

Poremećaji ponašanja kod djece s govorno-jezičnim poteškoćama u predškolskoj dobi i emocionalna kompetencija njihovih majki

Gregl, Ana

Doctoral thesis / Disertacija

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:606988>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-31**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)





Središnja medicinska knjižnica

Gregl, Ana (2015) *Poremećaji ponašanja kod djece s govorno-jezičnim poteškoćama u predškolskoj dobi i emocionalna kompetencija njihovih majki [Problems of behaviour in preschool children with speech and language impairment and emotional competence of their mothers]*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

<http://medlib.mef.hr/2239>

University of Zagreb Medical School Repository

<http://medlib.mef.hr/>

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Ana Gregl

**Poremećaji ponašanja
kod djece s govorno-jezičnim poteškoćama u
predškolskoj dobi i emocionalna kompetencija
njihovih majki**

DISERTACIJA

Zagreb, 2015.

Disertacija je izrađena u Poliklinici SUVAG i u D.V. DUGA, uz podatke dobivene iz Specijalne bolnice za zaštitu djece s neurorazvojnim i motornim smetnjama GOLJAK.

Voditelj rada: **prof. dr. sc. Miro Jakovljević**

Zahvaljujem prof. dr. sc. Miri Jakovljeviću

na mentorstvu, kao i suradnicima Radojki Sućeski Ligutić, Snježani Bilać, Marinu Kiriginu i Nenadu Jakšiću koji su svi nesebično podijelili sa mnom svoja znanja i vrijeme kako bi ovaj rad bio dovršen.

Zahvaljujem Poliklinici SUVAG, ravnateljici prof. dr. sc. Adindi Dulčić, kao i svima u ustanovi koji su omogućili moje školovanje na doktorskom studiju, te svim rehabilitatorima, djeci i roditeljima koji su surađivali prilikom prikupljanja podataka.

Zahvaljujem svima u DV DUGA i specijalnoj bolnici GOLJAK, koji su omogućili prikupljanje podataka i svojom suradnjom pomagali u njemu.

Kolegama Aleksandru Momiroviću i Miljenku Huzaku zahvaljujem na savjetima iz statistike, a prof. dr. sc. Vladi Takšiću na odobrenju upotrebe svog testa emocionalne kompetencije.

Posebnu zahvalnost izražavam svom ocu Ferdinandu koji je vjerovao u mene i prijateljima koji su me podržavali na putu do doktorata.

Ovu disertaciju posvećujem svojim kćerkama Gorani i Barbari.

ZAHVALE	III
SADRŽAJ	V
POPIS KRATICA	IX
1. UVOD	1
1.1. Razvoj djeteta	2
1.1.1. <i>Govorno-jezični razvoj</i>	2
1.1.1.1. Učenje komunikacije	4
1.1.1.2. Rječnik i gramatika	5
1.1.1.3. Pravila gramatike	6
1.1.1.4. Razumijevanje govora kod djece (receptivni govor)	7
1.1.2. <i>Kognitivni razvoj djeteta</i>	9
1.1.2.1. Piagetov pristup kognitivnom razvoju	10
1.1.2.2. Noviji pristupi kognitivnom razvoju	12
1.1.3. <i>Emocionalni i socijalni razvoj</i>	14
1.1.3.1. Emocionalni razvoj	14
1.1.3.2. Emocionalna kompetencija	15
1.1.3.3. Socijalizacija	18
1.1.3.4. Roditelji i socijalni razvoj djeteta	19
1.1.3.5. Problemi u emocionalnom i socijalnom razvoju	21
1.1.4. <i>Psihodinamski pristup razvoju djeteta</i>	23
1.1.5. <i>Povezanost razvoja govora, emocija i ponašanja</i>	25
1.1.6. <i>Emocionalne teškoće/teškoće ponašanje neurorizične djece</i>	28
1.2. Psihopatologija kod djece	29
1.2.1. <i>Anksioznost kod djece</i>	29
1.2.2. <i>Depresivnost kod djece</i>	30
1.2.3. <i>Psihosomatske smetnje</i>	31
1.2.4. <i>Poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj - ADHD</i>	32
1.2.5. <i>Pervazivni razvojni poremećaji</i>	34
1.2.6. <i>Prkos</i>	36
1.3. Teškoće u razvoju govora i jezika	37
1.3.1. <i>Posebne jezične teškoće (PJT)</i>	38

1.3.1.1. Etiologija posebnih jezičnih teškoća.....	39
1.3.1.2. Emocionalne teškoće i teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)	40
2. HIPOTEZE	42
3. CILJEVI RADA	43
4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	44
4.1. Sudionici	44
4.1.1. <i>Klinička skupina</i> - djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)	44
4.1.2. <i>Usporedna skupina</i> - djeca urednog razvoja (DUR)	45
4.1.3. <i>Druga usporedna skupina; neurorizična djeca (NRD)</i>	45
4.2. Postupak istraživanja	55
4.2.1. <i>Informirani pristanak i postupak prikupljanja podataka</i>	55
4.2.1.1. Upitnik općih i anamnestičkih podataka o djetetu	56
4.2.1.2. Kriterij za uključivanja na kompleksnu govorno jezičnu rehabilitaciju i postupci dijagnostičkih pregleda i procjena	58
4.3. Mjerni instrumenti	61
4.3.1. <i>Achenbachova ljestvica emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece za roditelje (CBCL) i rehabilitatore/odgajatelje (C-TRF)</i>	61
4.3.2. <i>Reynellova razvojna ljestvica razumijevanja govora</i>	64
4.3.3. <i>Upitnik emocionalne kompetencije (UEK-45)</i>	65
4.4. Postupak obrade podataka	67
5. REZULTATI	68
5.1. Procjene emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja	68
5.1.1. <i>Procjene majki na CBCL sindromskim ljestvicama</i>	68
5.1.2. <i>Procjene rehabilitatora/odgajatelja na C-TRF sindromskim ljestvicama</i>	70
5.1.3. <i>Rezultati CBCL i C-TRF (procjene roditelja rehabilitatora/odgajatelja) prema DSM V kriteriju ocjenjivanja</i>	70
5.1.4. <i>Povezanost procjenjivača - majki i rehabilitatora/odgajatelja</i>	71
5.2. Emocionalna kompetencija majki djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja	72
5.3. Razumijevanje govora kod djece s posebnim jezičnim teškoćama	73

5.4. Povezanost razumijevanja govora i emocionalnih teškoća /teškoća ponašanja (CBCL i C-TRF prema DSM IV) kod djece s posebnim jezičnim teškoćama	75
5.4.1. <i>Pearsonove korelacije razumijevanja govora s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja</i>	75
5.4.2. <i>Regresijska analiza: razumijevanje govora i varijabli emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja na CBCL prema DSM IV</i>	76
5.5. Povezanost faktora emocionalne kompetencije majki s razumijevanjem govora djece – regresijska analiza	80
5.6. Kanonička korelacija varijabli koje se odnose na djecu (razumijevanje govora i CBCL) i varijabli koje se odnose na majke (UEK- 45)	84
5.7. Povezanost pojedinih faktora emocionalne kompetencije majki sa emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja njihove djece	89
5.7.1. <i>Najučestalije pojavljivana pojedinačna ponašanja na CBCL i C-TRF ljestvicama</i>	90
5.8. Usporedba djece s posebnim jezičnim teškoćama, neurorizične djece i djece urednog razvoja na CBCL (prema DSM IV)	92
5.8.1. <i>Najučestalije pojavljivana pojedinačna ponašanja na CBCL ljestvici djece s posebnim jezičnim teškoćama i neurorizične djece</i>	95
6. RASPRAVA	96
6.1. Emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama u usporedbi s djecom urednog razvoja	97
6.2. Emocionalna kompetencija majki djece s posebnim jezičnim teškoćama i majki djece urednog razvoja	103
6.3. Razumijevanje govora i emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama	104
6.4. Emocionalna kompetencija majki i razumijevanje govora kod predškolske djece	105
6.5. Emocionalna kompetencija majki i emocionalne teškoće/teškoće ponašanja	106
6.5.1. <i>U grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)</i>	106
6.5.2. <i>U grupi djece urednog razvoja (DUR)</i>	106
6.5.3. <i>Kanonička korelacija između faktora emocionalne kompetencije majke i</i>	

<i>varijabli koje se odnose na djecu</i>	107
6.7. Emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama i kod neurorizične djece	108
6.8. Ograničenja ove studije	112
6.9. Znanstveni doprinosi istraživanja	114
7. ZAKLJUČCI	116
8. SAŽETAK	118
9. SUMMERY	120
10. LITERATURA	122
11. BIOGRAFIJA	141
12. RADOVI I SAŽECI	142

KRATICE

CBCL - Child Behavior Check List, Achenbachova ljestvica teškoća ponašanja za roditelje

C-TRF - Child- Teacher Report Form, Achenbachova ljestvica teškoća ponašanja za odgajatelje

DSM V - Američka klasifikacija psihičkih poremećaja

DUR - djeca urednog razvoja

EK - emocionalna kompetencija

IE - izražavanje emocija

NRD - neurorizična djeca

PE - percepcija emocija

PJT - posebne jezične teškoće

REYNELL - Reynellov test razumijevanja govora

UE - upravljanje emocijama

UEK - ukupna emocionalna kompetencija

UEK- 45 - Upitnik emocionalne kompetencije

1. UVOD

Razvoj djeteta proučava se mnogim razvojnim psihologijskim i medicinskim studijama koje prate procese i promjene od rođenja do odrasle dobi. Iako su se mnoge genetske i bihevioralne teorije razvoja djeteta sudarale i međusobne pobijale, danas su tradicionalne rasprave o tome ima li nasljeđe ili okolina veći utjecaj, pojednostavljene. Oboje, i nasljedne karakteristike i životno iskustvo međusobno djeluju i u interakciji su u individualnom razvoju djeteta (Siegler, 1996.; Chapman, 2000.). Fizički rast i mogućnosti prate genetsku zadanost, a okolinski faktori pospešuju ili usporavaju razvoj djeteta (Calkins i Fox, 2002.; Nigg i Huang-Pollock, 2003.). Istraživači, koji se bave ranim razvojem, posebno su bili zainteresirani kako novorođenčad i mala djeca razvijaju tri grupe sposobnosti: *razumijevanje i stvaranje jezika; razmišljanje i zaključivanje, te stvaranje odnosa s drugim ljudima.*

Prenatalni rast mozga je veoma brz. Isto tako, nakon poroda, u prvoj godini života, dolazi do ubrzanog tjelesnog razvoja, koji je sličan kod sve djece ako nema ozbiljnijih oštećenja i ako su zadovoljene njihove osnovne potrebe. Razvoj senzornih aktivnosti također je intenzivan; naglo se razvija sluh, miris i okus uz nešto slabiji inicijalni razvoj vida. Bebe pokazuju raznolikost sposobnosti i refleksa, koji im omogućuju da pokažu da su gladna, da održavaju socijalni kontakt i brane se od povreda. Razvoj govora i jezika također slijedi svoje zakonitosti kroz dob djeteta. Socijalna interakcija ima svoju ulogu već u ranom djetetovom razvoju. Osim što je presudna za djetetov emocionalni razvoj, njegovu sigurnost, socijalna interakcija motivira dijete na učenje, čini ga znatiželjnim i stoga je značajna i za razvoj jezika.

