

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA  
VLOGA DUŠEVNIH MOTENJ NA NEPRILAGOJENOST  
MLADOSTNIKOV

EVA ŠILC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Vloga duševnih motenj na neprilagojenost mladostnikov**

(The impact of mental disorders on juvenile delinquency)

Ime in priimek: Eva Šilc

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos, dr. med., spec. psih.

Koper, avgust 2014

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Eva ŠILC

Naslov zaključne naloge: Vloga duševnih motenj na neprilagojenost mladostnikov

Kraj: Koper, Republika Slovenija

Leto: 2014

Število listov: 30

Število tabel: 2

Število referenc: 57

Mentor: doc. dr. Matej Kravos, dr. med., spec. psih.

Ključne besede: Neprilagojenost, mladostnost, duševne motnje

Izvleček:

Neprilagojenost mladostnikov je velik družbeni problem. Večina mladoletnih prestopnikov dosega kriterije za vsaj eno duševno motnjo. Mladoletniki z duševnimi motnjami imajo povečano tveganje za prezgodnjo smrtost, samomor in zlorabo psihoaktivnih substanc ter povečano tveganje za neprilagojeno dejanje. Motnje vedenja in čustvovanja mladostnikov ter motnje zaradi škodljivega uživanja ali odvisnosti od psihoaktivnih snovi so najpogosteje ugotovljene motnje mladoletnih prestopnikov v zaporu. Za nastanek čustvenih in vedenjskih motenj mladostnikov so pomembne nekatere odzivne in značajske lastnosti osebe, kot so slabša sposobnost samoobvladovanja, manjša sposobnost premagovanja neuspehov in konfliktov, večja občutljivost oziroma ranljivost za neugodna doživetja in večja sprejemljivost za slabe vplive. Rezultati raziskav so pokazali, da ima rasa vpliv samo pri moških prestopnikih in, da so zloraba substanc ter kronične družinske težave velik napovednik prestopništva pri moških. Napovednik prestopništva mladostnic pa so duševne motnje. Tveganje za neprilagojena dejanja mladostnikov z bipolarno motnjo je večja kakor pri mladostnikih z vedenjskimi motnjami, pervazivnimi razvojnimi motnjami, duševnimi manjrazvitostmi in motnjami pozornosti s hiperaktivnostjo. Prva je tudi napovednik za verjetno kasnejšo neprilagojenost.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Eva ŠILC

Title of the final project paper: The impact of mental disorders on juvenile delinquency

Place: Koper, Republic of Slovenia

Year: 2014

Number of pages: 30

Number of tables: 2

Number of references: 57

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: Mental disorders, adolescents, delinquency

Abstract:

A Juvenile delinquency represents a great social problem. Most of the juvenile delinquents reach the criteria for at least one mental disorder. Teenagers with mental health disorders have an increased risk for of dying too early, suicide and abuse of psychoactive substances and an increased risk for a criminal act. Emotional and behavior disorders, disorder of substance abuse or addiction to psychoactive substances are the most common findings to establish disorders in juvenile delinquents sentenced to jail time. Decreased ability of self-control, increased sensitivity to adverse experiences, greater acceptability for bad influences and decreased ability to overcome failures and conflicts are responsible factors for the appearance of emotional and behavior disorders. The research results showed that the race, chronic abuse of psychoactive substances and family problems have an impact only on male offenders. Predictors of juvenile delinquency in females are mental disorders. The risk of unadjusted acts of juvenile delinquents with bipolar disorder is higher than in adolescents with conduct disorder, pervasive developmental disorders, intellectual disability and attention deficit hyperactivity disorder. The first is also a predictor of later maladjustment.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se svojemu mentorju g. doc. dr. Mateju Kravosu, za vse nasvete, potrpežljivost in strokovno pomoč, ki je bila ključna pri pripravi diplomske naloge.

Hvala mag. Vesni Jug, ki mi je pomagala pri izbiri teme in začetkih pisanja diplomske naloge.

Hvala staršem, ki so mi omogočili študij in me pri tem podpirali.

## KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	NAPOVED AGRESIVNEGA VEDENJA	2
2.1	Patologija	2
2.1.1	Teorija socialnega učenja in neprilagojenost	2
2.1.2	Socialno učenje in agresivnost	3
3	POGOSTNOST NEPRILAGOJENOSTI	4
3.1	Pojavnost mladoletniškega prestopništva v svetu in v Sloveniji	4
3.2	Neprilagojenost kot družbeni problem	6
4	OPIS IN DEJAVNIKI POSAMEZNIH MOTENJ	7
4.1	Motnje vedenja	7
4.2	Anksioznost	8
4.3	Hiperkinetični sindrom (motnje pozornosti s hiperaktivnostjo)	9
4.4	Depresivna motnja	10
4.5	Zloraba psihoaktivnih snovi	11
4.6	Nižje intelektualne sposobnosti	11
4.7	Opozicionalno kljubovalno vedenje	12
4.8	Bipolarna motnja	12
5	VZROKI NEPRILAGOJENOSTI MLADOSTNIKOV	13
5.1	Ključne razvojne točke, pomembne za razvoj delinkventnosti	13
5.2	Psihološke lastnosti, ki se pogosto povezujejo s prestopniškim vedenjem	14
6	NAREJENE RAZISKAVE NEPRILAGOJENOSTI IN DUŠEVNIH MOTENJ	15
7	PREVENTIVA NEPRILAGOJENOSTI MLADOSTNIKOV	17
7.1	Varovalni dejavniki duševnega zdravja	17
7.2	Preventiva v okviru samouresničujoče se prerokbe	17
7.3	Preventiva v okviru vzgojnih zavodov	17
8	CILJI PREVENTIVE MLADOSTNIŠKE NEPRILAGOJENOSTI	18
9	SKLEPI	19
10	LITERATURA IN VIRI	20

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Obsojeni mladoletniki po glavni kazenski sankciji in spolu	5
Tabela 2: Obsojene mladoletne osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep ali kazen glede na skupino kaznivih dejanj	5

## 1 UVOD

Delinkvenca pomeni kršitev zakona (pravniški termin) in je enaka disocialnosti (psihološki termin) (Svetin Jakopič, 2005). Mladoletne osebe so osebe, ki še niso dopolnile 18 let. Ko govorimo o mladostniški delinkventnosti imamo v mislih mladoletno osebo, ki je ravnala v nasprotju z dogovorjenimi merili. Pravni status mladoletnih oseb ni enak pravnemu statusu odraslih. Zaradi tega so neprilagojeni mladoletniki obravnavani drugače od odraslih (Siegel in Welsh, 2011).

Večina mladoletnih prestopnikov dosega kriterije za vsaj eno duševno motnjo (Olvera, Semrud-Clikeman, Pliszka, in O'Donnell, 2005; Zhou, Chen, Wang, Caib, Zhang, Qiuc, idr., 2012). Najpogostejše duševne motnje, ki so jih ugotavljali pri neprilagojenih mladostnikih so depresivne motnje, motnje pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, motnje vedenja, anksioznost, zlorabe psihoaktivnih snovi, bipolarnost in duševne travme. Motnje vedenja in čustvovanja mladostnikov ter škodljivo uživanje ali odvisnost od psihoaktivnih snovi so najpogosteje ugotovljene motnje mladoletnih prestopnikov obsojenih na prestajanje zapornih kazni (Shufelt in Cocozza 2006; Teplin, Abram, McClelland, Mericle, Dulcan in Washburn, 2006; Wasserman in McReynolds, 2004).

Namen diplomske naloge je pregled vpliva duševnih motenj mladostnikov na neprilagojena (delikventna) dejanja. Torej v kolikšni meri so mladostniki neprilagojeni zaradi duševnih motenj. Nadalje je namen opredeliti katere so najpogostejše duševne motnje neprilagojenih oseb in opredeliti najboljšo preventivo zanje. Z zaključki bo mogoče opredeliti smernice za izdelavo preventivnih načrtov, ki bi jih bilo morda mogoče uveljaviti v praksi.

