljske i socijalne okolnosti jači rizični faktor od mentalnih poremećaja roditelja za nastanak neadaptivnih ponašanja kod djece.

Na ovu pojavu upozorio je i Rutter (1994), koji smatra da u proučavanju psihopatoloških fenomena trebamo znati više o kontekstu razvoja tog problema, a posebice o zaštitnim čimbenicima. On je ispitivao događaje poput rastave braka i gubitka roditelja, koji se često proučavaju u etiologiji psihičkih poremećaja kod djece. Autor je utvrdio da premda je gubitak roditelja jedan od najtraumatičnijih događaja u životu djeteta, samo u rijetkim slučajevima to iskustvo ima dugotrajne psihopatološke posljedice. Na prilagodbu djeteta utjecat će emocionalna podrška i stabilna sredina koju mu pruža roditelj ili druga odrasla osoba s kojom dijete živi. Događaji poput separacije i gubitka sami po sebi, izolirani, ne znače faktor vulnerabilnosti, ali to postaju u kombinaciji s psihosocijalnim problemima koji slijede nakon gubitka, posebice manjak brige za dijete i indiferentnost roditelja koji bi trebao nastaviti brinuti o djetetu nakon smrti drugog roditelja.

Kasnija istraživanja su pokazala da je za razvoj nekog poremećaja važniji broj rizičnih faktora od njihove kvalitete, vrste ili tipa. Tako se u tzv. Philadelphijskoj studiji pokazalo da **što je više rizičnih faktora, više je i patologije, a što je više zaštitnih faktora, više je i pozitivnih rezultata** (prema Sameroff, 2000). Pri tome je značajan nalaz bio da se ne radi o dva odvojena tipa faktora, već da se radi o kontekstualnim varijablama (roditelji, obitelj, susjedstvo, kulturološki faktori i sl.) koje su dimenzionalne (*Slika 4*).

Slika 4. Rizični i zaštitni faktori vezani uz psihološke probleme u djetinjstvu i adolescenciji

Predisponirajući faktori

<u>OSOBNI</u>	<u>OKOLINSKI</u>
<u>Biološki faktori</u> Genetska vulnerabilnost; pre- i perinatalne komplikacije; rane ozljede, nesreće ili bolesti <u>Psihološki faktori</u> Niski IQ; teški temperament; nisko samopoštovanje; eksternalni lokus kontrole	<u>Odnos djetete – roditelj u ranoj dobi</u> Problemi emocionalne vezanosti i privrženosti; manjak intelektualne stimulacije; autoritarni, kažnjavajući odgoj, popustljiv odgoj, zanemarivanje; <u>Negativni stresni događaji i problemi u ranoj dobi</u> Psihološki problemi (posebno depresija), alkoholizam i ovisnosti u obitelji; bračna nesloga i nasilje; odvajanje djeteta od obitelji, zlostavljanje djeteta, gubici i tugovanje, socioekonomski problemi obitelji



Precipitirajući faktori

Akutni stresni životni događaji, rat, ranjavanje, gubitci, progonoštvo, bolesti i ozljede, zlostavljanje, neuspjeh u školi; obiteljske krize (nezaposlenost, socioekonomski problemi i dr.)



PSIHOLOŠKI PROBLEMI



Održavajući faktori

<u>OSOBNI</u>	<u>OKOLINSKI FAKTORI</u>
negativno samopožanje; nisko samopoštovanje; loše socijalne vještine; nezreli mehanizmi obrane i disfunkcionalne strategije suočavanja	<u>Obitelj</u> Kritizirajuće ili kažnjavajuće interakcije; roditelji se previše i prenapadno upliću u djetetov život; roditelji su nezainteresirani ili zanemaruju dijete; nejasni komunikacijski obrasci; triangulacija; odsutnost jednog roditelja; <u>Roditelji</u> Psihološki problemi; bolest roditelja, bračna nesloga; nisko samopoštovanje roditelja; roditelji imaju nezrele mehanizme obrane i disfunkcionalne strategije suočavanja <u>Faktori vezani uz psihološki tretman</u> Obitelj poriče probleme, ambivalentna je i odbija plan tretmana; obitelji nedostaje socijalna podrška; obitelj nikada nije imala sličnih problema; Loša koordinacija među stručnjacima uključenim u rješavanje problema