Razvoj ekspresivnog, a isto tako i receptivnog govora i jezika povezan je s kognitivnim razvojem određene dobi djeteta, ali i s njegovim **emocionalnim razvojem.**

Stručnjaci koji su se bavili djecom s govorno-jezičnim teškoćama, primijetili su da postoji skupina djece čije su kognitivne sposobnosti jednake populaciji djece urednog govora i koja nemaju ni utvrđenih organskih oštećenja mozga, a imaju određene govorno-jezične teškoće. Da bi se ta skupina razlikovala od djece s jezičnim teškoćama izazvanim utvrđenim uzrocima kao što su oštećenja sluha ili moždana oštećenja, nazvali su ih djeca s **posebnim jezičnim teškoćama (PJT).**

Ovim istraživanjem željelo se dati doprinos razumijevanju djetetovog govorno-jezičnog razvoja djece s posebnim jezičnim teškoćama. Stoga se željelo ispitati međuodnos razvoja govora i jezika kod djece s PJT i emocionalne kompetencije majke, kao prve osobe s kojom dijete stvara intenzivan emocionalan kontakt i komunikaciju. Tražili smo odgovor jesu li neke od emocionalnih vještina kao vještina prepoznavanja, izražavanja i kontrole emocija povezane s jezičnim razvojem djeteta i u kojoj mjeri.

1.1. Razvoj djeteta

1.1.1. Govorno-jezični razvoj

Novorođenčad ne poznaje nikakav jezik, ali u samo nekoliko godina sva mala djeca nauče tečno govoriti bilo koji jezik koji čuju i imaju mogućnost govora. Postavlja se pitanje što male bebe čini tako prilagodljivima učenju jezika. Locke smatra da su bebe rođene sa značajnim uređenim sposobnostima učenja govora i jezika (Locke, 1994.). Istraživanja su pokazala da su male bebe veoma dobro opskrbljene da se mogu nositi sa bilo kojim zvukom, koji je sadržan u jeziku (Aslin i Smith, 1988.), a novorođenčad razlikuje glasove koji nisu sadržani u materinjem jeziku. Ova sposobnost se izgubi pod utjecajem iskustva nakon prve godine života (Werker i Tess, 1984.). Isto tako, *socijalna interakcija* snažno motivira dijete na učenje jezika kako bi moglo komunicirati s drugima. Osim sposobnosti da percipiraju zvukove govora, male bebe imaju biološku predispoziciju da proizvode glasove, koje će kasnije koristiti u govoru. Bazični organ govora (vokalni trakt) je razvijen od rođenja. Daleko prije nego počne koristiti prave riječi, beba guče, a zatim brblja, odnosno koristi zvukove slične govoru, brblja slogove kao „ma-ma-ma“. To razdoblje gukanja i brbljanja je biološki determinirano. Neki lingvisti smatraju da je gukanje direktan uvod u govorni jezik. Oni naglašavaju da bebe brbljaju sve zvukove, svih jezika, ali se taj repertoar sužava na jezike glasova koje uče (Mowrer, 1960.). Taj stav i nije potpuno točan jer male bebe ne guču određene zvukove jezika, kao npr. konsonante “S”, “T”, “R” i sl. Tome možemo pridodati i neke glasove, kao što su npr. “L “ i “R”, koji su prisutni u brbljanju, ali ne i u prvim djetetovim riječima. Brbljanje omogućuje djeci da vježbaju stvaranje glasova, da grupiraju zvukove u određeni poredak i tome dodaju intonaciju (Clark, 1987.).

Mnogi se teoretičari slažu da urođena biološki bazirana mentalna struktura igra glavnu ulogu u djetovu učenju jezika. Te teorije o urođenosti jezika smatraju da djeca ne stiču jezik oponašanjem već slijeđenjem prirodnog programa razvoja usvajanja rječnika i gramatike. Jedan od teoretičara, psiholingvist Noam Chomsky podupire teoriju koja smatra da su djeca rođena s mentalnom strukturom koja im omogućuje razumijevanje i stvaranje govora. On govori o biološkoj strukturi govornih mogućnosti kao o alatu za usvajanje jezika (eng. language acquisition device ili LAD). U teoriji Chomskog urođeni alat za usvajanje jezika (LAD) pomaže djeci da nadvladaju ogromne kompleksnosti jezika, da razumiju gramatiku jezika i da im olakša otkrivanje obrazaca i pravila u porukama (Chomsky, 1965., 1975.). Teoretičari urođenih alata za razvoj jezika su odmah reagirali kad su zapazili da, bez obzira na široke varijacije među kulturama i jezicima, djeca širom svijeta prolaze vrlo slične faze u učenju jezika. Logične hipoteze tih modela bile bi, da su djeca rođena s programom urođenih sposobnosti razvoja jezika, koja se razvijaju vremenom i iskustvom. Međutim, skorija ispitivanja su pokazala da bez obzira na sličnosti u fazama učenja jezika, proces učenja jezika također varira u odnosu na kulture. Takva odstupanja pobijaju teorije urođenih alata za govorno-jezični razvoj, kako ih je Chomsky opisao, jer bi tada taj ugrađeni program bio isti za svu djecu bez obzira u kojoj kulturi i jeziku su odrasli. Umjesto toga, kasnije, genetske teorije sugeriraju da nisu strogo određeni urođeni kapaciteti za jezik već set lekcija i „pravila slušanja“ ili putokaz za usvajanje jezika (Bee, 1994.; Slobin, 1979.). Dakle, bebe pridaju pažnju glasu i ritmu zvukova kada drugi govore ili kada se pjeva, a naročito početne, krajnje i naglašene samoglasnike. Povezano s njihovim urođenim sposobnostima slušanja, mala djeca otkrivaju i stvaraju svoje modele i pravila za stvaranje vlastitog obrasca govora.

Istraživanja jezika otkrila su činjenice da su djeca pažljiva i spremna prihvatiti jezik, te da su fleksibilna u konačnoj primjeni jezika što se tiče oblika i konteksta. Djeca su spremna učiti gestualnu komunikaciju, kao što je znakovni jezik, kao i bilo koji drugi jezik u svijetu između 4000 različitih govornih jezika. Ta prilagodljivost sugerira da su djeca kreativna i da ne oponašaju kruto tijekom usvajanja svog jezika (Goldin-Meadow i Mylander, 1990.; Meier, 1991.). Upotreba gesta je visoko povezana s kasnijim jezičnim razvojem (Capone i McGregor, 2004.). Djeca koja su spremnija i spretnija u gestovnoj komunikaciji, lakše razvijaju jezičnu komunikaciju.

1.1.1.1. Učenje komunikacije

Možemo reći da su naše jezične sposobnosti podržane od naših moždanih struktura, koje su stvorene radi preživljavanja ljudskog života i kulture. Jezik je krajnje koristan alat i u konačnici znači komunikaciju s drugima. Komunikacija nije korisna samo za vrstu ili grupu, potrebna je pojedincu da bi mogao preživjeti. Mnogo ranije nego što mogu koristiti govor da bi komunicirali apstraktne koncepte, mala djeca mogu upotrebljavati zvukove i geste kako bi pokazala da su gladna, nezadovoljna ili pospana. Djeca prvo moraju razumjeti funkciju komunikacije, odnosno što sve mogu ostvariti komunikacijom. Dijete lako testira mladog roditelja. Dok plače, gotovo ga je nemoguće ignorirati i to je vrlo efikasna pobjeda za dobivanje roditeljske pažnje. Također, bebe se smiješe kad su zadovoljne ili žele dotaknuti privlačne predmete. U početku roditelji žele interpretirati te znakove, ali ponekad djeca dodaju još neki znak da bi ostvarila bolju komunikaciju.

Odrasli koji brinu o djeci, stimuliraju dječje interese u svrhu učenja jezika. Govoreći bebama i maloj djeci imaju tendenciju koristiti *pretjerivanje*, naglašenu intonaciju u govoru, poznatu kao „*majčinski govor*“. Taj obrazac govora u koji je uključena afektivnost majke ima nekoliko ciljeva: da pridobije i zadrži pažnju bebe, unosi motivaciju u komunikaciju i signalizira tko je na redu u dijalogu roditelj-dijete. Majčinski govor se sastoji više u intonaciji (viši i niži tonovi), nego u riječima: povišena intonacija će privući djetetovu pažnju, a smanjivanje intonacije dat će im sigurnost, a kratke odsječene poruke su signali zabrane.

Istraživanja Anne Fernald i njenih kolega pokazuju da roditelji u mnogim različitim kulturama koriste takav obrazac govora, a koji bebe razumiju čak i kad nisu iz njihovog govornog područja (Fernald i dr., 1989.). Čak i odrasli koji se ne brinu stalno o bebi, mogu naučiti pravila majčinskog govora i mogu ga koristiti kada trebaju komunicirati s djetetom. Tako se s bebom može komunicirati koristeći nježnu, povišenu intonaciju i to će bebe zabaviti.

Roditelji razgovaraju s bebama jednostavnim dijalozima, tako da u početku zastanu i prihvaćaju bilo što što beba čini. Čak i kad beba kihne, to je za njih prihvaćeno kao dobar odgovor na prethodni dijalog. Kasnije, kad bebe postanu starije, odrasli postaju zahtjevniji partneri u razgovoru. U početku se od djece očekuje da vokaliziraju, zatim da koriste odgovarajuće riječi i na kraju da upotrebljavaju riječi koje točno odgovaraju sadržaju o kojem se priča. Na taj način se postepeno povećavaju zahtjevi koji se postavljaju pred dijete. To

omogućava djetetu podršku za izgradnju vlastitih komunikacijskih vještina kako bi se sve manje oslanjali na roditelje kao prevoditelje njihovih želja.

Djeca koriste svoje prve riječi kako bi poslali poruke drugima, najčešće da bi nešto tražili (Greenfield i Smith, 1976.). Npr. dijete koje zna i koristi riječ „lada“ za čokoladu, neće je upotrijebiti kada je samo, već kad je netko prisutan, upotrebljavajući riječ ne samo da vježba govor, nego baš da bi tražilo čokoladu ili da svrati pažnju na nju.

1.1.1.2. Rječnik i gramatika

Prve godine života važne su za dijete zbog stjecanja osnovnog rječnika. Mala djeca izvrsni su usvajatelji riječi. Prvi rječnik često nije sasvim razumljiv okolini, ali je korak ka razvoju komunikacije i odnosa s drugima. U dobi od 18 mjeseci imaju rječnik od 50 do 100 riječi (Fenson i sur., 1994.). U toj dobi dijete svakodnevno usvaja po nekoliko novih riječi, zbog čega dolazi do eksplozije rječnika. Dijete najčešće traži da roditelj imenuje sve predmete koji ih okružuju, a isto tako je zainteresirano za odnose među njima. Lingvisti i razvojni psiholozi pitaju se kako djeca razvijaju rječnik tom brzinom. Odgovor bi se mogao naći u neuroznanosti. Neuroznanstvenici su otkrili da djeca u dobi do dvije godine imaju pretjerani rast (exhuberaciju) moždanih stanica (Innocenti i Price, 2005.), čime se može objasniti nesmetani ekspanzivni razvoj jezika, u dobi kada dijete ima općenito intenzivan razvoj. Ukoliko moždane stanice za razvoj jezičnih sposobnosti, a koje su tu u ogromnom broju, nisu aktivirane, nakon druge godine počinje njihovo propadanje. Zato je komunikacija u toj dobi iznimno važna kako bi se aktivirale moždane stanice i dijete razvilo jezične sposobnosti.

Procjenjuje se da dijete u prosjeku već u dobi od šest godina, razumije 14 000 riječi (Templin, 1957.). Pretpostavlja se da se većina tih riječi nauči već između 18 mjeseci i šest godina, što bi značilo da dijete nauči dnevno devet novih riječi (Carvey, 1978.).