Delovna hipoteza diplomske naloge je, da se neprilagojenost mladostnikov razvija stopenjsko. Na vsaki stopnji osebnostnega razvoja, vplivajo na nastanek neprilagojenosti različni in številni dejavniki. Ti so: dejavniki v družini (nezainteresiranost in neprizadevnost staršev za vzgojo otrok, družina pri kateri otrok nima ustreznega vzorca za učenje moralnih norm in socialnega vedenja, odsotnost nadzora nad otrokom,... (Popović, 2010)), šolska neuspešnost, težave pri vključevanju v proces izobraževanja in socialno okolje (Tomori, 2000). Najpogostejši skupni dejavnik neprilagojenosti mladostnikov so duševne motnje (Tomori, 2000; Prelog, 2000; Lamovec, 1978).



## 2 NAPOVED AGRESIVNEGA VEDENJA

Učinkovita napoved agresivnega vedenja je pomembna za preprečevanje in kontrolo ustreznosti samih posegov (Kristančič, 2002). V pomoč so raziskave, kjer so ugotovili, da je nasilno oziroma kriminalno vedenje tesno povezano z demografskimi spremenljivkami, preteklim kriminalnim vedenjem posameznika, starostjo, spolom, socialno-ekonomskim statusom in zlorabo psihoaktivnih snovi. Za uspešno napoved agresivnega vedenja v odrasli dobi je pomembno prepoznavanje ustreznih dejavnikov iz otroštva kot je prikrajšanost za materino ljubezen, šibka identifikacija z očetom, enureza<sup>1</sup>, piromanija, krutost do živali, zloraba otroka s strani enega ali obeh staršev, agresivnost otroka v starosti osmih let, daljša odsotnost očeta, nizka stopnja poistovetenja s starši, nagnjenost h gledanju nasilnih televizijskih programov, odsotnost nadzora v otroštvu, izguba samozaupanja matere, stalna agresivnost staršev, nizke umske sposobnosti in neuspešnost v šoli (Goldstein, 1974 po Kristančič, 2002). Hellman in Blackeman (1966) navajata kot napovedi agresivnega vedenja posameznika še enurezo, piromanijo, krutost in mučenje živali.

### 2.1 Patologija

#### 2.1.1 Teorija socialnega učenja in neprilagojenost

Po teoriji socialnega učenja je prestopništvo naučeno, tako kot je naučeno ustrezno oz. konformno vedenje. Po teoriji socialnega učenja sta učenje z opazovanjem in neposredna izkušnja najpomembnejši obliki učenja. Učenje za opazovanjem je oblikovanje lastnega vedenja s posnemanjem in odstranjevanjem zavor pred nameravanim prestopniškim vedenjem. Vedenje je naučeno s spodbujevanjem ali nagrajevanjem. Ne razvije se, ko ni okrepitev ali nagrad (Meško, 2006).

Bandura (1973) razlikuje med učenjem in izvajanjem agresivnega vedenja. Agresivnosti se lahko naučimo z zgledi in z opazovanjem. Verjetnost, da zgled posnemamo, je odvisna od zaznanih posledic dejanja – če otrok vidi, da je bil z agresijo dosežen cilj, ta deluje kot nadomestna utrditev in otrok jo bo posnema. Če pa otrok vidi, da je agresivnost kaznovana, potem se bo takega vedenja sicer naučil, vendar bo manj verjetno, da ga bo ponovil (Bandura, 1973).

---

<sup>1</sup> Enureza: je nenadzorovano izločanje urina pri otroku, ki nima, telesnih obolenj sečil, v obdobju, ko bi morale biti higienske navade že utrjene (Duh, 2000).

### 2.1.2 Socialno učenje in agresivnost

Teorija socialnega učenja ne zanika motivacijskih dejavnikov pri učenju in vztrajanju agresivnega vedenja<sup>2</sup>, vendar jih pojmuje širše in mednje vključuje tudi socialna ojačenja. Tem pripisuje celo odločilen pomen, saj predpostavlja, da osnovni vzroki vedenja ne ležijo v posamezniku samem, temveč v socialni situaciji. Omenjena teorija izvira iz »socio-vedenjske« usmeritve, po kateri človek ni izključno odraz notranjih sil niti ni pod popolnim vplivom okolja (Lamovec, 1987). Psihološko delovanje lahko razumemo kot dvosmerni vpliv med vedenjem in pogoji, ki ga povzročajo. Posameznik si s simboli ponazori (predstavlja) zunanje pogoje in z njihovo pomočjo načrtuje svoje vedenje, ki pa ni le slepo prilagajanje okolju. Okolje v katerem posameznik živi, vpliva na njegovo vedenje, hkrati pa s svojim vedenjem posameznik okolje tudi spreminja (Lamovec, 1987).

Oseba z duševno motnjo, tako kot oseba brez nje, si v svojem okolju ustvari vzorce vedenja na podlagi katerih lahko normalno funkcionira, prav tako pa se njegova okolica navadi nanj in ga takšnega sprejme. Če ne, si najde drugo družbo/prijatelje, ki ga sprejmejo. Ker vsaka oseba svoje vedenjske vzorce z leti utrjuje in nato ponotranji, je pomembna zgodnja preventiva pred neprimernimi vedenjskimi vzorci.

### 2.1.3 Samouresničujoča se prerokba in agresivnost

Samouresničujoča se prerokba je, napačno prepoznavanje situacije, ki izzove novo vedenje. Tako se primarno napačna ocenitev uresniči. Navidezna veljavnost samouresničujoče se prerokbe ohranja prevlado napake, kajti posameznik bo dejanski izhod dogodkov videl kot dokaz, da je imel že od začetka prav.« (Merton, 1948)

V kolikor oseba zazna, da okolje/družina v določeni socialni situaciji od nje pričakuje negotovo vedenje, bo lahko postala sramežljiva (sprememba koncepta sebe), vendar ni nujno, da bo njeno vedenje takšno (Gomboc, 2011).

---

<sup>2</sup> Agresivno vedenje je vsako dejanje, ki ima namen škoditi drugi osebi, predmetu ali živali, ki tega ne želi (Bužan, 2010). Je dejanje posameznika, ki povzroči nekaj neprijetnega drugi osebi (Buss, 1961) in vsako vedenje, ki je usmerjeno takojšnjemu povzročanju škode (Anderson in Bushman, 2001)

### 3 POGOSTNOST NEPRILAGOJENOSTI

V starosti od 8. do 15. leta je prestopništvo enako pogosto v vseh letih med 8. in 15. (Brinc, 2000). Po 15. letu začne prestopništvo naglo upadati, saj je pri večini mladostnikov prestopništvo samo prehodne narave in bolj situacijsko kot motivacijsko pogojeno. Večina mladoletnih prestopnikov, ne glede na uporabljene ukrepe, preneha s prestopništvom sama od sebe, ko osebnostno dozori zaradi vpliva okolja ali socialno-psihološke samoregulacije. Po 18. letu nadaljujejo s prestopništvom le še tisti najbolj osebnostno moteni, ki so s prestopništvom začeli že zgodaj v otroštvu (Brinc, 2000).

V poročilu ameriške pediatrične akademije poročajo o mladoletnih prestopnikih so pokazale razširjenost različnih duševnih motenj med njimi, in sicer so v 1-6% prisotne psihoze, v 20-60% vedenjske motnje in v 32- 77% motnje aktivnosti in pozornosti (American Academy of Pediatrics report, 2001). Druge raziskave pa kažejo da je razširjenost katerekoli duševne motnje pri mladoletnih prestopnikih med 19% in 78% (Golzari, Hunt in Anoshiravani (2006).

Verjetnost pojava vedenjskih motenj je večje pri deklicah. Saj je prevalenca 10-20krat, pri dečkih pa 10krat višja kot pri odraslih (Loeber in drugi, 2000). Tveganje za nastanka psihoze mladostnikov je desetkrat večja, kot pri odraslih medtem, ko za motnje hiperaktivnosti in pozornosti od dva do štirikrat (Costello, Egger in Angold, 2005). Tveganje za veliko depresijo je pri deklicah od štiri do petkrat večje kot pri dečkih in dvakrat večje v primerjavi z odraslimi (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler in Angold 2003).