Zaštitni faktori

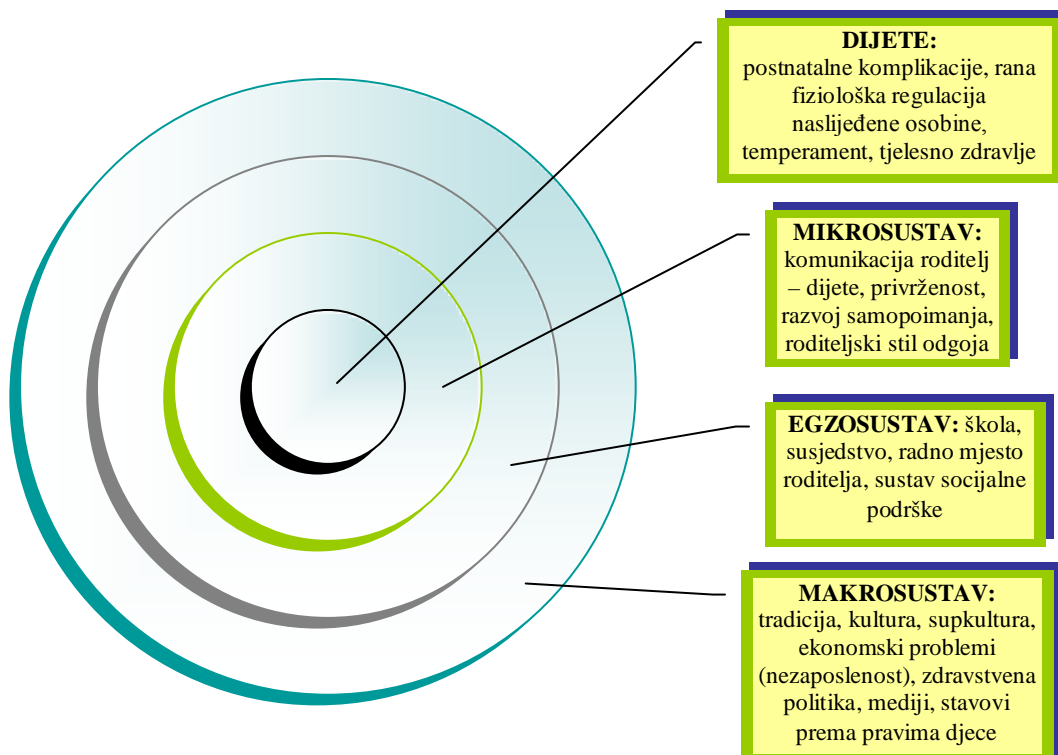
<u>OSOBNI</u>	<u>OKOLINSKI FAKTORI</u>
Dobro tjelesno zdravlje, redovite tjelesne aktivnosti <u>Psihološki faktori</u> Visoki kvocijent inteligencije; laki temperament; visoko samopoštovanje; zreli mehanizmi obrane; funkcionalne strategije suočavanja;	<u>Obitelj</u> Odnos između djeteta i roditelja karakterizira sigurna privrženost; jasne obiteljske komunikacije: fleksibilna obiteljska organizacija; uključenost oba roditelja; <u>Roditelji</u> Dobra roditeljska prilagodba; roditelji zadovoljni brakom; razumijevanje djetetovih problema i s tim usklađena očekivanja; visoko samopoštovanje; zreli mehanizmi obrane i efikasne strategije suočavanja <u>Faktori vezani uz psihološki tretman</u> Obitelj prihvaća da postoji problem, sudjeluje u izradi plana tretmana; obitelj ima podršku u široj socijalnoj mreži; obitelj je do sada već imala iskustava sa sličnim problemima; Postoji dobra koordinacija među stručnjacima uključenim u rješavanje problema