Razvoj govora i jezika prolazi kroz tri inicijalne faze: faza jedne riječi, zatim faza u kojoj dijete spaja dvije riječi i nakon toga telegrafski govor. U prvoj fazi dijete upotrebljava samo jednu riječ u govoru, konkretan glagol ili imenicu. Djeca ih koriste da bi obilježili stvar koju nose, stvar koja čini buku ili da bi ih netko nosio, kao npr.: „beba“, „tika-taka“, „mama“. Djeca katkad proširuju značenje riječi na čitavu vrstu, koristeći ih nepravilno da bi obilježili neki novi objekt, npr. „mu“ (krava), za sve životinje. Korištenje proširenog značenja je najčešće rezultat ograničenog rječnika, pa će dijete, koje prvi put vidi kozu, reći „maca“, prepoznajući neka njena slična obilježja. Želja za komunikacijom nadvladava siromašan rječnik i navodi ga na upotrebu riječi koje i nisu sasvim korektne (Clark, 1983., 1987.).

S 18 mjeseci započinje ubrzano usvajanje imenica i potreba da se imenuje svaki objekt u okolini djeteta. Dijete stalno pita „Što je to?“. Istraživači ovo vrijeme nazivaju eksplozijom imenovanja jer djeca nevjerovatno brzo usvajaju nove riječi, naročito imena stvari. Djeca također prepoznaju da neke riječi ne obilježavaju akciju, već opisuju kako stvari i osobe utječu jedni na druge. Dok eksperimentiraju s riječima, djeca ujedno uče značenje sintakse, pravila i kombinacije riječi kako bi što bolje izrazila svoje potrebe (Naigles, 1990.; Naigles i Kako, 1993.).

U dobi između 24 i 36 mjeseci djeca počinju upotrebljavati zamjenice, prijedloge (u, na), pomoćne glagole i počinju upotrebljavati veličinu i boju (Berk, 2006.).

U dobi od 36. do 48. mjeseca dijete usvaja osnovnu gramatiku jezika (Herschensohn, 2007.). Dijete govori uglavnom gramatički ispravnim rečenicama, a rečenice se starošću djeteta produžuju.

Što su starija, djeca upotrebljavaju više apstraknog značenja i uz opise svog fizičkog svijeta, govore o svom psihičkom svijetu. Npr. dijete oko druge godine počinje upotrebljavati riječi kao sanjanje, zaboraviti, pretvarati se, vjerovati, pogoditi, nadati se i sl. kada opisuju svoje unutarne stanje (Shatz i dr., 1983.). Također upotrebljavaju riječi za opis svog emocionalnog stanja kao sreća, tuga, ljutnja, ali unose i emocije u izgovorenu riječ, sukladno svom stanju (Bloom, 1998.). Kako raste vokabular, djeca kombiniraju svoju prvu rečenicu u iskazima od dvije ili tri riječi.

U skladu s kognitivnim napretkom, dijete će kasnije u djetinjstvu moći upotrebljavati apstraktne riječi kao što su pravda, istina i ideja.

1.1.1.3. Pravila gramatike

Gramatika je set jezičnih pravila o kombiniranju i slaganju riječi da bi dobili smislene rečenice. Različiti jezici koriste, naravno, različita gramatička pravila. Čak i kad imaju ograničen rječnik djeca mogu kombinirati iste riječi u različitim rečenicama kako bi prenijeli bogatu raznolikost značenja. Premještanjem riječi u rečenici, može se dobiti različito značenje.

Nakon eksplozije imenovanja u dobi od 18 mjeseci do dvije godine, djeca počinju slagati iskaze po dvije riječi na različite načine da bi izrazili kompleksnija značenja (Brown, 1973.).

Što su djeca starija i intelektualno zrelija, to su i izazovi u usvajanju jezika veći. Nakon dvočlane rečenice u kojoj nema ni pridjeva, ni priloga ni veznika, dijete da bi što bolje prenijelo značenje iskaza, koristi sve zahtjevnije gramatičke oblike. Tako se od *telegrafskog govora*, dolazi do sve složenijih gramatičkih oblika, prolazeći kroz pogreške. Djeci je važno da govor mogu koristiti u praktične svrhe. Znanstvenici su češće fokusirani na istraživanje koje vrste pogrešaka čine djeca u usvajanju govora, nego gdje su uspješni. Znanstvenici smatraju da pogreške učenja jezika kod djece ovise više o usvajanju generalnih pravila na kojima se bazira gramatika, nego na imitaciji odraslih (Slobin, 1979.). Pogreške koje čine ljudi u razmišljanju i komunikaciji mogu iznijeti na vidjelo obrasce kako se normalno razvija jezik.

Da bi dobro komunicirala, djeca ne trebaju usvojiti samo dijalog i gramatička pravila; ona također trebaju naučiti **pravila konverzacije**, gdje zastati u komunikaciji, te kako slušati i kako sudjelovati u naizmjeničnoj komunikaciji. Djeca počinju učinkovito upotrebljavati **jezik u socijalnom kontekstu**; prilagođavaju se kulturalnim pravilima okoline, pravilima komunikacije, kao što je slušanje sugovornika i izražavanje jasnih poruka (Berk, 2006.). Djeca se uče na primjeren način upotrebljavati govor i jezik u kontekstu situacije kako bi imali jasnu komunikaciju s drugima i ostvarili svoje ciljeve (Ninio i Snow, 1988.). Ovaj dio jezičnih sposobnosti se naziva **pragmatikom** i poteškoće u ovom segmentu jezičnog razvoja prisutne su kod djece s autizmom, Aspergerovog sindroma, a neki autori smatraju ga zasebnim poremećajem (Bishop, 1989.; Botting, 1998.; Botting i Conti-Ramsden, 1999.). Odrasli koriste jezik tijela, intonaciju i facijalnu ekspresiju kako bi poboljšali svoju komunikaciju. Također koriste povratnu informaciju svog sugovornika kako bi prepoznali stav sugovornika, vezano uz njihovu komunikaciju. Djeca moraju usavršiti sve te vještine kako bi postala uspješni u komunikaciji.

1.1.1.4. Razumijevanje govora i jezika kod djece (receptivni govor)

Receptivni govor je sposobnost da se razumiju riječi i jezik. Jezično razumijevanje je važno kako bi se uspješno komuniciralo. Razumijevanje jezika prethodi jezičnoj ekspresiji. Tako djeca razumiju sve jednostavne naloge iako još ne mogu izreći sve navedene riječi. Smatra se da je razumijevanje jezika u ovoj fazi na razini prepopoznavanja riječi, dok ekspresija zahtjeva prisjećanje, kako riječi tako i koncepta koji se odnosi na tu riječ. Fenson i sur. (1993.) nalaze korelaciju 0,65 između receptivnog i ekspresivnog jezika u dobi od osam do šesnaest mjeseci djeteta. *Kašnjenje ekspresivnog jezičnog razvoja* se nalazi i nešto kasnije. Tako dijete razumije 50-ak riječi u dobi od trinaest mjeseci, a toliko riječi mogu koristiti tek u dobi od osamnaest (Menyuk, Liebergott i Schultz, 1995.).

Razvoj rječnika kako ekspresivnog, tako i receptivnog, povezan je s kognitivnim razvojem određene dobi djeteta, ali i s **emocionalnim razvojem djeteta**. U dobi od 22 mjeseca djeca *integriraju riječi s emocionalnim stanjem* u kojem se ono izražava (Bloom, 1998.).

Djeca koja imaju teškoće razumijevanja govora i jezika, otežano slijede instrukcije kako kod kuće tako i u vrtiću i/ili školi. Problemi razumijevanja govora mogu ometati dijete u primjerenim odgovorima na pitanja i zahtjeve. Naime, problem razumijevanja govora podrazumijeva i probleme procesuiranja jezika pa se sve češće koristi termin receptivni govor. Kod djece iz pervazivnog razvojnog spektra nalazi se problem koji nazivaju **slaba centralna koherencija**. Oni imaju ograničene sposobnosti da procesuiraju cjelinu, odnosno zadržavaju se na odvojenim detaljima koji nisu bitni.

Receptivne jezične sposobnosti također uključuju mogućnost djeteta da procesuiraju verbalnu informaciju. **Procesuiranje** uključuje primanje informacije slušnim putem, spremanje u kratkotrajnu memoriju, prebacivanje te informacije u radnu memoriju gdje su rječnik, gramatika i proces razumijevanja u zajedničkom procesu. Na kraju, informaciju koju je dijete razumjelo može prenijeti na druga područja svog mozga kako bi odgovorio na informaciju. **Djeca s problemima razumijevanja govora** (receptivnim govorom) mogu imati problem na bilo kojem dijelu ovog procesa: mogu imati problem u slušnoj pažnji, problem u kratkotrajnoj memoriji, problem organiziranja verbalnih informacija, siromašan rječnik, gramatičke slabosti ili teškoće imenovanja (dosjećanja riječi). Bilo koji od ovih problema na putu procesuiranja jezičnih informacija, mogu oslabiti efikasnost verbalnog procesuiranja, odnosno razumijevanja govora. Ponekad je u logopedskoj terapiji potrebno raditi s djecom na povećanju kapaciteta kratkotrajne memorije, na problemu organizacije informacija ili na slijeđenju višestrukih uputa kako bi se ojačale receptivne jezične vještine.

Problemi razumijevanja govora su česti kod djece s **usporenim govorno-jezičnim razvojem**. Unazad desetak godina, opisuju se u literaturi i nazivaju se **djeca s posebnim jezičnim teškoćama** (PJT). Djeca s PJT govore u kratkim rečenicama, pojednostavljenim, gramatički netočnim (Leonard, 1998.). Verbalna produkcija djece s posebnim jezičnim teškoćama je pojednostavljena tako npr. kod predškolske djece često nedostaju konzonanti. Rječnik je ograničen, siromašan s tendencijom da se koriste termini koji obilježavaju višestruke namjene umjesto pojedinačnih, npr. dijete koristi riječ žlica i za nož i za vilicu. (Rice i Bode, 1993.; Leonard, 2009.).

Beates navodi da je razumijevanje govora u predškolskoj dobi teško ispitati jer ispitivanje traži dobro razvijenu pažnju (1993.). I predškolsko dijete urednog razvoja ima kratku i promjenjivu pažnju ovisnu o motivaciji i drugim faktorima, te testovi razumijevanja jezika često pokazuju nisku pouzdanost. U zadnjim godinama više je istraživanja koja se odnose na razumijevanje jezika kod djece, a sve se više u istraživanju jezičnog razvoja koriste neuroimaging tehnike, kao kognitivni evocirani potencijali (KEP). Ovom tehnikom se dobivaju jasni pokazatelji razlika u obradi primljenih jezičnih podataka na kortikalnoj razini kod djece urednog razvoja i one koja imaju smetnje u obradi podataka (Ceponiene i dr., 2009.; Palmović, Kuvač i Kovačević, 2007.).

1.1.2. Kognitivni razvoj djeteta

Kognitivni razvoj je područje koje proučava neuroznanost i razvojna dječja psihologija fokusirana na dječji razvoj u terminima informacijskog procesuiranja, konceptualnih sposobnosti, perceptivnih vještina, učenja jezika i drugih aspekata razvoja mozga i kognitivne psihologije u usporedbi s odraslima. Kognitivni razvoj može se definirati kao mogućnost mišljenja i razumijevanja (Schacter, 2009.). Velik dio istraživanja odnosi se na razumijevanje kako dijete poima svijet.