#### 3.1 Pojavnost mladoletniškega prestopništva v svetu in v Sloveniji

Raziskave prestopniškega vedenja kažejo, da velik delež mladostnikov vsaj enkrat naredi prestopniško dejanje (Meško in Bertok, 2014). Večina dejanj o katerih poročajo mladoletniki, je precej milih – bodisi v obliki tatvine v trgovinah, nasilja med vrstniki in v poizkušanju drog. V raziskavi YouPrev (Meško in Bertok, 2014), je sodelovalo 1991 udeležencev od tega 22% mladostnikov in 14,8% mladostnic, ki so v letu 2011 izvršili vsaj eno kaznivo dejanje (tatvina v trgovini, vlom v stavbo z namenom kraje, kraja kolesa, kraja motorja/avtomobila, kraja stvari iz avtomobila, uporaba groženj/orožja za izsiljevanje denarja, kraja stvari od druge osebe, sodelovanje v skupinskem pretepu, pretepanje drugih, grožnje z nasiljem zaradi veroizpovedi, barve kože ipd.) (Meško in Bertok, 2014).

V slovenskem vzorcu prevladujejo pisanje grafitov (12,3), tatvine v trgovini (9,7%), poškodovanje tuje lastnine (6,5%), kraja stvari (denarja) oseb (7,2%), nošnja orožja ali drugega nevarnega predmeta, (5,2%), sodelovanje v skupinskem pretepu (4,3%) in preprodaja ali pomoč pri preprodaji drog (3%) (Meško in Bertok, 2014).

Statistični podatki slovenske policije o gibanju in stanju kriminalitete v Sloveniji v obdobju od leta 2005 do leta 2010 kažejo, da je bilo v tem času storjeno 521.801 kaznivih dejanj. V povprečju se torej v Sloveniji izvrši 87.000 kaznivih dejanj na leto (Uradni list RS, 2012). V letu 2009 so na sodiščih končali kazenske postopke zoper 737 mladoletnih oseb. 418 mladoletnikom so izrekli vzgojni ukrep ali kazen (Kontelj, 2010). V letu 2010 so na sodiščih končali kazenske postopke zoper 534 mladoletnih oseb. 330 mladoletnikom so izrekli vzgojni ukrep ali kazen (Kontelj, 2011). V letu 2011 so na sodiščih končali kazenske postopke zoper 550 mladoletnih oseb. 369 mladoletnim osebam so izrekli vzgojni ukrep ali kazen (Kontelj, 2012). Vzorec nakazuje, da se mladoletniško prestopništvo v Sloveniji zmanjšuje.

Tabela 1:

*Obsojeni mladoletniki po glavni kazenski sankciji in spolu, Slovenija, 2011. (Kontelj, 2012)*

	Skupaj		Spol	
	število	delež (%)	moški	ženske
Glavna kazen - skupaj	369	100,0	321	48
Mladoletniški zapor	1	0,3	1	/
Ukor	53	14,4	44	9
Navodila in prepovedi	95	25,7	80	15
Nadzorstvo organa socialnega skrbstva	170	46,1	150	20
Zavodski ukrep	49	13,3	41	4
Denarna kazen	1	0,3	1	/

Največ mladoletnih oseb je bilo kaznovanih z nadzorstvom organa socialnega skrbstva, najmanj oseb pa je bilo kaznovanih z mladoletniškim zaporom in denarno kaznijo. Glede na dodeljene kazenske sankcije po spolu v Sloveniji prevladujejo moški.

Tabela 2:

*Obsojene mladoletne osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep ali kazen glede na skupino kaznivih dejanj, Slovenija, 2011. (Kontelj, 2012)*

Mladoletne osebe	število	delež (%)
Kazniva dejanja - skupaj	369	100,0
Zoper življenje in telo	43	11,7
Zoper človekove pravice in svoboščine	17	4,6
Zoper spolno nedotakljivost	7	1,9
Zoper človekovo zdravje	33	8,9
Zoper zakonsko zvezo, družino in otroke	10	2,7
Zoper delovno razmerje in socialno varnost	4	1,1
Zoper premoženje	206	55,8
Zoper pravni promet	3	0,8
Zoper javni red in mir	45	12,2
Zoper splošno varnost ljudi in premoženja	1	0,3

Največ kazni glede na skupino kaznivih dejanj je bilo izrečenih zoper premoženje. Najmanj kazni pa je bilo izrečenih zoper splošno varnost ljudi in premoženja.

V domsko varstvo v vzgojnih, prevzgojnih in mladinskih domovih je bilo v Sloveniji v letu 2010 vključenih 398 otrok in mladostnikov. Te ustanove so namenjene otrokom in mladostnikom, starim od 8 do 18 let, ki imajo težave pri odraščanju in prilagajanju na socialno okolje, doma pa nimajo ustreznih pogojev za življenje (Ložar, 2011).

V vzgojnih in v prevzgojnih domovih sta skoraj dve tretjini fantje, v mladinskih domovih pa je razmerje med spoloma skoraj izenačeno. Vsi mladostniki, ki bivajo v zavodih, so vključeni v izobraževalni program. Po prestanem ukrepu se večina vrne k staršem ali skrbnikom, okrog 15 % pa je napotnih v stanovanjske skupine ali v drugi vzgojni zavod (Ložar, 2011).

### **3.2 Neprilagojenost kot družbeni problem**

Neprilagojenost mladostnikov je družbeni problem, pri čemer so neprilagojeni mladoletniki z duševnimi motnjami bolj občutljivi in je pri njih tveganje za prezgodnjo smrtnost, samomor (Kempton & Forehand, 1992; Rodway in drugi, 2011; Ramchand, in drugi, 2009) in zlorabo psihoaktivnih snovi (Chassin in drugi, 2009; Ramchand, in drugi, 2009) ali ponovno delikventno dejanje večje kakor pri ostalih (Ramchand, in drugi, 2009).

## 4 OPIS IN DEJAVNIKI POSAMEZNIH MOTENJ

### 4.1 Motnje vedenja

O motnjah vedenja govorimo, če je vedenje v nasprotju z normami in pričakovanji družbe oziroma socialnega okolja. Zanje je značilen ponavljajoč se in trajen vzorec disocialnega, agresivnega ali predrznega vedenja. Sestavlja jih več različnih oblik pretiranega in dolgotrajnega odklonskega vedenja s katerim otrok povzroča neugodje ali škodo svojemu okolju (Mikuš Kos, 1991). Motnje vedenja lahko v nekaterih primerih pomenijo povsem »normalno« vedenje (preizkušanje meja v času adolescence), lahko pa so odraz hujših čustvenih motenj in v tem primeru govorimo o motnjah vedenja in čustvovanja (Svetin Jakopič, 2005). Bile naj bi torej hujše kot običajna otroška objestnost ali adolescentna upornost in naj bi imele značaj trajnega vzorca vedenja, ki traja najmanj 6 mesecev (Mednarodna klasifikacija bolezni 10 revizija – MKB 10). Otrok z motnjo vedenja neustrezno reagira na običajne dražljaje in dogodke v svojem okolju. Te reakcije so moteče za okolje, obenem pa imajo tudi neugodne posledice za otroka. Duševne motnje se lahko kažejo v različnih oblikah: laganje, kraje, zažiganje, razdiralnost, besedna ali telesna agresivnost, pobegi od doma, neopravičeni izostanki iz šole, neustrezno spolno vedenje, neposlušnost, nediscipliniranost, pretirana borbenost in ustrahovanje, krutost do drugih ljudi ali živali in huda uničevalna težnja do lastnine (Mikuš Kos, 1991, MKB 10).

Danes so znani mnogi dejavniki, ki otroka ogrožajo in lahko prispevajo k nastanku teh motenj. Ti dejavniki so lahko v družini, npr. dolgotrajni konflikti med starši, izrazito slabi ali čustveno prazni odnosi med otroki in starši, nezainteresiranost in neprizadevnost staršev za otrokovo vzgojo, alkoholizem, delinkventnost ali kakšna druga psihosocialna motnja pri starših. Dejavniki za vedenjske motnje so lahko tudi v otroku samem npr. slabša sposobnost samoobvladovanja, manjša sposobnost premagovanja neuspehov in konfliktov ter dejavniki širšega okolja ter šole (Mikuš Kos, 1991).

Etiološka klasifikacija vedenjskih in čustvenih težav/motenj po Hrovat (2000) opredeli, kakšni so vzroki situacijsko povzročenih motenj in vzroke motenj čustvenega razvoja.