To znači da isti faktori na jednom kraju potiču psihičko zdravlje, a na drugom poremećaj, ali također isti faktori mogu biti rizični za neke oblike psihopatologije, ali zaštitni za druge. Npr. bihevioralna inhibicija u kombinaciji s visokom autonomnom reaktivnosti pokazala se rizičnim faktorom za anksiozne poremećaje, ali je istovremeno zaštitni faktor za delinkvenciju. Isto tako neki čimbenici u jednom razdoblju djetetova razvoja mogu djelovati rizično, dok je u drugom njihovo djelovanje zanemarivo. Npr. Loeber i suradnici (1998) su utvrdili da je jedan čimbenik iz makrosustava- loše susjedstvo- prediktor poremećaja samo kod mlađe djece (1. razred osnovne škole), ali ne i starije (7. razred osnovne škole). S druge strane, određeni čimbenici mogu biti rizični za razvoj specifičnih oblika patologije. Npr. Allen i suradnici (1998) su ispitivali prenatalne i perinatalne čimbenike u razvoju psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji. Tako se pokazalo da je veliki depresivni poremećaj povezan s izostankom dojenja i emocionalnim problemima majke tijekom trudnoće, anksioznost s bolestima djeteta tijekom prve godine života i anamnezom spontanih pobačaja u majke, poremećaji ponašanja s majčinim emocionalnim problemima tijekom trudnoće i teškim porođajem, i dr. No, autori napominju da je za razvoj poremećaja potrebno puno više od samo jednog faktora (npr. samo izostanak dojenja). Perinatalni i prenatalni čimbenici, isto kao i genetski, doprinose psihopatološkim poremećajima i predstavljaju dinamične procese u funkciji razvoja.

Rezultati ovog i sličnih istraživanja pridonijeli su značajno kontekstualnim, ekološkim modelima u razvojnoj psihologiji i psihopatologiji. **Kontekstualni pristup omogućuje nam uvid u proces nastajanja nekog poremećaja, pomaže nam da shvatimo kako je došlo do razvoja nekih simptoma i, što je najvažnije, daje nam šansu da odgovorimo na pitanje što taj simptom znači osobi u prevladavanju njenih životnih problema.** Dva kontekstualna modela koja naglašavaju integraciju, interakciju i transakciju različitih faktora u njihovu djelovanju na razvoj psihopatologije jesu Bronfenbrennerov model ekološke integracije i transakcijski model koji je predložio Arnold Sameroff.

Teorija ekoloških sustava ili ekološki transakcijski model Uriea Bronfenbrennera (1977) je multidisciplinarni postupak analize i integracije znanja iz područja razvojne psihologije, kliničke psihologije, psihijatrije, epidemiologije, genetike i neuropsihologije. Osoba se promatra u okviru slojevitog socijalnog konteksta (*Slika 5*).

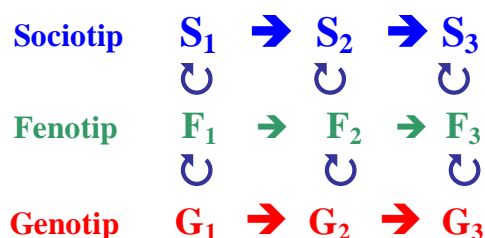
Slika 5. Bronfenbrennerov model ekološke integracije



Na okolinu se gleda kao na niz međusobno povezanih slojeva od kojih oni koji su najbliže osobi imaju najneposredniji utjecaj, a oni udaljeniji utječu posredno. Pojedinac i okolina neprekidno utječu jedno na drugo na dvosmjernan, transakcijski način. Najbliži osobi je upravo *mikrosustav*, koji predstavlja sposobnosti adaptacije, a na ovoj razini se poremećaj može promatrati u funkciji rane fiziološke regulacije i komunikacije roditelja s djetetom, razvoja sigurne privrženosti, neuropsihološke maturacije, te razvoja samopoimanja. *Egzosustav* je ekološka razina direktno povezana s podrškom u zajednici (škola, susjedstvo), te dostupnosti stručnjaka i savjetovališta za pomoć. Na razini *makrosustava* danas je još uvijek vrlo malo istraživanja, premda autori naglašavaju važnu posrednu ulogu faktora poput kulturalnih vrijednosti, vjerovanja, socijalnih stavova i sl. na razvoj psihopatologije.

Transakcijski model razvoja Arnolda Sameroffa (2000) također podrazumijeva uzajamnost djelovanja genetskih i okolinskih regulatora ponašanja (*Slika 6*). Sameroff je pretpostavio da koliko genotip djeluje kao biološki regulator djetetova ponašanja, sociotip u istoj mjeri djeluje kao socijalni regulator.