Raspravljajući o razvoju govora i jezika, može se zaključiti da dječji mozak daleko prije razvija misli i ideje, nego li riječi kojima će ih izraziti. Npr. u vrijeme eksplozije imenovanja može se vidjeti djetetova nezasitna potreba za označavanjem stvari koje zna. Daleko prije nego imaju vokabular, bebe gledaju i misle o svijetu (Mosenthal, 1975.), a **lingvistički relativisti** zagovaraju stav da mišljenje osobe ovisi o strukturi i sadržaju jezika njihove socijalne grupe (Hunt i Agnoli, 1991.).

Kognitivni razvoj proučava procese i produkte uma koji se stalno pojavljuju i mijenjaju. Kako i kad djeca znaju da neka stvar još postoji iako je ne mogu vidjeti? Mogu li razumjeti da ljudi imaju želje i snove, a stvari ne? Razvojni psiholozi istražuju oboje: što djeca misle i kako misle.

Postoje dva dominantna pogleda na prirodu procesa misli kod čovjeka: **koncept kognitivnog razvoja** i **koncept procesuiranja informacija**. Prvo ćemo se osvrnuti na osnovu *koncepta kognitivnog pristupa*, a onda razmotriti *koncept procesuiranja informacija* jedan od nekoliko

objašnjenja novijih istraživanja koji predlažu načine kako se mijenjaju procesi ljudskog mišljenja s godinama.

1.1.2.1. Piagetov pristup kognitivnom razvoju

Pionir u istraživanju kognitivnog razvoja bio je švicarski psiholog Jean Piaget. Ranih 50-tih promatrao je dječji intelektualni razvoj i stvorio *teoriju kognitivnog razvoja*. Piagetov trening u biološkim metodama opservacije pomogle su mu da ispita ljudski intelekt kao oblik biološke adaptacije. Piaget je promatrao ljudski um kao aktivni biologijski sustav koji istražuje, selekcionira, interpretira i reorganizira informacije da bi ih podesio ili uskladio prema vlastitim postojećim mentalnim strukturama. Da bi razumio prirodu dječjeg uma Piaget je započeo sa pažljivim opserviranjem ponašanja svoje troje vlastite djece. Stavljao bi ih pred probleme i pratio njihove odgovore. Piaget je koristio jednostavne demonstracije da bi stvorio kompleksne teorije o ranom mentalnom razvoju.

Piaget se fokusirao na promjene u mišljenju kod djece, njihovom zaključivanju i fazama rješavanja problema neprekidno prikazujući modele razvoja. Postoje tri ključne komponente Piagetovog pristupa kognitivnom razvoju; **planiranje, asimilacija i akomodacija**, što dovodi do prikaza kognitivnog rasta.

Da bi riješili problem, razvijamo mentalne strukture kojima sistematiziramo podatke. Piaget takve mentalne strukture naziva **planovima ili programima** koji postupno razvijaju mišljenje. Planiranje je građenje dijelova razvojnih promjena. Ono organizira prošla iskustva u strukture znanja, koje pomažu djetetu da razumije sadašnje i predvidi buduće događaje.

Prva planiranja u dječjem razvoju su ta koja uključuju njihova osjetila, akcije, mogućnosti pod zajedničkim nazivom **senzomotorna inteligencija**. Beba gleda stvari, poseže za njima, sisa dojku ili bočicu. Sve te radnje su senzomotorne sekvence koje pomažu bebi da se adaptira na okolinu. U početku se jednostavni planovi kombiniraju sa drugima, postaju kompleksniji i diferencirani iskustvom i sazrijevanjem. Na kraju, dječje planiranje ide od upotrebe na fizičke objekte, koji su prisutni pa do toga da je dovoljna simbolička reprezentacija (Gallagher i Reid, 1981.; Piaget, 1977.). Npr. beba gleda konopac koji je zavezan na njegovu najdražu igračku na povlačenje, ali ne vidi igračku, koja je skrivena, tako da mora povući konopac kako bi otkrilo igračku ili joj se dovoljno približilo da je uzme. Dijete mora biti sposobno zamisliti igračku i zapamtiti da je konopac povezan s igračkom, prije nego može koristiti planiranje, koje će dovesti do uspješnog povlačenja konopca da dođe do igračke.

Prema Piagetu postoje dva bazična procesa u kognitivnom razvoju: asimilacija i akomodacija. U asimilaciji, novo iskustvo modificira staro iskustvo, a u akomodaciji se mijenja staro iskustvo da bi se razvilo novo.

Asimilacija modificira nove razvojne informacije da popuni ono što je već poznato. Beba refleksno zna kako sisati bradavicu i pokušat će istu tehniku primijeniti i na novom objektu, sisajući dudu ili mljackajući po rubu šalice. Suprotno od toga, akomodacija je nova informacija restrukturirana ili modificirana djetetovim postojećim planom, tako da bi novi podatak bio bolje iskorišten. Npr. beba mora naučiti od sisanja dojke sisati bočicu, zatim cuclati na slamku, te piti iz šalice. Početno sisanje je refleksna akcija prisutna još od rođenja, ali se mora promijeniti akomodacijom na novo iskustvo.

Za Piageta, kognitivni razvoj rezultira stalnom izmjenom asimilacije i akomodacije. Kroz ta dva procesa dječje ponašanje i znanje postaje manje ovisno o konkretnoj vanjskoj stvarnosti i više je usmjereno na apstraktne misli (Piaget i Inhelder, 1972.).

Postoje četiri kvalitetno različita Piagetova stupnja kognitivnog razvoja (Schacter, 2009.): senzomotorni stupanj (najranije djetinjstvo), preoperacionalni razvoj (rano djetinjstvo), konkretno operacionalni stupanj i formalno operacionalni stupanj u adolescenciji. Različiti stilovi razmišljanja obilježavaju svaki od ovih stupnjeva djetetova progressa, od senzornih reakcija do logičkog razmišljanja. Sva djeca prolaze kroz te procese, iako nekom djetetu treba duže vrijeme da prođe kroz jednu etapu.

Senzomotorni razvoj po Piagetu traje od rođenja do dvije godine. Mnoga kognitivna postignuća događaju se u prve dvije godine djetetova života. Senzomotorne sekvence napreduju, kombiniraju se, koordiniraju i integriraju. Postaju raznovrsnije jer malo dijete testira različite aspekte okoline i otkriva akcije koje imaju utjecaj na vanjsku stvarnost. Ali u senzomotornom periodu dijete je povezano direktno s okolinom i planom motornih akcija, ograničenih kognitivnih mogućnosti da simbolički reprezentira okolinu. Krajem druge godine dijete objekt permanentno zadržava u svojoj percepciji, tako da egzistira i kad nije prisutan. Koncept da objekt *permanentno traje*, razvija se u drugoj godini života (Flavell, 1985).

Glavno kognitivno obilježje slijedećeg razvojnog stupnja, **preoperacionalnog razvoja**, koje traje od treće do sedme godine (predškolsko doba) je mogućnost **reprezentacije objekta mentalno i kad nije prisutan**. Tri osnovna stanja djetetova uma u toj fazi su egocentizam, animalno razmišljanje i centriranje.

- *Egocentizam* je stanje kada je dijete fokusirano na sebe. Dijete gleda svijet u terminima sebe i vlastite pozicije. Nisu još sposobni suosjećati s drugima ili vidjeti iz tuđe pozicije. Zato mogu djelovati na način da su destruktivni prema drugima na način da ih ozlijede iako im to nije namjera.

- *Animalno mišljenje* se odnosi na zamišljanje da neživi objekti imaju život i mentalne procese. Smatra da su djeca predisponirana razmišljati o biološkim entitetima (npr. životinje i biljke) na esencijalistički način, što znači da očekuju da imaju osobine koje im daje njihova suština.

- *Centriranje* uključuje fokusiranje na jednostavne uočljive kvalitete da bi bili u stanju zabilježiti ili razumjeti događaj. Npr. dijete koje je žedno traži „veliku čašu“ soka i preferira visoku iako će u njoj dobiti manje soka nego u širokoj, a nižoj.

Konkretno, operacionalni stupanj po Piagetu traje od sedme do jedanaeste godine. Dijete je sposobno za mentalne operacije, ali još ne može misliti apstraktno. U ovoj fazi nisu više centrirani na pojedinosti već uključuju svojstva u svoja razmišljanja. Djeca sada uče upotrebljavati logiku i interferencije kako bi riješili problem. Simboli koje koriste u mišljenju još su simboli konkretnih objekata i događaja, a ne apstrakcije.

Formalni operacionalni stupanj nastupa u jedanaestoj godini. Mišljenje postaje apstraktno. Adolescenti mogu vidjeti dijelove njihove realnosti kao jednu od nekoliko zamišljenih realnosti. Počinju dublja razmišljanja o istini, pravdi i egzistenciji.

1.1.2.2. Noviji pristupi kognitivnom razvoju

Piagetovo stajalište o kognitivnom razvoju je model kojeg su koristili mnogi razvojni psiholozi da bi razumjeli kako se razvijaju drugi mentalni i bihevioralni procesi.

Novija istraživanja sugeriraju alternativne pristupe koji se razlikuju od Piagetovih metoda. Ta istraživanja pokazuju da su djeca intelektualno mnogo sofisticiranija na svakoj razini razvoja, nego je to našao Piaget (Hurley, 2012.). Istraživače je također izazvala Piagetova teorija senzomotornog razvoja pa su pronašli da su mišljenje i djela kontinuirani modeli kognitivnog razvoja, a ne karakterizirani odvojenim fazama (Siegler, 1983.). Ova istraživanja su potpomognuta kompjuterskom tehnologijom, a također uključuju mnoštvo djece, a ne pojedinačne slučajeve.

Neki noviji radovi i istraživanja u polju kognitivnog razvoja poboljšali su originalni Piagetov koncept. Na primjer, djeca u preoperacionalnoj fazi mogu aktualno razumjeti neke koncepte, kao i djeca na operacionalnoj razini, ali im još uvijek može nedostajati memorija ili vještine govora da bi se točno izrazili. Npr. petogodišnje dijete koje je gledalo kako otac priprema doručak, moglo je razumjeti što radi, ali ne to i opisati kada dođu kod bake ili objasniti zašto voli tatin način pripremanja palačinki.

Istraživači su također pronašli, u suprotnosti sa Piagetovom idejom centriranja, da mala djeca u dobi od 3 ili 4 godine razlikuju što su unutarnji, a što vanjski objekti, iako je to nevidljivo i nije nužno identično vanjskoj pojavi (Gelman i Wellman, 1991.). I u suprotnosti s Piagetovim animističkim mišljenjem, 3 do 5-godišnja djeca su stalno u mogućnosti da odvoje realno od imaginarnu stvarnosti (Welman i Estes, 1986.).

Mnogi noviji istraživači u cijelosti su odbacili Piagetov koncept stupnjeva razvoja i dali prednost **konceptu informacijskog procesuiranja** (McShane, 1991.), u kojem je dječji um sličan kompjuteru. Prema tom stajalištu djeca su kao i odrasli stalno u procesu primanja informacija o svijetu, ali se razlikuju od odraslih time što su limitirana ograničenim memorijskim kapacitetom.

Dva su opća izvora kognitivnih promjena koja su u fokusu istraživanja; *razvoj općih sposobnosti i sposobnosti povećanja kapaciteta i brzine procesuiranja informacija* (Miller i Vernon, 1996).

Neki od specifičnijih mehanizama uključuju *automatizaciju* (Case, 1992.), *regularnu detekciju* (Klahr, 1992.), *generalizaciju* (Klahr i Wallace, 1976.), *povećanje centralne povezanosti* (MacWhinney, 1987.), *strategiju konstrukcije* (Sternberg, 1985.) i *strategiju izbora* (Siegler, 1996.). Ti procesi sudjeluju i modificiraju kognitivni sistem i vode ga do promjene u funkcioniranju kako bi efektivnije i uspješnije procesuirali informacije.