- 1) Situacijsko, reaktivno povzročene motnje lahko nastanejo kot posledica izjemne obremenitve pri normalni osebni strukturi kot je hudo pomanjkanje, izredno poslabšanje življenjskih razmer, nenadna zapuščenost, izguba svojcev, enkratna zunanja zavedenost (Hrovat 2000).
- 2) Sekundarne peristatične motnje (kot posledica motenega čustvenega razvoja):
  - a) Nevrotska osebna struktura: Oseba kaže znake zavrtosti tako, da ne uspe zadovoljiti svojih normalnih razvojnih teženj, ne zna na primeren način izraziti

svojih interesov, ne zna se prilagajati, slediti skupnim ciljem. Samopodoba je negativna, nevrotično ozadje prikrivajo z demonstrativnim vedenjem. Vzroki te motnje so v zgodnjem razvoju in so različni: nihanje v čustvenem odnosu staršev do otrok, ambivalenten odnos staršev do otrok, prevelika pričakovanja staršev do otrok, večkratno menjavanje materinske ali očetovske figure, zgodnja selitev iz ene družine v drugo, preveliki pritiski staršev ob razvojnih težavah, pretirano vzgajanje, ki lahko privede do nasprotnega vedenja (Horvat 2000).

- b) Disocialna osebnostna struktura: Pri takšni osebnosti naravnosti so vrednote osebe negativne, mladostnik se identificira z negativnimi liki in je brez občutkov krivde. Ravna se izključno po lastnih težnjah, so maščevalni, nezaupljivi, surovi in sovražni do okolice, ne želijo se spremeniti ter imajo visoke nerealne cilje. Vzroki te motnje so lahko: izrazito odklonilen odnos staršev do otrok v zgodnjem razvoju, zapostavljanje in odklanjanje otrok s strani staršev, zaradi česar ne morejo razviti občutka pripadnosti in sprejetosti, močne čustvene obremenitve v otrokovem zgodnjem otroštvu (Horvat 2000).

## 4.2 Anksioznost

Tesnoba ali anksioznost je neprijetno čustvo, ki ga ponavadi spremljajo telesne in vedenjske spremembe, podobne tistim, ki spremljajo običajen odziv na stres. Lahko se pojavlja postopoma ali pa se začne nenadno. Traja lahko nekaj minut in je komaj zaznavna ali pa se kaže v obliki paničnih napadov. Pri otrocih in mladostnikih so najpogostejše naslednje oblike anksioznosti: separacijska anksioznost (pretirana tesnoba zaradi odhoda od doma ali ločitve od staršev), skrbi zaradi šolskega uspeha, strah pri navezovanju prijateljstev, strah pred učitelji ali pretepaškimi otroki, spraševanjem pred razredom, pred interakcijami z drugimi otroki ali učitelji in strah pred zbadanjem vrstnikov ali starejših otrok (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Pri posamezniku se prepletajo različni dejavniki anksioznosti:

- 1) Dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj anksioznih motenj (ti so prisotni precej časa pred razvojem motenj): Anksiozne motnje v družini, prirojena nagnjenost k tesnobi, določene osebnostne lastnosti (želja in potreba po nadzoru nad položajem, velika potreba po varnosti, nagnjenost k podcenjevanju lastnih sposobnosti reševanja problemov) (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).
- 2) Dejavniki, ki sprožijo anksiozne motnje (prisotni so tik pred nastankom težav, zaradi povečane tesnobe): različni neprijetni dogodki v okolju, zdravstvene težave, izgube (smrt v družini, prometna nesreča, razpad zveze, denarne težave, izguba delovnega mesta), osamljenost (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

- 3) Dejavniki, ki vzdržujejo anksiozne motnje: nezaupanje vase, nezaupanje v možnost rešitve, težave v medosebnih odnosih in težave v službi (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Za anksioznost je znanih več različnih terapij. Mednje sodijo:

Kognitivno-vedenjska terapija: ta se osredotoča na razumevanje in spreminjanje razmišljanja in vedenjskih vzorcev. Terapija izpostavitve: pri tej terapiji se posameznik izpostavi situacijam, ki mu predstavljajo občutja tesnobe. Oseba čez čas postane manj občutljiva za tovrstne situacije. Terapija predanosti in sprejemanja: Tu se posameznik nauči sprejemati samega sebe brez obsojanja. Nauči se spoprijemati z nezaželenimi mislimi in občutki.

Terapija z zdravili pri anksioznosti je varna in učinkovita. Poznamo štiri razrede zdravil, s katerimi zdravimo anksioznost. Ti so SSRI (selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina), SNRI (selektivni zaviralci privzema serotonina in noradrenalina), triciklični antidepressivi in benzodiazepini (Anxiety Disorders Association of America).

Preventiva za anksioznost

Pri otrocih, ki kažejo znake anksioznosti je pomembno spodbujanje varnega in spodbudnega vzdušja v okolju ter preprečevanje poniževalnih ali posmehujočih pripomb drugih otrok. Ko dejavnosti med otroki potekajo v skupinah, moramo biti previdni, da ne bodo anksiozni otroci tisti, ki so vedno izbrani zadnji ali da jih nihče noče izbrati. Anksioznim otrokom je treba v storilnostnih dejavnostih zagotoviti dovolj časa; ne smemo jim postavljati pretiranih časovnih omejitev. Anksioznost moti pozornost in spomin, zato je za zelo anksiozne otroke pomembno, da so njihove dejavnosti (še posebno v šoli) čim bolj strukturirane. Za anksiozne otroke je zelo pomembna konsistentnost, saj jim daje občutek varnosti in jim omogoča, da vedo, kaj lahko pričakujejo (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Otroku je potrebno dati podporo s postopnim soočanjem s strahovi. Potrebno je nagrajevanje vsakega koraka, ki ga anksiozen otrok naredi, da je bolj samozavesten pri skupinskih dejavnostih. Pomembna je predvsem pomoč otrokom pri postavljanju dosegljivih ciljev. Anksiozni otroci namreč pogosto izberejo naloge, ki so zanje bodisi prelahke bodisi pretežke, ali pa se nalogi najraje izognejo (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

### **4.3 Hiperkinetični sindrom (motnje pozornosti s hiperaktivnostjo)**

Otrok s hiperkinetičnim sindromom je nemiren, z učnimi težavami, motnjami pozornosti in vedenja, ki v šolskem obdobju neprimerno funkcionira. Takih otrok je v slovenskih šolah



od 10 do 12%. Po analizi, ki je bila leta 1998 opravljena v Vzgojno-izobraževalnem zavodu Veržej, pa kar 54%. 65% otrok s hiperkinetičnim sindromom ima vedenjske motnje. Te se lahko pojavljajo skupaj s hiperkinetičnim sindromom ali pa so sekundarne in predstavljajo kasnejšo komplikacijo ob negativnih socialnih in družinskih faktorjih (Horvat, 2000).

Obstaja več teorij za nastanek hiperkinetičnega sindroma: motnja v adrenergičnem in serotoninemskem sistemu možganskih transitorjev, genetska predispozicija hiperkinetičnega sindroma: približno 40% pretirano nemirnih otrok je imelo vsaj enega od staršev s podobnim vedenjem, zvišana vrednost svinca v krvi in vpliv dodatkov v hrani, neugodni vplivi, ki so delovali na otrokovo osrednje živčevje v času materine nosečnosti (intenzivno kajenje, uživanje alkohola, krvavitve iz maternice), med porodom (kleščni porod, pomanjkanje kisika med porodom in komplikacije) in poškodbe osrednjega živčevja v prvih letih življenja (Horvat, 2000).

Pri motnjah pozornosti s hiperaktivnostjo je na voljo več vrst svetovanja in terapije. Mednje sodijo psihodinamska terapija, podporna terapija in kognitivno-vedenjska terapija (Strong in O.Flanagan, 2011).

#### **4.4 Depresivna motnja**

Mladostniki, ki so depresivni, se pogosto počutijo manjvredne, imajo močne občutke, da niso v redu, da je z njimi nekaj narobe. Počutijo se, kot da ne pripadajo nikamor, niti med vrstnike, niti v družino. Na zunaj se sicer prilagajajo okolici, na znotraj pa so zelo osamljeni. Na zunaj se trudijo pokazati srečen in vesel obraz, v notranjosti pa niso zadovoljni niti s sabo niti s svojim življenjem. Začnejo se zapirati vase, opuščajo dejavnosti, ki so jih pred tem veselile. Ponavadi pade tudi šolski uspeh, saj se v takem težkem čustvenem stanju ne morejo učinkovito učiti (Depresija pri mladostnikih - vzroki in pomoč pri depresiji pri mladostnikih, 2012).