Slika 6. Model transakcijskog razvoja (Sameroff, 2000)



Prema ovom modelu djetetovo ponašanje u bilo kojoj točki tijekom njegova razvoja je rezultat transakcije između fenotipa, tj. djeteta, vanjskog iskustva, tj. sociotipa i biološke organizacije, tj. genotipa. Najintenzivnija interakcija s biološkim sistemom je u razdoblju od začeca do rođenja. Taj proces se nastavlja manje dramatično nakon rođenja, s nekim izuzecima (npr. početak puberteta ili senilnost u starijoj dobi), a dominira interakcija sa socijalnim sistemom. Rezultati tih izmjena i transakcija su postupno stjecanje osobnih sposobnosti za biološku samoregulaciju i razvoj bihevioralne samoregulacije. Premda djeluje jednostavno, ovaj model naglašava da nije dovoljno poznavati samo sociotip, niti samo genotip neke osobe da bi se shvatilo kako nastaju određena razvojna odstupanja. Sameroff to opisuje slikovito i kaže kako je na biološkoj razini potrebno preko 100 000 gena da bi se jajašce transformiralo u tijelo odraslog čovjeka, pri čemu svaki gen djeluje u određenom stupnju u određenom vremenu na određenom mjestu. Isto tako potrebno je preko 100 000 događaja da bi se oblikovalo kompleksno psihološko funkcioniranje odraslog čovjeka, pri čemu se svaki događaj integrira kroz različita iskustva, u različito vrijeme u različitim kontekstima i različitim osobnim kapacitetima.

ISTRAŽIVANJA U RAZVOJNOJ PSIHOPATOLOGIJI

Istraživačke smjernice i postupci u razvojnoj psihopatologiji izvedeni su iz dobro poznatih teorija. Npr. istraživanja o utjecaju ranih interakcija djeteta i majke na razvoj psihopatoloških simptoma temelje se na teoriji privrženosti Johna Bowlbyja, antecedentama privrženosti Mary Ainsworth i posljedicama određenih tipova privrženosti Alana Sroufa. Istraživanja u okviru razvojne psihopatologije pokrivaju tri široka područja (Kovacs, 1989):

(1) ispitivanje načina na koji karakteristike razvoja mogu utjecati na pojavu i formiranje poremećaja (npr. kako kognitivni razvoj pridonosi pojavljivanju određenih psiholoških simptoma i u kojoj mjeri oblikuje kliničku sliku nekog poremećaja);

(2) ispitivanje načina na koji psihopatološke promjene mogu utjecati na razvoj sposobnosti i vještina (npr. kako neki simptomi poremećaja u školskoj dobi usporavaju djetetov kognitivni razvoj u nekim područjima, te utječu na djetetovu koncentraciju i verbalno iskazivanje znanja), i

(3) istraživanja pojavnog kontinuiteta ili diskontinuiteta poremećaja u funkciji rasta i razvoja (npr. u većini istraživanja se pokazalo da separacijska anksioznost u djetinjstvu prerasta tijekom adolescencije u socijalnu fobiju, te agorafobiju ili panični poremećaj u kasnijoj dobi).

U istraživanjima koja su unaprijedila razumijevanje psihopatologije djetinjstva i adolescencije vrlo često se kombiniraju rezultati dobiveni kliničkim opservacijama s

rezultatima multivarijantnih statističkih postupaka poput onih Tomasa Achenbacha i njegovih suradnika (1989, 1997; Sullivan, 1998).

Još jedna specifičnost istraživanja u kojima se ispituje fenomenologija psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji je da se provode u podjednakoj mjeri i u kliničkim i nekliničkim uzorcima. Pri tome se polazi od pretpostavke o dimenzionalnoj pojavnosti najvećeg broja psihopatoloških fenomena koji se u populaciji distribuiraju od simptoma slabog intenziteta do ekstremnih oblika koji upućuju na psihopatološki proces. Za potpuno razumijevanje strukture takvih konstrukata potrebno je zahvatiti simptomatologiju na cijelom kontinuumu. S metodološkog aspekta stoga se čini neprimjerenim ispitivati ove konstrukte samo u kliničkim uzorcima djece kod koje je dijagnosticiran poremećaj, jer se time gube važne informacije o općoj strukturi tog poremećaja, te njegovoj pojavnosti u odnosu na normalne razvojne promjene.