Još jedan važan koncept za kojeg se smatra da pridonosi kognitivnom funkcioniranju je *koncept izvršnih funkcija*. Izvršne funkcije obuhvaćaju volju, planiranje, svrhovito ponašanje i djelotvornu izvedbu (Lezak, 1995.). Promjene u izvršnim funkcijama mogu se pripisati sazrijevanju i promjenama u centralnom živčanom sustavu (Thatcher, 1991.).

Istraživanja o djetetovom razvoju nisu završena, već su intenzivno usmjerena na područje mišljenja, kako se ono razvija i kontinuirano mijenja.

1.1.3. *Emocionalni i socijalni razvoj*

Dijete koje je kompetentno u jeziku i kognitivnim vještinama može još uvijek biti deficitarno i bez prikladnih socijalnih i emocionalnih reakcija i kapaciteta. Dječje bazično preživljavanje ovisno je o formiranju djelotvornih relacija s djetetu važnim osobama.

Djeca moraju biti u kontaktu sa svojim vlastitim osjećajima i odgovarati na osjećaje drugih, ali još uvijek ne znači da su vješti komunikatori. I odrasli znaju imati teškoće da izraze svoje osjećaje ili govore o svojim namjerama. Djeca trebaju prvo naučiti biti u interakciji sa drugima. Smiješak je jedan od puteva do jednostavne interakcije. Roditelji se vesele djetetovom prvom osmjehu, reagiraju uzvratno na njega i time započinju interakciju. Ljudi se ne smiješe samo kad imaju pozitivne osjećaje, nego i kad drugi od njih očekuju smiješak (Fridlund, 1990.).

1.1.3.1. Emocionalni razvoj

Emocije se opisuju kao diskretni i dosljedni odgovori na unutarnje i vanjske podražaje, a koji su osobito važni za osobu.

Jedna komponenta emocionalnog odgovora je pojava ili nastanak emocija u nekoj situaciji ili kontekstu. Bilo koja životna situacija može izmamiti emocije, misli, sjećanja ili nekadašnje emocionalno iskustvo.

Interpersonalni odnosi i događaji u okolini mogu izmamiti bilo koji tip emocija. Interakcija s drugim ljudima najčešći je razlog za pojavljivanje tuge i ljutnje. Materijalna dobra češće se navode kao razlog za sreću i iznenađenje. Fantazije se primarno povezuju sa strahom i češće su kod četverogodišnje djece, za razliku od sedmogodišnje kojima su važniji interpersonalni odnosi i postignuće kao razlog emocija (Strayer, 1986.).

Slijedeća komponenta emocija je **tjelesno stanje ili promjene u tjelesnim aktivnostima**: somatsko, biokemijsko, neurološke promjene (Lewis i Saarni, 1985.). Različita emocionalna iskustva praćena su različitim emocionalnim stanjem, no ono nije jednoznačno između emocija koje doživljavamo i tjelesnog stanja koje ga prati.

Emocionalna ekspresija može se izraziti na različite načine: kroz facijalnu ekspresiju, položaj tijela i vokalizacijom. U nekim kulturama pokazivanje određenih emocija smatra se neprikladnim, a može se izgubiti i poštovanje obitelji ako se npr. plače. Tako se u nekim

kulturama testira ulazak u zrelost upravo kontrolom emocija, dok se u protivnom riskira poštovanje zajednice (Harkness i Super, 1985.).

Mnogi smatraju da su govor i jezik važni za emocionalno iskustvo jer predviđa značenje nejasne unutarnje senzacije i razlike među osjećajima. Prije nego se govor i jezik razviju, emocionalno iskustvo bebe ne može se uspoređivati s emocijama starije djece i odraslih. Neki psiholozi slažu se da facijalna ekspresija može utjecati na tjelesno stanje i iskustvo emocije. Tako npr. ako se smiješiš ili smiješ, možeš iskusiti radost.

Temperament upućuje na čovjekove naslijeđene trajne modele reakcija na vanjske podražaje i situacije. Harvardski istraživač Jerome Kagan dokazao je da je 10 - 15% beba od rođenja sramežljivo ili od rođenja hrabro (Kagan i dr., 1994.; Kagan i Snidman, 1991.). Bebe se razlikuju u osjetljivosti na fizičke i socijalne stimulacije. Stidljiva beba češće je uplašena i manje društvena. S takvim bebama se rjeđe ide u interakciju i prema njima se postupa pažljivije, pa se tako potvrđuje djetetova inicijalna dispozicija. Kagan je u početnim istraživanjima radio na temperamentu pretpostavljajući da će način reakcija biti najbolje objašnjen socijalnim utjecajima. Npr. sramežljivo dijete se moralo naučiti plahosti kao rezultatu neugodnih socijalnih iskustava. Kasnije Kagan više uključuje biološke predispozicije (Gallagher, 1994.; Kagan, 1994.). Kagan i drugi istraživači temperamenta naglašavaju da postoje **tri bazična stila temperamenta** koja se ispoljavaju kroz ljudsko ponašanje: *strašljivost, agresivnost i društvenost*.

Bojažljiva djeca su rođena s tendencijom da izbjegavaju opasnost u situacijama svađe i odrastaju kao oni koji izbjegavaju neugodne ljude. Agresivni pojedinci istražuju probleme tako da se pokušavaju boriti s njima, postaju razdražljivi, krive druge i napadaju ih.

Društvena i otvorena djeca su u stanju prihvatiti oboje i iznenađenje i razočaranje, bez toga da postanu depresivni ili da napadaju. Ona hrabro istražuju svijet i nose se smireno s teškoćama.

1.1.3.2. Emocionalna kompetencija

Emocionalna kompetencija (EK) se tumači kao sposobnost da se osjećaji izraze ili pokažu nekom drugom. To uključuje lakoću komunikacije s drugima i uključuje sposobnost izražavanja samog sebe. Emocionalna kompetencija je opisana kao važna socijalna vještina prepoznavanja, interpretiranja i konstruktivnog odgovaranja na svoje i tuđe emocije. Za razliku od emocionalne kompetencije, **emocionalna inteligencija** općenito je definirana kao proces prepoznavanja svojih i emocionalnih stanja drugih da bi se efikasnije mogli riješiti

eventualni problemi i adekvatno regulirati ponašanje. Termin emocionalne kompetencije nastaje iz potrebe za mjerenjem praktične funkcije emocionalne inteligencije.

Termin emocionalna inteligencija pojavio se u psihološkoj literaturi početkom devedesetih u radovima Petera Saloveya i Johna D. Mayera (1990.). Salovey i Mayer konstrukt emocionalne inteligencije definiraju kao skup sposobnosti koje bi trebale pridonijeti točnijoj procjeni i izražavanju svojih emocija, kao i procjeni tuđih emocija te korištenje osjećaja kao pokretača za planiranje i postizanje ciljeva u životu. Prva definicija emocionalne inteligencije bila je “sposobnost praćenja svojih i tuđih osjećanja i emocija, i upotreba tih informacija u razmišljanju i ponašanju” (Salovey i Mayer, 1990.). Model strukture takvih procesa uključuje: a) procjenu i izražavanje emocija kod sebe i kod drugih, b) regulaciju emocija kod sebe i drugih i c) uporaba emocija u adaptivne svrhe.

U ovoj definiciji je prema mišljenju autora ispušteno razmišljanje o osjećajima, dok se naglašava opažanje i regulacija emocija. Zato revidiraju definiciju prema kojoj emocionalna inteligencija uključuje:

- sposobnosti brzog zapažanja procjene i izražavanja emocija;
- sposobnost uviđanja i generiranja osjećanja koja olakšavaju mišljenje;
- sposobnosti razumijevanja emocija i znanje o emocijama;
- i sposobnost reguliranja emocija u svrhu promocije emocionalnog i intelektualnog razvoja (Mayer i Salovey, 1999.).

Ove četiri sposobnosti navedene su u definiciji ovim redom sukladno složenosti psiholoških procesa koje uključuju od jednostavnijih (zapažanje i izražavanje emocija) do složenih (svjesnost, refleksivnost i regulaciju emocija).

Za konstrukt emocionalne inteligencije Mayer i Salovey su našli svoj izvor u Gardnerovoj teoriji višestrukih inteligencija (Gardner, 1993.) i Sternbergovoj teoriji inteligencije (1982.). Goleman definira emocionalnu kompetenciju kao naučenu sposobnost baziranu na emocionalnoj inteligenciji koja rezultira izvrsnom izvedbom na poslu (1998.). Takšić, Morović i Munjas navode da je potrebno razlikovati emocionalnu inteligenciju koja se odnosi na sposobnost i emocionalnu kompetenciju koja se odnosi na osobinu ličnosti (2006.). Naime, emocionalna kompetencija osobe ne mora biti ista kao emocionalna inteligencija osobe. Emocionalna kompetencija se razvija ovisno o iskustvu, a time i starosti osobe (Takšić, Mohorić i Munjas, 2006.). Povezanost između emocionalne kompetencije i godina iskustva

nalaze Humpel, Caputi i Math (2001.). Pokazalo se da je emocionalna kompetencija važan moderator između stresa i mentalnog zdravlja (Ciarrochi i sur., 2000., prema Takšić, Mohorić i Munjas, 2006.), a emocionalno kompetentnije osobe pokazuju se zadovoljnije u međuljudskim odnosima (Lopez i sur., 2003., prema Takšić, Mohorić i sur., 2006.) Nađeno je da u obiteljima s kvalitetnijom emocionalnom kompetencijom, adolescenti imaju manje suicidalnih misli (Kwork, 2014.).

Salovey i Mayer (1990.) grade temeljne teorijske postavke konstrukta emocionalne inteligencije na integraciji postavki koje je Sternberg (1981.) naveo u svojoj teoriji praktične inteligencije i onih koje je Gardner (1993.) naveo za svoju teoriju interpersonalne i intrapersonalne inteligencije. Sternberg je na osnovu svojih istraživanja zapazio da snalaženje u svakodnevnim situacijama zahtijeva drugačije sposobnosti od onih koje mjere klasični testovi inteligencije (Sternberg, 1981.) te u svoju teoriju analitičke i kreativne inteligencije dodao i praktičnu inteligenciju. Gardner (1993.) je razvio model višestrukih inteligencija, gdje uz sedam osnovnih inteligencija dodaje još dva i to interpersonalnu i intrapersonalnu inteligenciju. Interpersonalna inteligencija predstavlja sposobnost primjerenog reagiranja u odnosima s drugim ljudima dok intrapersonalna inteligencija predstavlja bit samospoznaje i sposobnost upravljanja osjećajima. Ove teorije Sternberga i Gardnera nose se ravnopravno s prihvaćenim teorijama Spearmana (1904), Thurstonea (1938) i Guilforda (1967).

Nakon definiranja emocionalne inteligencije kao "sposobnosti koja uključuje:

1. točno zapažanje, procjenu i izražavanje emocija,
2. sposobnost uviđanja i generiranja osjećaja koja olakšavaju mišljenje,
3. sposobnost reguliranja emocija u svrhu promocije emocionalnog i intelektualnog razvoja"

Mayer i Salovey prvi pokušavaju i njeno mjerenje (1997.). Oni su to učinili na dva načina: samoprocjenom ispitanika i neposrednom procjenom sposobnosti, tako da ispitanik rješava neki aktualni problem. Metode samoiskaza ponekad su diskutabilne ne samo zbog utjecaja socijalne poželjnosti, već i zbog toga što osoba ne može sebe sagledavati u cijelosti i objektivno.