Pri posamezniku se za razvoj in vzdrževanje depresije prepletajo različni dejavniki. Dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj depresije so prisotni precej časa pred razvojem depresije. Ti so prirojena nagnjenost k depresiji, depresija v družini, zgodnje neprijetne izkušnje (izguba staršev v otroštvu, težko otroštvo) in kronične telesne bolezni. Dejavniki, ki sprožijo depresijo so prisotni tik pred nastankom depresije. Ti so lahko zdravstvene težave in izgube (smrt v družini, razpad zveze, izguba delovnega mesta). Dejavniki, ki vzdržujejo depresijo pa so ponavadi brezposelnost staršev, osamljenost in druge podobne težave (Dernovšek in Tavčar, 2005).

Pri depresiji je moteno delovanje nekaterih kemičnih prenašalcev sporočila med celicami – neurotransmitorjev. Posameznik zboli za depresijo, ko se spremeni ravnovesje

nevrottransmitterjev v tistem delu njegovih možganov, ki uravnava razpoloženje (Dernovšek in Tavčar, 2005).

#### Preventiva pri depresiji

Depresija je vedno povezana s socialnim okoljem (Erić, 2012). Odnosi z ljudmi, služba, revščina, upanje in starši lahko precej vplivajo na občasne depresivne epizode (Erić, 2012). Če bi oseba, ki je nagnjena k depresiji spremenila okolje ali družbo bi se lahko tudi izboljšalo njeno počutje.

Za zdravljenje depresije se uporabljajo psihoterapija (kognitivno-vedenjska in interpersonalna) ter zdravila (antidepresivi, antianksiolitiki in antipsihotiki) (Erić, 2012).

### **4.5 Zloraba psihoaktivnih snovi**

S prestopniškim vedenjem se pogosto povezuje tudi uživanje psihoaktivnih snovi. Alkohol povečuje možnost neprilagojenega vedenja predvsem z rahljanjem notranjega nadzora, manjšanjem sposobnosti obvladovanja ter občutjem neranljivosti in poguma pri mladostniku. Psihoaktivne snovi pa povečujejo možnost prestopniškega vedenja, lahko pa so tudi motiv pri zagotovitvi sredstev za nabavo droge. Pod vplivom psihoaktivnih snovi, ter v želji po sredstvih zanje se mladi izsiljujejo in zastrašujejo bolj ali manj nasilno (Tomori, 2000).

Kot preventiva pri zlorabi psihoaktivnih snovi, bi tu prišli v poštev programi za samopomoč, zlasti skupine, v katerih pacienti, ki so dosegli abstinenco, pomagajo pacientom, ki šele začenjajo z zdravljenjem (Galanter in Kleber, 2008). V svetu in pri nas, je vse več skupin za samopomoč, terapevtskih komun in drugih skupinskih oblik zdravljenja in podpore (Erić, 2012).

### **4.6 Nižje intelektualne sposobnosti**

Tudi umska manjrazvitost oziroma nižje intelektualne sposobnosti se lahko pri mladostnikih povezujejo s prestopanjem splošno sprejetih meja. Tako mladostniki, ki so intelektualno manj razviti težje razumejo pomen zastavljenih meja in prepovedi, nasprotno pa tudi težje predvidevajo posledice svojega ravnanja. Še mnogo bolj pogosto kot zaradi tega pa jih najdemo med mladoletnimi prestopniki zato, ker se zaradi svojih slabših umskih in prilagoditvenih sposobnosti težje uveljavijo in potrjujejo med sposobnejšimi vrstniki (Tomori, 2000).

## 4.7 Opozicionalno kljubovalno vedenje

Je motnja vedenja, ki se navadno pojavlja pri mlajših otrocih. Zanje je značilno izrazito kljubovalno, neubogljivo, razdiralno vedenje, ki ne vključuje delinkventnih dejanj ali bolj izrazitih oblik agresivnega ali disocialnega obnašanja (Mednarodna klasifikacija bolezni, 10 revizija). Takšni otroci se hitreje razburijo in hitreje vzkipijo, pogosto se prepirajo z odraslimi, odklanjajo pravila in omejitve, zavestno dražijo in izzivajo druge ipd. Krivdo in napake pripisujejo izključno drugim, težko se vživijo v čustva drugih (pomanjkljiva empatičnost), nizko samospoštovanje skušajo prikriti z junačenjem in negativnim uveljavljanjem (Učenci s čustvenimi in/ali vedenjskimi motnjami, 2013).

## 4.8 Bipolarna motnja

Bipolarna motnja je motnja v delovanju možganov, ki povzroča nepredvidljiva nihanja razpoloženja. Ljudje z bipolarno motnjo nihajo iz čustveno zvišanega stanja veselja (manije) v čustveno znižano stanje depresije (žalosti in potrtosti). Vzrok za nastanek bipolarnе motnje še ni docela znan. Strokovnjaki menijo, da duševno motnjo povzroča neravnovesje med različnimi prenašalci v možganih, predvsem neravnovesje med serotoninom in noradrenalinom. Verjetno k razvoju bolezni dodatno prispeva tudi dedna komponenta (Psihiatrična bolnišnica Idrija, bipolarna motnja, 2014).

Bipolarno motnjo zdravimo z zdravili in psihoterapijo. Čeprav zdravila, ki bi bipolarno motnjo pozdravilo, še ne poznamo, obstajajo zdravila, ki uspešno kontrolirajo in odpravljajo simptome duševne motnje. Stabilizatorji razpoloženja, na primer litij ali valproat, so zdravila za preprečevanje nihanja razpoloženja. Oblika terapije je odvisna od faze duševne motnje, globine in jakosti simptomov, pacientovih značilnosti in posebnosti, morebitnih drugih bolezni ali zdravil, ki jih pacient že uživa. (Psihiatrična bolnišnica Idrija, bipolarna motnja, 2014).

## 5 VZROKI NEPRILAGOJENOSTI MLADOSTNIKOV

Eden od bistvenih vzrokov neprilagojenosti mladostnikov so dejavniki v družini. To so lahko izrazito slabi in čustveno prazni odnosi med otroki in starši, nezainteresiranost in neprizadevnost staršev za vzgojo otrok, družina pri kateri otrok nima ustreznega vzorca za učenje moralnih norm in socialnega vedenja, odsotnost nadzora nad otrokom, prekomerno uživanje alkoholnih pijač, neprilagojenost ali druge izrazitejše psihosocialne in duševne motnje staršev (Popović, 2010).

Pomemben dejavnik, ki lahko prispeva k neprilagojenosti je tudi okolje v katerem oseba biva (s kakšnimi vrstniki se družijo, koliko priljubljen je med njimi,...).

Za nastanek čustvenih in vedenjskih motenj so pomembne nekatere odzivne in značajske lastnosti osebe, kot so slabša sposobnost samoobvladovanja, manjša sposobnost premagovanja neuspehov in konfliktov, večja občutljivost oziroma ranljivost za neugodna doživetja in večja sprejemljivost za slabe vplive. Med nemirnimi otroki, otroki z motnjami pozornosti in otroki z učnimi težavami je več otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami kot med otroki brez teh težav (Popović, 2010).

Za razvoj kriminalne kariere so bolj občutljivi zlasti otroci, ki so začeli s prestopništvom pred 14. letom starosti in s takim vedenjem tudi nadaljujejo kljub družinskim, šolskim in socialnovarstvenim ukrepom. Ko postane s 14. letom mladoletnik subjekt kaznivega dejanja, je pogosto že prepozno za uspešno prevzgojo, še zlasti, če je bilo zgodnje prestopništvo posledica neustrezne družinske in šolske vzgoje (Brinc, 2000). Prestopništvo mladoletnikov je nevarno, ker lahko začetni majhni prestopki oblikujejo nagnjenje za kasnejše nevarnejše prestopništvo, ki pospeši razvoj kriminalne kariere in kriminalnega življenjskega stila. Na splošno velja prepričanje, da je napoved vedenja tem bolj neugodna, čim bolj zgodaj je nastopilo prestopniško vedenje (Brinc, 2000).