U istraživanjima se također značajna pažnja posvećuje procjenama koje daje samo dijete ili adolescent. Razlog tome su rezultati brojnih istraživanja u kojima je općenito utvrđeno da o internaliziranim simptomima i problemima puno pouzdanije izvještavaju sama djeca nego druge osobe, da procjene koje daju djeca imaju veću prediktivnu snagu od procjena roditelja, te da postoji razlika u broju i vrsti simptoma koje opisuju djeca i njihovi roditelji. Roditelji u pravilu opisuju manji broj simptoma nego sama djeca, i općenito imaju više problema u procjeni internaliziranih nego eksternaliziranih simptoma i ponašanja (Zaenah i sur., 1997). Slaganje između procjena odraslih i djece je relativno slabo - korelacije su uglavnom prilično niske (od 0,20 do 0,30), s tim da je veće slaganje između procjena roditelja i djece utvrđeno kad se radi o djevojčicama nego kad se radi o dječacima (Achenbach i McConaughy, 1997). Također postoje značajne razlike među različitim procjenjivačima (nastavnicima, roditeljima, odgajateljima i dr.).

U razvojnoj psihopatologiji posebno se njeguje tradicija longitudinalnih i epidemioloških istraživanja kao najboljih strategija ispitivanja dinamike razvoja psihopatologije (Jensen i sur., 1993; Willett i sur., 1998).

ZAKLJUČAK

Od kraja sedamdesetih godina prošlog stoljeća do danas u okvirima razvojne psihopatologije stvarana je nova orijentacija u tumačenju psihopatologije. Oblikovan je pristup koji u proučavanju i tumačenju različitih poremećaja uzima u obzir transformacije u fenomenologiji poremećaja s obzirom na međusobnu interakciju različitih faktora (dob, spol, djelovanje rizičnih i zaštitnih faktora, multideterminiranost u etiopatogenezi i dr.). Temeljna postavka u razvojnoj psihopatologiji je da je svaki poremećaj dinamični proces, a ne statična kategorija, i da se svaka osoba tijekom svog života kreće između patoloških i nepatoloških oblika funkcioniranja. U tom smislu je presudno poznavati razvojni put svakog pojedinca, ali i principe razvojne psihologije općenito, kako bismo mogli razumjeti koja ponašanja znače patološka odstupanja.

Osnovna obilježja principa razvojne psihopatologije kako su opisana u ovom radu uključuju razumijevanje kauzalnih procesa, prihvaćanje razvojnih i adaptacijskih mehanizama, te razmatranje kontinuiteta i diskontinuiteta između normalnosti i psihopatologije.

Specifičnim pristupom u istraživanjima, te tzv. mini teorijama, razvojna psihopatologija postavila je mnoge zanimljive hipoteze koje su temelj budućim istraživanjima u ovom području.

POPIS LITERATURE

1. Abramson L.Y., Metalsky G.I., Alloy L.B. (1989) **Hopelessness depression: a theory - based subtype of depression**, *Psychological Review*, Vol.96, No.2, 358-372.
2. Achenbach T.M., Conners K.C., Quay H.C., Verhulst F.C., Howell C.T. (1989) **Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/ adolescent psychopathology**, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.17, No.3, 299-323.
3. Achenbach T.M., McConaughy S.H. (1997) *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*, London: SAGE Publications.
4. Allen N.B., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. (1998) **Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence**, *Development and Psychopathology*, 10, 513-529.
5. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, New York: The Guilford Press.
6. Bronfenbrenner U. (1977) **Toward an experimental ecology of human development**, *American Psychologist*, Vol.32, 513-531.
7. Carr A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, London, New York: Routledge.
8. Chess S., Thomas A. (1991) **Temperament**, u Lewis M. (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatry*, Baltimore:Williams & Wilkins, 145-161.
9. Cicchetti D. (1993) **Developmental Psychopathology: Reactions, reflections, projections**, *Developmental Review*,13,471-502.
10. Fisher K.W., Ayoub C., Singh I., Noam G., Maraganore A., Raya P. (1997) **Psychopathology as adaptive development along distinctive pathways**, *Development and Psychopathology*, Vol.9, 749-779.
11. Freud A. (1965) *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*, New York, International Universities Press.
12. Jensen P.S., Koretz D., Locke B.Z., Schneider S., Radke-Yarrow M., Richters J.E., Rumsey J.M. (1993) **Child and adolescent psychopathology research: Problems and prospects for 1990s**, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.21, No.5, 551-580.
13. Jessor R. (1998) *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, Cambridge: University Press
14. Kazdin A.E. (1989) **Developmental psychopathology: Current research, issues and directions**, *American Psychologist*, Vol.44, No.2, 180-187.
15. Kovacs M. (1989) **Affective disorders in children and adolescents**, *American Psychologist*, Vol.44, No.2, 209-215.
16. Lacković –Grgin K. (2000) **Prilog koncipiranju nove teorije životnog vijeka**, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 39(16), 143-153.
17. Loeber R., Farrington D.P., Stouthamer-Loeber M., Van Kammen W.B. (1998) **Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use,**

- attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood and shy / withdrawn behavior**, u Jessor R.(ed.) *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, Cambridge University Press, 90-149.
18. Nigg J.T., Goldsmith H.H. (1998) **Developmental psychopathology, personality and temperament: Reflections on recent behavioral genetics research**, *Human Biology*, 70, 2, 387-412.
 19. Peterson C. (1996) *The Psychology of Abnormality*, Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers
 20. Rehm L.P. (1989) **Behavioral models of anxiety and depression**, u Kendall P.C., Watson D. (Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc., 55-79.
 21. Rohner R.P. (1999) **Acceptance and rejection**, u Levinson D., Ponzetti J., Jorgensen P., (Eds.) *Encyclopedia of Human Emotions*, New York:Macmillan Reference, Vol.1, 6-14.
 22. Rutter M. (1994) **Beyond longitudinal data: Causes, consequences, changes and continuity**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.62, No.5, 928-940.
 23. Rutter M. (2000) **Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs**, *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.
 24. Rutter M., Sroufe L.A. (2000) **Developmental psychopathology: Concepts and challenges**, *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
 25. Rutter M., Dunn J., Plomin R., Simonoff, Pickles A., Maughan B., Ormel J., Meyer J., Eaves L. (1997) **Integrating nature and nurture: Implications of person- environment correlations and interactions for developmental psychopathology**, *Development and Psychopathology*, No.9, 335-364.
 26. Sameroff A.J. (2000) **Developmental systems and psychopathology**, *Development and Psychopathology*, 12(3): 297-312.
 27. Spielberger C.D., Rickman R.L. (1990) **Assessment of state and trait anxiety**, in Sartorius N. et al. (ED.) *Anxiety :Psychobiological and Clinical Perspectives*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, 69-83.
 28. Sroufe L.A. (1990) **Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology**, *Development and Psychopathology*, 2, 335-347.
 29. Sroufe L.A (1997) **Psychopathology as an outcome of development**, *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
 30. Sroufe L.A., Rutter M. (1984) **The domain of developmental psychopathology**, *Child Development*, 55, 17-29.
 31. Sullivan M.L. (1998) **Integrating qualitative and quantitative methods in the study of developmental psychopathology in context**, *Development and Psychopathology*, 10, 377-393.
 32. Teerikangas O.M., Aronen E.T., Martin R.P., Huttunen M.O. (1998) **Effects of infant temperament and early intervention on the psychiatric symptoms of adolescents**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37,10, 1070-1076.
 33. Vasta R., Haith M.M., Miller S.A. (1997) *Dječja psihologija*, Jastrebarsko,: Naklada Slap.
 34. Vulić-Prtorić A. (2002) **Depresivnost u djece i adolescenata**, neobjavljeni rukopis.

-
35. Weiss B., Susser K., Catron T. (1998) **Common and specific features of childhood psychopathology**, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.107, No.1, 118-127.
 36. Wenar C. (1994) *Developmental Psychopathology: from Infancy through Adolescence*, New York: McGraw-Hill.
 37. Willett J.B., Singer J.D., Martin N.C. (1998) **The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: Statistical models and methodological recommendations**, *Development and Psychopathology*, 10,345-426.
 38. Zaenah C.H., Boris N.W., Scheeringa M.S. (1997a) **Psychopatology in infancy**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.38, No.1, 81-99.
 39. Zaenah C.H., Boris N.W., Larrieu J.A. (1997b) **Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 36, No.2, 165-178.