Tako su se počele razvijati ljestvice za procjenu meta raspoloženja, koje se odnose na svjesnost svojih osjećaja i s druge strane na mogućnosti njihove regulacije (Mayer i Gaschke,

1998.; Mayer i sur., 1997.; Mayer i Stevens, 1994.; Salovey i sur., 1995.). Neke od do sada objavljenih ljestvica koje procjenjuju različite komponente emocionalne inteligencije su „ljestvica iskustva o metaraspoloženjima” (Mayer i Gaschke, 1988.), te nova verzija „ljestvice emocionalne inteligencije” (Mayer i Stevens, 1994.). Slijedeća ljestvica za procjenu komponenata emocionalne inteligencije bila je „ljestvica osobina meta-raspoloženja” (eng. Trait meta-mood scale) (Salovey i sur., 1995.).

Konstrukt emocionalne kompetencije je za sada više predmet istraživanja u područjima koja traže uspješnost u poslu. Kod nas je upitnik emocionalne kompetencije konstruirao Takšić (2001.) i za sada je najčešće primjenjivan na studentskoj populaciji.

1.1.3.3. Socijalizacija

Socijalizacija je proces usvajanja vještina koje olakšavaju interakciju i komunikaciju s drugima, kako bi dijete postalo poželjan sudionik društva (Hetherington i Parke, 1975.). Socijalna interakcija odvija se neverbalno kao i verbalno. Da bi dijete moglo usvojiti socijalne vještine u komunikaciji s drugima, prvo mora naučiti regulirati vlastite emocije. Obitelj ima presudnu ulogu u prepoznavanju, izražavanju i kontroli emocija, a te vještine nazivaju se **emocionalnom kompetencijom**. Smatra se da do treće godine života majka ima najvažniji utjecaj na socio-emocionalni razvoj djeteta. Djetetovo socijalno funkcioniranje znatno ovisi o roditeljskoj izražajnosti, ponajprije majčinom pokazivanju pozitivnih emocija i majčinoj toplini (Zhou i sur., 2002.). Posljedice ekonomskog stresa kod roditelja često su smanjena roditeljska toplina, sukob roditelja ili depresivnost, a to smanjuje kvalitetu djetetovog pozitivnog društvenog ponašanja (Mistry, Vandewater, Huston i Mc Loyd, 2002.).

Da bi dijete postiglo određeni nivo socijalne prilagođenosti, važno je uspostaviti emocionalnu bliskost s roditeljima, što se očituje kao međusobna emocionalna toplina, zajednička vedrina i snažno izražavanje međusobnih osjećaja ljubavi (Clark i Ladd, 2000.).

Predškolski period presudan je za djetetovu socijalizaciju, prilagodbu ponašanja i kasniji razvoj ličnosti (Richman, Stevenson i Graham, 1982.). U tom razdoblju javljaju se brojna neprilagođena ponašanja, koja su dio normalnog razvoja. Samo manji dio simptoma neprilagođenog ponašanja dio je patološkog kontinuuma.

1.1.3.4. Roditelji i socijalni razvoj djeteta

Roditelji socijaliziraju svoju djecu u namjeri da im pomognu naći najprilagodljiviji način za ispoljavanje njihovog temperamenta i mogućnosti. Ne samo roditelji, već i mnogi pojedinci i institucije vrše pritisak na pojedinca da prihvati društveno prihvaćene vrijednosti. Obitelj je zasigurno najutjecajniji regulator socijalizacije. Obitelj pomaže svom članu od osnovnih obrazaca odgovornosti prema drugima i obrnuto, do toga kako se nositi s konfliktima i povredama u relaciji s drugim ljudima. Međutim, prve lekcije za razvoj kasnijih kvalitetnih relacija naučene su u iskustvima privrženosti tijekom ranog djetinjstva.

Socijalni razvoj počinje uspostavljanjem vrlo bliske relacije između djeteta i roditeljske figure. Ta značajna neprekidna, socio-emocionalna relacija, naziva se **privrženost**. Privrženo ponašanje se počinje pojavljivati instinktivno kod mnogih vrsta živih bića. Djeca ne razvijaju nužno privrženost samo s biološkim roditeljima. Jedan primjer instinktivne privrženosti je prvi utisak (eng. imprinting), snažna privlačnost bebe nekih vrsta prema prvom objektu ili jedinki koju vidi. Pile koje se izleže kod majke patke, uspostaviti će privrženost sa zamjenskim roditeljem, ostajući blizak s njom i slijedeći je sve do ruba vode kad ona i njeni pačići idu na plivanje. Tendencija prvog utiska urođena je predispozicija, ali svatko otkriva i bira svoje obrasce i osobe privrženosti. Novorođenčad i njihovi skrbnici mogu imati slične instinktivne obrasce privrženosti.

Biološka istraživanja pokazuju da za vrijeme prvog susreta raste želja potomka da naprave kontakt sa roditeljem, ali to nije garancija da će roditelji odgovoriti na njihove potrebe. Hormonalni utjecaji ne diktiraju roditeljske osjećaje, niti akcije, prema njihovoj djeci. Bebe nisu još dovoljno mobilne da bi upotrijebile svoju lokomociju, kad žele dobiti bliskost ili pažnju skrbnika, odnosno kad žele biti bliži figuri privrženosti, najčešće svojoj mami. Bebe ne mogu jednostavno otići do nje, ali mogu emitirati signale, kao npr. smiješak, plakanje i vokaliziranje kako bi izazvali odgovarajuće ponašanje (Campos i dr., 1973). Gotovo nitko se ne može oduprijeti bebinom smiješku. Prema tvrdnjama Johna Bowlbyja (1973), vrlo utjecajnog teoretičara privrženosti, bebe će stvarati privrženost s pojedincima koji stalno i primjereno odgovaraju na njihove potrebe i signale.

Majka kao figura privrženosti može:

- adekvatno odgovoriti na djetetovu potrebu za bliskošću;
- ne odgovoriti adekvatno na djetetvu potrebu za bliskošću, odnosno biti nedostupna;

- ponašati se nedosljedno; ponekad odgovarajući na potrebe, a drugi put biti nedostupna.

Djeca čiji roditelji odgovaraju na njihove potrebe, pokazuju se kompetentnijima s više istraživačkih ponašanja i bolje rješavaju probleme te izgrađuju bolju otpornost ega na vanjske utjecaje u predškolskoj dobi (Mikulincer i Nachshon, 1991.).

Mary Ainsworth, razvojni psiholog, proučavala je privrženost tako da je stavljala malu djecu u različite situacije, kao što je odvajanje od majki nekom preprekom ili uvođenjem stranaca u sobu kad su njihove majke blizu (Ainsworth, 1989.). Ona je pronašla da je dječje ponašanje pod utjecajem modela sigurne ili nesigurne privrženosti, odnosno povezanosti s roditeljima.

Sigurnu povezanost, privrženost osjećaju djeca kad su bliska sa svojim majkama. Tada se osjećaju zaštićeno i znatno su spremnija pokazati toleranciju za novo iskustvo, uvjereni da mogu zaplakati tražeći pomoć i vratiti roditelja koji je izašao.

Nesigurno privrženost djeca reagiraju na jedan od dva načina: anksioznošću i ambivalencijom ili izbjegavanjem.

Anksiozno-ambivalentna djeca žele kontakt, ali plaču ili se ljute kad su odvojena, a teško ih je utješiti čak i kad se majka vrati. Djeca koja izbjegavaju kontakte, iako su u početku zabrinuta zbog odvojenosti od majke, ne plaču i ne traže kontakt s njom kad se vrati. Na ovoj djeci vide se utjecaji kontinuiranog odbijanja, više ne traže privrženost jer su njihovi utjecaji u prošlosti za njih bili loši.

Privrženost fascinira istraživače jer obrasci koji su uspostavljeni u djetinjstvu mogu trajno perzistirati, vide se u ponašanju odraslih kroz zadovoljstvo poslom, u izboru relacija, te djeluju na intimna iskustva (Collins i Read, 1990.; Hazan i Shaver, 1990.; Shaver i Hazan, 1994.). Phillip Shaver i Cindy Hazan istraživali su manifestacije i posljedice privrženosti na život odrasle osobe (1993., 1994.).

Teorija privrženosti objašnjava unutarnje modele koji predstavljaju relevantne aspekte sebe, svog ponašanja, doživljaja okoline i drugih prema kojima je to ponašanje usmjereno.

Bowlby (1973., 1982.) ih naziva **unutarnjim radnim modelima ili reprezentacijskim modelima**. Dijete internalizira sustav vjerovanja iz svoje okoline od relevantnih osoba (figura privrženosti), a onda s njim integrira doživljaj sebe, odnosno vlastite kompetentnosti i vrijednosti.

Bowlby (1973.) smatra da se reprezentacijski modeli generaliziraju na nove odnose, organizaciju kognicije, emocije i ponašanje, te utječu na reakcije na stres.

Svi teoretičari privrženosti (prema Cassidy i Shaver) zaključuju da sigurnost djeteta nastaje iz inicijalnog odnosa privrženosti majke i djeteta (1999.).

Inicijalni odnos s majkom (figurom privrženosti) baza je za izgradnju svih reprezentacijskih modela i svih daljnjih odnosa (Anisfeld i sur., 1990.).

Odnos privrženosti koje je dijete izgradilo prema roditelju (figuri privrženosti), ne mora ostati stabilno već se isti može promijeniti, npr. kad roditelj koji je bio podržavajući uslijed nekih iznenadnih stresnih ili traumatskih događaja postane npr. depresivan (Bowlby, 1973.). Isto tako kad roditelj dobije veću podršku okoline, može osjetljivije reagirati na djetetove potrebe za privrženosti, zbog čega će dijete opet moći redefinirati unutarnju reprezentaciju sebe kao vrijednog roditeljske pažnje i brige, a roditelja kao psihološki dostupnog (Bretherton i Munholland, 1999.).

Istraživanja Watersa i suradnika (2000.) pokazuju visoku stabilnost privrženosti, ali i da su stresni događaji statistički značajno povezani s promjenom sigurne privrženosti u nesigurnu.

Rezultati Watersa i sur. (2000.) potkrepljuju Bowlbyjevu hipotezu da su **reprezentacijski modeli podložni promjenama** uslijed određenih životnih događaja (Bowlby, 1973., 1982.).

Obrazac privrženosti, prema kognitivnom stajalištu, odrazit će se kroz obrasce procesuiranja informacija. Zavisno od obrasca privrženosti, pojedinci će različito integrirati emocije i kogniciju (Crittenden, 1955., prema Stein i sur., 1998.). Carlson i Sroufe iz pozicije razvojne psihopatologije smatraju da obrasci samoregulacije, pokretani biološkom dispozicijom djeteta i reakcijama skrbnika, izgrađuju privrženost, ali utječu i na pažnju te senzorički, motorički, afektivni te kognitivni razvoj (1995.), što uključuje i govorno jezični razvoj.

1.1.3.5. Problemi u emocionalnom i socijalnom razvoju

Mnogi specifični problemi djece mogu se svrstati u dvije osnovne kategorije: **internalizirane teškoće i eksternalizirane teškoće**. Internalizirane teškoće uključuju prekomjerni unutarnji stres, anksioznost, depresiju, socijalnu povučенost i samoosušđivanje (neprihvаćanje samog sebe). Eksternalizirane teškoće uključuju hiperaktivnost, nekontrolirano ponašanje, agresiju i delikvenciju. Djeca s eksternaliziranim teškoćama imaju nedostatak kontrole ponašanja i

često nezrelo moralno rasuđivanje. Ta djeca krivo interpretiraju namjeru drugih, vide neprijateljstvo tamo gdje ga druga djeca ne vide (Dodge i dr., 1984.).