### 5.1 Ključne razvojne točke, pomembne za razvoj delinkventnosti

Eriksonova psihosocialna teorija je pomembna pri preučevanju prestopniškega vedenja, saj je z njo mogoče razložiti vlogo socializacijskih dejavnikov pri oblikovanju normalnega, odklonskega oz. kriminalnega vedenja (Meško, 2006).

Eriksonova psihosocialna teorija razlaga razvoj osebnosti z vplivom psihičnih in socialnih dejavnikov. Razvoj poteka v stopnjah. V vsaki razvojni fazi se pojavi kriza, kot posledica telesnega in duševnega zorenja ter socialnih zahtev. V kolikor posameznik krizo ali konflikt reši na primeren način, bo njegova osebnost zdrava. Posledica neuspešno rešenih kriz je lahko prestopniško vedenje (Erikson, 1968).

Temeljna kriza med drugim in tretjim letom življenja je odnos staršev do otroka. Ta obdobje je zelo pomembno za razvoj socializacije posameznika in nevarnost za razvoj disocialnega, vedenja. V kolikor ta faza ni ugodno rešena, se iz temeljnega dvoma in ponižanja kasneje razvije sovražen odnos do okolja, ki se lahko kaže tudi v neprilagojenem vedenju. Naslednja stopnja traja od četrtega leta starosti do začetka šolanja. Če je kriza ustrezno rešena, zaradi pozitivne usmerjenosti staršev do otrokovih pobud, se na tej stopnji okrepi občutek samostojnosti. Če starši otrokove pobude omejujejo ali kaznujejo, se bo razvil občutek krivde. V odraslem obdobju se taka nerazrešena kriza lahko kaže tudi kot neprilagojeno vedenje (Meško, 2006).

V obdobju adolescence (od enajstega do dvajsetega leta) je pomembno istovetenje z vrstniki in socialnimi skupinami. Pri prestopniškem vedenju ima ta stopnja velik pomen, ker istovetenje s prestopniškimi skupinami lahko vzrok za nepopoln razvoj ega in s tem nagnjenosti k neprilagojenemu vedenju. Če je posameznik neugodno rešil krizo prejšnje stopnje, bo na naslednji razvojni stopnji (od dvajsetega do petindvajsetega leta) nesposoben ustvariti intimno zvezo z drugimi ljudmi. Posameznik, ki ni sposoben ustvariti omenjenih stikov, lahko razvije oblike neprilagojenega vedenja in postane motena osebnost (Meško, 2006).

## **5.2 Psihološke lastnosti, ki se pogosto povezujejo s prestopniškim vedenjem**

Mnogi mladoletniki imajo lahko nezadovoljujočo samopodobo in nizko raven samospoštovanja. S svojim vedenjem prikrivajo sebi in drugim šibke točke, ki jih ne morejo sprejemati in zaradi katerih so dejansko ranljivi (Tomori, 2000).

Za mladoletne prestopnike je značilna slabša socialna zrelost (Earls, 1995). Ta jim pogosto otežuje ustrezno razpoznavanje socialnih situacij in s tem onemogoča izbiro in razvijanje primernih, socialnemu dogajanju prilagojenih načinov vedenja. S slabšo socialno zrelostjo in s prej opisano pomanjkljivo gotovostjo vase je povezana tudi značilna nesposobnost za prevzemanje odgovornosti za svoje vedenje. Mladoletni prestopniki tudi za svoje lastno neustrezno vedenje pripisujejo krivdo drugim. Razloge za svoje ravnanje vidijo zunaj sebe, v drugih osebah in njihovem ravnanju, ali pa v nekih objektivnih okoliščinah (Tomori, 2000).

## **6 NAREJENE RAZISKAVE NEPRILAGOJENOSTI IN DUŠEVNIH MOTENJ**

Vloga duševnih motenj na neprilagojenost mladostnikov je tema številnih raziskav. Omejila sem se na raziskave, kjer se mladostniška neprilagojenost povezuje izključno z duševnimi motnjami.

Študija 52 neprilagojenih mladostnikov in njihovih skrbnikov, je pokazala, da je 34 udeležencev doseglo kriterij za vedenjsko motnjo (vse neprilagojene osebe), 8 oseb pa je doseglo kriterij za vedenjsko motnjo in bipolarno motnjo. Rezultati so pokazali, da imajo neprilagojene osebe z vedenjskimi motnjami v primerjavi s kontrolno skupino širok spekter motenj v kognitivnih sposobnostih, jezikovnih sposobnostih in vizualno-prostorskih sposobnostih. Mladoletni prestopniki z in brez bipolarnе motnje se niso razlikovali na kliničnem preizkusu v kognitivnih sposobnostih, načrtovalnih in jezikovnih nalogah. (Olvera, Semrud-Clikeman, Pliszka, idr., 2004).

Welch-Brewer in sodelavci so ugotovili, da je rasa dejavnik za neprilagojeno vedenje samo pri moških prestopnikih in, da je zloraba psihoaktivnih snovi dejavnik tveganja za prestopništvo moških. Napovedovalec prestopništva pri ženskah pa so duševne motnje (Welch-Brewer, Stoddard-Dare in Mallett, 2011).

V študiji mladoletnih fantov v priporih dveh kitajskih provinc je 81,0% oseb je doseglo kriterije za vsaj eno psihiatrično motnjo od tega jih je 80,2% doseglo kriterije za motnje vedenja in čustvovanja in 22,4% za odvisnost psihoaktivnih snovi (Zhou, Chen, Wang, idr., 2012).

Stoddard-Dare s sodelavci so ugotovili, da so vedenjske motnje in motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo mladoletnih manjši dejavnik tveganja za kaznivo dejanje kot bipolarna motnja (Stoddard-Dare, Mallett in Boitel, 2011).

Tudi Mallet s sodelavci so ugotovili, da sta bipolarna motnja in/ali depresija napovednika za poznejšo delinkventnost (Mallet, Stoddard Dare in Seck, 2009).

Če vedenjske motnje in hiperkinetični sindrom znatno povečajo pa pervazivna razvojna motnja in duševna manjrazvitost predstavljata manjše tveganje za bodoče delinkventno vedenje. Moški spol in kronične družinske težave predstavljajo veliko tveganje za bodočo neprilagojenost (Mordre, Groholt, Kjelsberg, Sandstad in Myhre, 2011).

Cohn s sodelavci so testirali neprilagojene mladoletnike za motnjo pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, motnjo opozicionalnega in kljubovalnega vedenja in vedenjske motnje. Rezultati so pokazali, da je več kot ena tretjina prvič aretiranih mladostnikov dosegla kriterij za motnjo pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, motnjo opozicionalnega in

kljubovalnega vedenja in vedenjske motnje. 13,5% pa je doseglo komorbidne<sup>3</sup> rezultate za motnjo pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo in motnjo opozicionalnega in kljubovalnega vedenja ali vedenjskimi motnjami.

Meta-analiza psihiatričnih raziskav je pokazala, da ima približno 3% v zaporih pridržanih mladostnikov psihotično motnjo in, da 11% dečkov in 29% deklic trpi za hudo depresijo. 10% dečkov 20% deklic ima motnjo pomanjkanja pozornosti. Vedenjska motnja je bila pri obeh spolih najbolj razširjena motnja in sicer v 50%. Ugotovljeno je bilo, da imajo adolescentne deklice v zaporu večjo možnost za razvoj hude depresije, kot odrasle ženske, kjer je bila prevalenca 12%. Adolescentniki v zaporu, so bolj ogroženi za razvoj duševne motnje kot odrasli (Fazel, Doll in Långström, 2008).

Namen je bil ugotoviti kakšna je vloga duševnih motenj na neprilagojenost mladostnikov. Navedene raziskave so pokazale, da so duševne motnje kot je bipolarna motnja, motnja pozornosti s hiperaktivnostjo, vedenjske motnje, depresija in motnja opozicionalnega vedenja zanesljiv napovednik za kasnejšo neprilagojenost mladostnikov. Prav tako predstavljata moški spol in kronične družinske težave veliko tveganje za bodočo neprilagojenost.

Bipolarna motnja predstavlja večji dejavnik tveganja za bodočo neprilagojenost kot pa vedenjske motnje in motnja pozornosti s hiperaktivnostjo. Glede na zadnji motnji pa pervazivna razvojna motnja in duševna manjrazvitost predstavljata manjše tveganje za neprilagojeno vedenje. Dejavnik tveganja za prestopništvo moških je zloraba psihoaktivnih snovi. Napovedovalec prestopništva pri ženskah pa so duševne motnje.