Prema Piagetu, djeca normalnog razvoja u preoperacionalnom periodu nisu u mogućnosti razumjeti da je njihovo gledište različito od tuđeg (Piaget, 1977.). Djeca iz pervazivnog razvojnog spektra ovu vještinu ne razvijaju adekvatno. Kad djeca uoče da drugi ne vide stvari na isti način, modificiraju svoje ponašanje uzimajući u obzir potrebe drugih i tako se prilagođavaju okolini, socijaliziraju. Druženje s vršnjacima i bogatstvo interakcija važno je za razvoj samokontrole ponašanja.

Teškoće u ponašanju ili patološko ponašanje nije u mnogim slučajevima kvalitativno drugačije od „normalnog“ ponašanja kod predškolskog djeteta već je drugačiji intenzitet. Uzroci teškoća u ponašanju bolje mogu se razumjeti ako znamo uzroke normalnog ponašanja. Npr. bolje možemo razumjeti depresiju ako kroz istraživanje doznamo što djecu općenito dovodi do tuge i anksioznosti. Socijalnu povučenost možemo razumjeti ako znamo kako djeca općenito stječu socijalne vještine i povjerenje. Teškoće u ponašanju definiraju se kao odstupanja od ponašanja koja su normalna ili uobičajena za određenu dob djeteta. Achenbachova ljestvica ponašanja (Child Behavior Checklist) jedna je od ljestvica koja nam daje specifične informacije o vrsti ponašanja koje se smatraju problematičnim (Achenbach, 2000.).

Neki izvori navode da 6 - 10% djece imaju ozbiljne emocionalne i bihevioralne probleme u nekom dijelu njihovog djetinjstva (Lerner i Kauffman, 1985.), no oni su češće prolazne prirode.

Istraživanja o povezanosti majčinog roditeljskog ponašanja prema djetetu s emocionalnom i socijalnom kompetencijom predškolskog djeteta (Blandon, Calkins, Keane, 2010.) nisu pokazala jednoznačne rezultate. Majčino ponašanje nije bilo direktno povezano s emocionalnom i socijalnom kompetencijom predškolskog djeteta. Višestruki razvojni utjecaji, zajedno s djetetovim i majčinim karakteristikama, mogu biti prediktori ranoj emocionalno-socijalnoj kompetenciji djeteta (Denham, Mc Kinley, Couchoud i Holt, 1990.; McCollum i Ostrosky, 2008.). Također, odnos s vršnjacima i školski kontekst (Keane i Calkins, 2004.; Rubin, Coplan, Fox, i Calkins, 1995.) potencijalno mogu potaknuti ili usporiti razvoj emocionalnih, kognitivnih i socijalnih vještina (Calkins i Fox, 2002.; Nigg i Huang-Pollock, 2003.). Efekti roditeljskog ponašanja kao majčina kontrola i odgovaranje na potrebe djeteta je kompleksna i ovisi o karakteristikama djeteta i o tome kako okolina djeteta odgovara na

njegove potrebe (Belsky, Hsieh i Crnic, 1998.). To je u skladu s perspektivom **razvojne psihopatologije** koja uvažava da su višestruki faktori u kompleksnoj interakciji značajni za razumijevanje individualnih razlika (Cicchetti, 1993.).

1.1.4. Psihodinamski pristup razvoju djeteta

Donald Woods Winnicott je uveo pojam „**dovoljno dobre majke**“ (eng. Goodenough mother), kako bi opisao majku, koja se u početku ponaša baš onako kako još ovisno dojenče želi, dopuštajući mu da se doživi svemoćnim i da razvije tj. zadrži fantaziju da je majka dio njega samog. To je faza simbioze. Majka kasnije dopušta djetetu da napusti tu fantaziju i da se postepeno odvoji. Predobra majka, prezaštićujuća ometa djetetovu separaciju i razvoj selfa, dok distancirana majka stvara anksioznost u djeteta. U oba slučaja, nemogućnost da se bude dovoljno dobra majka može poremetiti razvojni tok i razvoj koncepta o sebi, selfa, te će kao odrasla osoba imati poteškoća u realizaciji odnosa (Winnicott, 1965.).

Winnicott također uvodi pojam tranzitnog objekta (eng. Transitional object) za dijete od 4 do 12 mjeseci koji djetetu služi kao utjeha pogotovo kad ide spavati. To je objekt koji je na pola puta između djeteta i druge osobe, npr medo.

Melanie Klein, uz Winnicotta i Blainta, (prema Rayner, Joyce, Rose, Twyman i Clulow, 2005.) u engleskoj stvaraju teoriju pod nazivom „**Teorija objektnih odnosa**“, (eng. „Object relations theory“). Teorija zastupa osjećaj prema instinktivnom objektu, od strane ega. Instinktivni objekt je sve ono što zadovoljava instinktivnu potrebu - osoba, dio objekta npr. dojka ili nešto od toga što postaje dio fantazije, odnosno objekt želje. **Objektni odnos** je emotivna veza koju ljudi stvaraju sa objektom instinkta za razliku od interesa i ljubavi za sebe samog. **Objektni odnosi nam pomažu da stvorimo emotivnu vezu s ljudima.**

Da bi se zaštitilo od anksioznosti dijete razdvaja majku, doživljaj majke na dobar objekt (npr. kad ima mlijeka) i loš objekt (npr. kad nema mlijeka). Znak sazrijevanja je spajanje dobre i loše majke u cjelinu i prihvaćanje cjelovite osobe. Sazrijevanje je otežano ako je majka loša pa ne daje dovoljno sigurnosti da se dijete odvoji. Tada se dijete ne osjeća prihvaćeno kako bi imalo snage integrirati dobru i lošu majku.

Prema Melanie Klein teorija unutarnjih objektnih odnosa usko je povezana s nagonima (1927.). Klein je u radu s djecom bila fascinirana ulogom nesvjesnih fantazija. Pretpostavila je da ego prolazi kroz proces razdvajanja kako bi se nosio sa užasom kojeg osjeća od mogućnosti uništenja. Smatrala je da je Freudov koncept nagona smrti ključan za

razumijevanje agresije, mržnje, sadizma i drugih oblika negativnosti koji su derivati nagona smrti (prema Lanyado i Horne, 1999.).

Klein je smatrala introjeksiju i projekciju primarnim mehanizmima prvih mjeseci života. Dojenče projicira odraze instinkta smrti u majku i onda se boji te loše majke. Ona je to nazvala persekutorna anksioznost, koja je povezana uz paranoidnu shizoidnu poziciju u kojoj su svi aspekti i mame i same bebe razdvojeni na dobre i loše objekte. Razvajanje (eng. splitting) je tada glavni mehanizam obrane koji čuva dobre objekte od loših. Postepeno se spajaju odvojeni dijelovi i beba počinje osjećati strah da je svojim agresivnim i destruktivnim ponašanjem mogla nauditi majci. Na tom stupnju dijete je u depresivnoj poziciji u kojoj i ona i majka imaju i pozitivne i negativne aspekte. To je zrela pozicija.

U dječjoj psihoterapiji očituje se važnost djetetove sposobnosti da simbolizira anksioznost kroz igru što je put do nesvjesnih konflikata (Klein, 1955.).

Psihodinamski orijentirani teoretičari dječjeg razvoja smatraju da **inicijalni odnos povjerenja** bebe prema majci (eng. Basic trust - mistrust) služi kao razvojna stepenica za daljnji nesmetani razvoj djeteta.

Mahler M. (1975.) objašnjava dinamiku djetetovog razvoja kroz slijedeće razvojne faze:

a) Autistična faza (dijete staro 1-3 tjedna)

Svijet djeteta je u njegovoj unutrašnjosti. Dominiraju visceralni podražaji.

b) Simbiotska faza (dijete staro 1-4 mj.)

Majka i dijete čine jedan svijet tzv. orbit. Granice nisu postavljene, one su nejasne, pa dijete ima lažni osjećaj svemoći. Beba hrani sebe pa mamu, uzme maminu ruku pa s njom nešto radi. Prisutni su samo parcijalni objekti npr. dojka. Beba počinje investirati energiju u periferiju svog orbita. Za bazičnu sigurnost važno je da dijete ima pozitivno iskustvo u odvajanju kao uživanje u samostalnosti i saznanje da je mama tu negdje i da će se vratiti.

c) Vrhunac simbioze (dijete staro 4-5 mj.)

Razbijanju simbioze pridonosi otac jer dijete može vezati svoj libido za nekog tko nije majka.

d) Faza separacija – individuacije ima 4 podfaze:

1. diferencijacija (dijete staro 5-10 mj.)

Predstavlja izlazak iz ljuske, početak znatiželje i straha. Strah se javlja u osmom mjesecu. Dijete se uči razlikovati ja - ne ja, razlikuje majku od ne majke, javlja se strah od stranaca, pogledom traži majku.

2. prakticiranje (dijete staro 12-15 mj.)

Beba se uspravlja i puže, istražuje svijet pa se vraća mami. To je faza „ljubavne afere sa svijetom“. Beba ima puno gratifikacije. U ovom periodu javlja se separaciona anksioznost.

3. reprošman (dijete staro 16-24 mj.)

Dijete je svjesno da je odvojeno od majke, da su objekti dobri i loši, pa se gubi osjećaj onipotencije i javlja se ambivalencija. Daje majci predmete kako bi premostio tu odvojenost. Mahler smatra da kriza reprošmana počinje kada dijete nije sposobno nešto učiniti samo, a ne želi majčinu pomoć. Stoji na vratima u konfliktu treba li se vratiti majci ili treba ići dalje. Kriza se riješi kad dijete postane vještije i tako zadovoljno.

4. faza konsolidacije i konstantnosti objekata (dijete staro 24-36 mj.).

Dijete može prihvatiti zamjenu za majku i bolje podnosi njenu odsutnost zbog konstantnosti objekta zna da, jer postepeno internalizira fantaziju majke kao stabilne i pouzdane. Kako ima sve bolje verbalne sposobnosti i bolji osjećaj za vrijeme, može podnijeti odgodu i podnijeti odvajanje.

Prema Kohutu i drugima beba ima konstantnost objekta već sa 6 mjeseci kad se ujedinjuje dobar i loš objekt (prema Balter i Spencer jr. 1991.).

1.1.5. *Povezanost razvoja govora, emocija i ponašanja*

Prema Piagetu govor se razvija prvenstveno kao sredstvo za izražavanje osjećaja i potreba. U ranom djetinjstvu jezik se koristi kao sredstvo komuniciranja, rijetko kao sredstvo razmišljanja. Malo dijete misli, ali misao ne pretače u jezik. Na operacionalnom razvojnom stupnju govor i misao se počinju prožimati. Djeca mogu sve bolje izražavati svoje misli riječima. Povezanost misli i jezika u kasnijim stupnjevima misaonog razvoja omogućuje pojavu unutarnjeg kognitivnog uvida, logičkog razmišljanja na konkretnoj i apstraktnoj razini, primjenu strategija učenja i rješavanja problema (Piaget, 1962.).

To implicira da za uspješno svladavanje socijalne komunikacije, dijete prvo mora naučiti govor kao sredstvo komunikacije. Vygotsky objašnjava razvoj govora i jezika kao sredstva ne samo za društvenu komunikaciju već i za samoregulaciju ponašanja. Kada je govor prikladno razvijen i internaliziran, on postaje **unutarnji govor**. Unutarnji govor pomaže djetetu regulirati svoje vlastite aktivnosti mislima. Samokontrola se ostvaruje kroz proces unutarnjeg govora, tijekom kojega se moguće posljedice nekog ponašanja važu i o njima se interno “raspravlja” (Vigotsky, 1983.).