---

<sup>3</sup> Komorbidnost: je pojem, ki se nanaša na prisotnost več kot ene diagnoze, ki se pojavi pri enem posamezniku v istem času (First, 2005).

## **7 PREVENTIVA NEPRILAGOJENOSTI MLADOSTNIKOV**

### **7.1 Varovalni dejavniki duševnega zdravja**

Dejavniki v otroku: temperament, inteligentnost, socialna spretnost in ženski spol. Dejavniki v družini: dober odnos z enim od staršev ali z drugim družinskim članom (npr. stari starši). Dejavniki v širšem okolju: vključenost otroka v interesne dejavnosti, konjički in vključenost v širšo socialno mrežo (Mikuš Kos, 1991).

### **7.2 Preventiva v okviru samouresničujoče se prerokbe**

Ker je vedenje osebe, ki obsoja tisto, ki izzove kompatibilen odziv s strani ciljne osebe, lahko njegovo vedenje, ki je namenoma v nasprotju z njegovimi lastnimi pričakovanji, prepreči pojav samouresničujoče se prerokbe. Na zmanjšanje oziroma preprečitev pojavljanja samouresničujoče se prerokbe prerok lahko vpliva tudi s spremembo svojih napačnih pričakovanj do ciljne osebe. Sprememba napačnih pričakovanj je sicer možna le v kolikor se prerok njihove napačnosti zaveda. (Gomboc, 2011). Tako lahko okolje in družina prispevajo k hitrejši 'destigmatizaciji' duševnih motenj in neprilagojenosti ter pripomorejo k lažji vključitvi posameznika v družbo.

### **7.3 Preventiva v okviru vzgojnih zavodov**

V vzgojne zavode lahko napotijo ogrožene ali vedenjsko ali osebnostno motene otroke in mladostnike centri za socialno delo iz preventivnih razlogov (da bi preprečili disocialno vedenje ali, da bi preprečili hujše oblike disocialnega vedenja), da bi zagotovili varstvo, vzgojo, dokončanje šolanja in izučitev za opravljanje poklica. V vzgojne zavode se lahko napoti mladostnike tudi po sodni poti zaradi kaznivih dejanj (Meško, 1997).

Zagotavljanje varnega okolja za odraščanje je ena od najpomembnejših nalog katere koli družbe. Samo tako okolje zagotavlja možnosti za kakovostno trajnostno bivanje. Pri tem ne gre za preveč zaščitniško vlogo starejše generacije, temveč preprosto za možnost, da mladi lahko razvijajo svoje potencialne. Ustvarjanje razmer, v katerih bi v največji mogoči meri lahko zmanjšali delovanje dejavnikov tveganja za nastanek mladoletniškega nasilja, je zato izjemno pomembno (Uradni list RS, 2012).

Za uresničevanje te vloge mora vzgojno-izobraževalni zavod razvijati primerne pedagoške strategije, različne oblike in načine pedagoškega dela, izvajati mora različne programe za dvig socialnih kompetenc, omogočati ustrezno ozračje v šoli, zagotavljati posameznikom možnosti za uspešno učenje, kakovostno pridobivanje znanja in razvijanje socialnih kompetenc. Posameznikom, ki pa že imajo izkušnjo z delinkventnim vedenjem, je treba



nuditi ustrezne rehabilitacijske programe pomoči za reintegracijo v širšo skupnost (Uradni list RS, 2012).

## **8 CILJI PREVENTIVE MLADOSTNIŠKE NEPRILAGOJENOSTI**

Cilji na državni ravni so usmerjeni v to, da je potrebno vzpostaviti preventivne ukrepe pred nasilnim vedenjem med mladimi v programe osnovnih in srednjih šol. Ti bi vključevali pravočasno prepoznavanje nasilja in oblikovanje vrednot za življenje v družbi z ničelno toleranco do nasilja. Zagotoviti je treba uspešno preprečevanje vseh oblik nasilja nad mladostniki in med njimi ter ustrezno takoj zaščititi žrtev ter rehabilitacijo povzročiteljev nasilja. Potrebno je izboljšati zakonsko varstvo in zaščito otrok ter mladih žrtev spolnih zlorab s primernejšimi, predvsem pa čim hitrejšimi rešitvami v kazenski in civilni zakonodaji. Potrebno je zagotoviti strokovno usposobljenost vseh strokovnjakov, ki se vključujejo v obravnavo tako otrok kot tudi mladih z izkušnjo prestopništva (socialno delo, policija, pravosodje, zdravstvo, šolstvo, nevladni sektor). V okviru javnega razpisa je treba zagotoviti sofinanciranje usposabljanja ključnih strokovnih delavcev v vzgoji in izobraževanju pri obravnavi nasilja v družini. Na področju primarne preventive je treba obenem podpirati usposabljanje strokovnih delavcev za krepitev njihovih kompetenc za uspešno prepoznavanje in preprečevanje mladostniške neprilagojenosti ter duševnih motenj (Uradni list RS, 2012).

## 9 SKLEPI

Mladostniška neprilagojenost je mladoletna oseba, ki je ravnala v nasprotju s pravnimi, družbenimi in civilizacijskimi merili. Neprilagojenost mladostnikov je družbeni problem, pri čemer so mladoletniki z duševnimi motnjami bolj občutljivi in je pri njih tveganje za prezgodnjo smrtnost, samomor in zlorabo psihoaktivnih snovi ali ponovno neprilagojeno dejanje večje kakor pri ostalih. Mladostnik je zaradi dejanj zaradi katerih je bil napoten in zaradi bivanja v prevzgojnem domu tudi stigmatiziran.

V diplomski nalogi sem hotela preučiti kako na neprilagojenost mladostnikov vplivajo duševne motnje. V raziskavah so ugotovili, da večina neprilagojenih mladoletnikov dosega kriterije za vsaj eno duševno motnjo. Depresivna motnja, motnja pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, bipolarna motnja, duševne travme, zloraba psihoaktivnih snovi, motnja vedenja in čustvovanja ter anksioznost so najpogostejše motnje, ki so bile ugotovljene pri neprilagojenih mladostnikih.

Ker vsaka oseba svoje vedenjske vzorce z leti utrjuje in nato ponotranji, je pomembna zgodnja preventiva pred neprimernimi vedenjskimi vzorci. Ta bi obsegala pravočasno prepoznavanje nasilja in oblikovanje vrednot za življenje v družbi z ničelno toleranco do nasilja, zagotovitev strokovne usposobljenosti vseh strokovnjakov, ki se vključujejo v obravnavo mladostnikov z izkušnjo prestopništva in podpirati usposabljanje strokovnih delavcev za krepitev njihovih kompetenc za uspešno prepoznavanje in preprečevanje mladostniške neprilagojenosti ter duševnih motenj.

Zaključna naloga je iztočnica za nadaljnje raziskovanje vloge duševnih motenj pri neprilagojenosti mladostnikov. Na tem področju je še veliko neraziskanega in zato so potrebne nadaljnje raziskave .

## 10 LITERATURA IN VIRI

American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. (2001). Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. *Pediatrics*, 107 (4), 799-803.

Anderson, C.A. in Bushmann, B.J. (2002). Human aggression. *Animal Review of Psychology*, 53 (1), 27-51.

Treating anxiety disorders. *Anxiety Disorders Association of America*. Pridobljeno avgusta 2014 na <http://www.adaa.org/finding-help/treatment/therapy>.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood cliffs, Prentice-Hall.

Brinc, F. (2000). Pojavnost mladoletniškega prestopništva v svetu in v Sloveniji. V F. Brinc, A. Bubnov Škoberne, G. Čačinovič Vogrinčič, B. Dekleva, K. Filipčič, J. Friedl, V. Grozdanič, M. Nastran-Ule, V. Skalar, A. Šelih (ur.), M. Tomori, in K. Zupančič, *Prestopniško in odklonsko vedenje mladih – vzroki, pojavi, odzivanje: izbrane teme* (113-131). Ljubljana: Bonex založba.).

Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Bužan, V. (2010). Težave v vedenju kot izziv. V T. Popović, Čustvene in vedenjske motnje: izbrane teme (10-15). Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

Chassin, L., Knight, G., Vargas-Chanes, D., Losoya, S.H., in Naranjo, D. (2009). Substance use treatment outcomes in a sample of male serious juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36 (2), 183–194.

Cohn, M., Van Domburgh, L., Vermeiren, R., Geluk, C. in Dorelijers, T. (2012). Externalizing psychopathology and persistence of offending in childhood first-time arrestees. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21 (5), 243–251.

Costello, E., Egger, H. in Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 972-986.

Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. in Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (8), 837-844.

Dernovšek, M.Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dernovšek, M.Z. in Tavčar, R. (2005). *Prepoznajmo in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Earls, F. (1995). Oppositional-defiant conduct disorders. V Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (ur.) *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell Sciences.

Erić, L. (2012). *Psihodinamična psihiatrija, del 5, Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje*. Ljubljana: Hermes IPAL.

Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York, W.W. Norton Company.

Fazel, S., Doll, H. in Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (9), 1010 – 1019.

First, M.B. (2005). Mutually Exclusive versus co-occurring diagnostic categories: The challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, 38 (4), 206–10.

Galanter, M. in Kleber, D.H. (2008). *Textbook of substance abuse treatment*. The American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.

Golzari, M., Hunt, S.J. in Anoshiravani, A. (2006). The health status of youth in juvenile detention facilities. *Journal of Adolescent Health*, 38 (6), 776-782.

Gomboc, S. (2011). Samouresničujoča se prerokba: pojav in implikacije. *Psihološka obzorja*, 20 (2), 83-105.

Hellman, D.S., in Blackman, N. (1966). Enuresis, fire setting, and cruelty to animals: A triad predictive of adult crime. *American Journal of Psychiatry*, 122 (12), 1431-1435.

Hill, G. (2001). *Psihologija: Shematski pregledi*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije

Holmes, S.E., Kashani, J., Slaughter, J.R. (2001). Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 31 (3), 183-193.

Hrovat, M. in Škoflek, I. (2000). *Delo z vedenjsko in osebnostno motenim otrokom in mladostnikom*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Kuster, V. (2012). Depresija pri mladostnikih - vzroki in pomoč pri depresiji pri mladostnikih. Pridobljeno julija 2014 na <http://www.vlastakuster.si/Depresijapri-mladostnikih.php>

Kempton, T., in Forehand, R. (1992). Suicide attempts among juvenile delinquents; the contribution of mental health factors. *Behaviour research and therapy*, 30 (4), 537–541.

Kontelj, M. (2012). Polnoletne, mladoletne in pravne osebe, zoper katere je bil kazenski postopek pred senatom pravnomočno končan, Slovenija, 2011 – končni podatki. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno avgusta 2014 na [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=4828](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4828)

Kores-Plesničar, B., Dernovšek, M.Z., Groleger, U., Koprivšek, J., Gregorič-Kumperščak, H., Kravos, M., Lešer, I., Pišljari, M., Serafimovič, A. in Žmitek, A. (2006). Smernice za zdravljenje bipolarnе motnje razpoloženja. *Zdravniški vestnik*, 75 (4), 225–233

Kranjčan, M. (2006). *Na pragu novega doma*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Kristančič, A. (2002). *Socializacija agresije*. Ljubljana: AA Inserco, svetovalna družba

Lamovec, T. in Rojnik, A. (1978). *Agresivnost*. Ljubljana: DDU Univerzum

Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. in Zera M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (12), 1468-1484.

Ložar, B. (2011). Zavodi, domovi in druge ustanove za nastanitev otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, Slovenija, 2010 – končni podatki. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno avgusta 2014 na: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3959](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3959)

Mallet, C.A., Stoddard Dare, P. in Seck, M.M. (2009). Predicting juvenile delinquency: The nexus of childhood maltreatment, depression and bipolar disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19 (4), 235-246.

Meško, G. (1997). *Družinske vezi na zatožni klopi?* Ljubljana: Educy

Meško, G. (2006). *Kriminologija*. Ljubljana: Zbirka Učbeniki

Meško, G. in Bertok, E. Mladoletniška kriminaliteta in mladoletniško nasilje: Ugotovitve evropske študije o prestopništvu in preventivnih dejavnostih. Pridobljeno julija 2014 na [http://www.youprev.eu/pdf/YouPrev\\_CE\\_Materials\\_Police\\_SI.pdf](http://www.youprev.eu/pdf/YouPrev_CE_Materials_Police_SI.pdf)

Meško, G. in Görgen, T. Uvod v tematsko številko revije o projektu YouPrev: Uporaba samonaznanitve adolescentov za razširjanje znanja o preprečevanju odklonskosti mladih. Pridobljeno julija 2014 na [http://www.fvv.uni-mb.si/rV/arhiv/2013-4/VS\\_Uvod\\_2013-4.pdf](http://www.fvv.uni-mb.si/rV/arhiv/2013-4/VS_Uvod_2013-4.pdf)

Mikuš-Kos, A. (1991). *Šola in duševno zdravje*. Murska Sobota: Pomurska založba

Mednarodna klasifikacija bolezni 10 revizija. Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90-F98).

Mordre, M., Groholt, B., Kjelsberg, E., Sandstad, B. in Myhre, M.A. (2011). The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry*, 11 (1), 57-66.

Olvera, L.R., Semrud-Clikeman, M., Pliszka, S. R. in O'Donnell, L. (2005). Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder: a pilot study. *Bipolar disorders*, 7 (1), 57-67.

Psihiatrična bolnišnica Idrija. Bipolarna motnja. Pridobljeno julija na <http://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/bipolarna-motnja>

Ramchand, R., Morral, A.R., in Becker, K. (2009). Seven-year life outcomes of adolescent offenders in Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 99 (5), 863–870.

Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012–2016. (2012). Uradni list RS, (83)

Rodway, C., Norrington-Moore, V., Appleby, L., in Shaw, J. (2011). An examination of the quality of psychiatric court reports for juvenile perpetrators of homicide. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22 (6), 895–904.

Shufelt, J.S. in Coccozza, J.C. (2006). Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state, multi-system prevalence study. *Delmar, NY: National Center for Mental Health and Juvenile Justice*.

Siegel, L.J. in Welsh, B. (2011). *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*, 11<sup>th</sup> edition. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage learning.

Stoddard-Dare, P., Mallett, C.A. in Boitel, C. (2011). Association between mental health disorders and juveniles' detention for a personal crime. *Child and Adolescent Mental Health*, 16 (4), 208-213.

Strong, J. in Flanagan, O. M. (2011). *Motnja pozornosti in hiperaktivnost za telebane*. Ljubljana: Pasadena: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.

Svetin Jakopič, S. (2005). Obravnava otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami na centru za socialno delo: pomoč ali prisila. *Socialna pedagogika*, 9 (4), 391-422.

Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, M.G., Mericle, A.A., Dulcan, M.K., in Washburn, J.J. (2006). Psychiatric disorders of youth in detention. *Juvenile Justice Bulletin*. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.

Tomori, M. (2000). Psihosocialni dejavniki pri mladostniškem prestopništvu. V F. Brinc, A. Bubnov Škoberne, G. Čačinovič Vogrinčič, B. Dekleva, K. Filipčič, J. Friedl, V. Grozdanič, M. Nastran-Ule, V. Skalar, A. Šelih (ur.), M. Tomori, in K. Zupančič, *Prestopniško in odklonsko vedenje mladih – vzroki, pojavi, odzivanje: izbrane teme* (90-109). Ljubljana: Bonex založba.

Wasserman, G., Ko, S.J., in McReynolds, L. (2004). Assessing the mental health status of youth in juvenile justice settings. In *Juvenile Justice Bulletin*. *Washington DC: Office of Justice Programs*. \*

Welch-Brewer, C.L., Stoddard-Dare, P. in Mallett, C.A. Race, Substance Abuse, and Mental Health Disorders as Predictors of Juvenile Court Outcomes: Do They Vary By Gender? *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28 (3), 229-241.

Zhou, J., Chen, C., Wang, X., Caib, W., Zhang, S., Qiuc, C., Wang, H., Luo, Y. in Fazel, S. (2012). Psychiatric disorders in adolescent boys in detention: a preliminary prevalence and case-control study in two Chinese provinces. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23 (5-6), 664-675.