Dakle, razvoj jezika omogućava djeci razvoj od izvanjski kontroliranih ponašanja do ponašanja koja su unutarnje kontrolirana. Zbog toga kašnjenje u jezičnom razvoju implicira osim usporavanja kognitivnog razvoja i teškoće socijalnog prilagođavanja, koje se mogu razviti u različite psihijatrijske poremećaje.

Barkley i dr. navode četiri izvršne funkcije mozga bitne za samoregulaciju: internalizirani govor, radna memorija, sinteza (planiranje novih obrazaca) i motivacijska procjena, koje mogu biti neurološki inhibirane (1997.). Njihovo stajalište o disfunkciji neurobiološkog sustava za samoregulaciju kojima objašnjavaju funkcioniranje djece s ADHD-om, može objasniti i nedostatak samoregulacije kod djece sa posebnim jezičnim teškoćama.

Sada već mnoga istraživanja potvrđuju povezanost različitih teškoća ponašanja i jezika. Nađeno je da djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju veći rizik od psihijatrijskih teškoća nego djeca iz normalne jezične populacije i nađen je veći rizik za djevojčice nego za dječake (Beitchman i dr., 1986.). Prevalencija različitih psihijatrijskih poremećaja kod djece je veća u grupi s jezičnim poremećajem, koja imaju i teškoće razumijevanja, a niža u grupi s govornim poremećajem (Baker i Cantwell, 1982.). Kod djece s teškoćama razumijevanja govora nalaze se deficiti koji se povezuju s teorijom uma (mogućnost da se razumije kako drugi razmišljaju), kratkotrajnom verbalnom memorijom, fonološkim procesuiranjem zajedno sa značajnim poteškoćama adaptacije i povećanim porastom psihijatrijskih poremećaja u odrasloj dobi (Clegg i dr., 2005.). Longitudinalnim praćenjem djece s posebnim jezičnim teškoćama, u starosti od pet godina nađene su veće emocionalne teškoće i teškoće ponašanja nego kod djece urednog jezičnog razvoja, a sa sedam godina i problemi socijalne kompetencije (Beitchman i dr., 1996.). Praćenjem djece koja imaju višestruke i trajne jezične poteškoće i pri tome niži neverbalni IQ, nađeno je da imaju veći rizik psihijatrijskih poremećaja u adolescenciji (Snowling i dr., 2006.). Određene teškoće u ponašanju učestalije su od drugih, kao na primjer poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj (Snowling i dr., 2006.). Beitchman i dr., pretpostavljaju da neurorazvojna imaturacija može biti često u

pozadini i lingvističkih poremećaja kao i psihijatrijskih poremećaja (1989.). Eisenmayer i dr., nalaze da posebne jezične teškoće nastupaju kao prediktor kliničkih simptoma kod pervazivnih razvojnih poremećaja (1998.).

Emocije su važan motivacijski faktor. Motivacijski i emocionalni procesi mogu snažno utjecati na kognitivne procese pa tako i na razvoj govora i jezika, ali i na ponašanje. U zadnjih desetak godina u neuroznanosti se koriste tzv. brain imaging techniques (MRI) i dobivaju se informacije o funkcionalnoj povezanosti između emocija i nekih kognitivnih funkcija (Deak, 2011.).

Granica između normalnog i patološkog je u predškolskoj dobi veoma tanka. Razvojne osobine djece predškolske dobi uključuju povećanu potrebu za pažnjom drugih, često su u pokretu, pažnja im je kratka, samokontrola još nezrela i snažno su pod utjecajem emocija. Naime, prema Piagetu tek poslije sedme godine dolazi do integracije lijeve i desne hemisfere, tj. emocija i intelekta, koji on naziva operacionalnim razvojnim periodom (1962.).

Shodno navedenim karakteristikama razvoja predškolske dobi, Achenbach je u svojoj ljestvici razradio empirijski pristup kojim se razlikuje normalno i problematično (Achenbach, Rescorla, 2000.). To podrazumijeva da procjenjivači imaju u sebi ugrađenu sposobnost prepoznavanja što je u određenoj dobi djeteta normalna reakcija, a što problematična. Ponašanje koje je razvojno normalno za dvogodišnjaka, za starije dijete je problematično, npr. separacijska anksioznost i prkos. Stoga se u toj dobi veoma oprezno barata dijagnozama, posebno kad se radi o emocionalnim teškoćama i teškoćama ponašanja.

Greenspan, iskusni praktičar u radu s djecom s pervazivnim i drugim razvojnim teškoćama, umjesto fokusa na simptome fokusiran je **na razvojni kontinuum djeteta**. Po njemu treba pronaći koji su razvojni koraci nepotpuni ili nedostaju, a koji su uzrokovali simptome. Stoga on u terapiji djece podučava roditelje kako da uključe emocije u komunikaciju s djetetom, u skladu sa razvojnom zrelošću djeteta. Terapija se također bazira na uključivanju svih senzornih funkcija djeteta što razvojno prethodi intelektualnim funkcijama (Greenspan, 1976.).

1.1.6. *Emocionalne teškoće/teškoće ponašanje neurorizične djece*

Djeca koja su bila **perinatalno ugrožena** pod većim su rizikom za različite nepovoljne razvojne ishode. Osobito je ugrožen nezreli mozak te djece. Kod njih može biti poremećen uredan razvoj mozga, kao što može doći i do samog oštećenja moždanog tkiva (Kostović i sur., 2005.). Utjecaji nepovoljni za razvoj mozga nazivaju se neurorizični čimbenici, a djeca izložena njihovom djelovanju nazivaju se neurorizična. Neki od najčešćih neurorizičnih čimbenika u perinatalnom periodu su: infekcije majki u trudnoći, porođaj carskim rezom, prijevremeno rođenje ili porođajna asfiksija. Prisutnost rizičnog čimbenika ne znači nužno da je došlo do oštećenja nezrelog mozga – ona znači samo povećanu vjerojatnost za oštećenje mozga. Najčešće lezije mozga u novorođenčadi su hipoksično ishemična lezija i intrakranijalno krvarenje. Ona se potvrđuju različitim načinima snimanja mozga, najčešće ultrazvučno. Podaci pokazuju da polovina djece trpe porođajnu asfiksiju, koja je rizični događaj, te razvije hipoksično ishemičnu leziju moždanog tkiva (Lindström i sur., 2006.). Isto tako 40% prijevremeno rođene djece pretrpi intrakranijalnu hemoragiju (Volpe, 2001.).

Ponašanje neurorizične djece (NRD) manje se istražuje nego kognitivne sposobnosti. Također je više studija u školskoj dobi djece, nego predškolskoj. Veliki broj rezultata pokazuje da školska djeca s perinatalnim moždanim ozljedama imaju više problema u ponašanju i emocionalnih smetnji te slabije socijalne vještine u odnosu na djecu bez ozljeda (Gardner i sur., 2004.) te više psihijatrijskih poremećaja, naročito ADHD-a (Johnson, 2007.). Važan je i stupanj moždane lezije. Neke studije pokazuju da djeca s težim lezijama mozga (npr. intrakranijalno krvarenje jačeg stupnja) imaju više teškoća u ponašanju u odnosu na djecu s blažim lezijama već u dobi od tri godine (Taylor, Klein i Hack, 2000.). Drugi autori ne potvrđuju povećani broj problema ponašanja u ovim skupinama djece (Saigal i sur., 2003.). Tako npr. Sommerfelt i sur. (2001.) ne pronalaze veći broj problema u ponašanju kod djece rođene s premalom porođajnom masom. Meta-analize pokazuju da se u većini studija nalazi povećani broj problema ponašanja, ujednačeno internaliziranih i eksternaliziranih problema (Butta i sur., 2002.). Koristeći Achenbachovu CBCL ljestvicu ponašanja neki autori pronalaze kod prerano rođene djece povišene rezultate na skalama povučenosti (Grunau i sur., 2004.) i pažnje (Grunau i sur., 2004.; Reijnevald i sur., 2006.).

Stoga bi, prema teoriji Barkleya skupina neurorizične djece mogla imati slabiju neurološku osnovu važnu za regulaciju ponašanja i emocija (1997).

Objekti kliničke skupine djece, djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizična djeca (NRD), rizične su za razvoj teškoća u ponašanju i emocionalnih teškoća, ali je rizik veći za djecu s PJT (Gregl i sur., 2013.).

1.2. Psihopatologija kod djece

1.2.1. Anksioznost kod djece

Najčešći psihijatrijski poremećaji u djece i adolescenata su anksiozni poremećaji (Andreson i dr., 1987.; Bell-Dolan i Brazeal, 1993.; Costello i Angold, 1995.; Gurley i dr., 1996.; Kashani i Orvaschel, 1988.; Orvaschel i Weissman, 1986.). Iako su strahovi dio normalnog razvoja te dobi, za značajan broj djece, anksioznost ozbiljno oštećuje njihovo funkcioniranje na način da izbjegavaju školu, društvo vršnjaka ili druge aktivnosti) (Albano i Detweiler, 2001.; Bell-Dolan i Brazeal, 1993.). Prema DSM V (American Psychiatric Association, 2013.) anksioznost se svrstava u 9 kategorija: separaciona anksioznost, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna fobija, specifična fobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj. Zajednička dominantna karakteristika im je anksioznost, a izražava se u specifičnim i blagim kognitivnim, fiziološkim i bihevioralnim reakcijama.

Strahove definiramo kao konkretne reakcije na opaženu prijetnju, koje izazivaju bijeg ili izbjegavanje tog objekta uz osjećaje stresa u anticipaciji prijetnje i fiziološke promjene nelagode. Anksioznost se opisuje kao manje intenzivna, difuzna reakcija na objekt koji je nejasan, nedefiniran.

Repertoar reakcija kod osjećaja anksioznosti i straha su motoričke prirode (bijeg, drhtanje, plakanje, mucanje, njihanje, grizenje noktiju), subjektivne prirode (osjećaj bespomoćnosti, nelagode, zamišljanje ozlijeda, opasnosti i dr.) te fiziološke reakcije (puls, disanje, mišićna napetost, glavobolje, truhobolje, mučnine i dr.). Objekti anksioznosti i strahova ovise o razvojnoj dobi djece. Postoje tipični strahovi za određenu razvojnu dob.

Nađeno je da je anksioznost roditelja povezana s anksioznošću djece što upućuje da u procijeni i tretmanu dječje anksioznosti treba u obzir uzeti i roditelje (Hersen, Hazdin, Orvaschel i Perrin, 1991.; Messer i Beidel, 1994.).

1.2.2. *Depresivnost kod djece*

Važno je razlikovati depresiju kao simptom od depresije kao poremećaja. Depresija kao simptom odnosi se na osjećaj tuge, koji je česta pojava u svakodnevnom životu. Kao poremećaj, depresija je sindrom, a odnosi se na skupinu simptoma koji idu zajedno. Tada je tuga jedan od simptoma, uz smanjeni interes za aktivnosti, osjećaj bezvrijednosti, poremećaj spavanja, apetita i drugo.

Depresija je također klasificirana u više kategorija prema DSM V. Kategorije depresivnih poremećaja su: depresivna epizoda, veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj i depresivni poremećaj.

Za depresiju kod djece važno je znati bitne karakteristike sindroma depresije, a iste su kod djece kao i kod odraslih. Neke specifičnosti otežavaju prepoznavanje depresije kod djece:

1. Kako nemir privlači više pažnje odraslih nego povučenost, depresija u djece je ponekad neprepoznata.
2. Kod djece je depresija ponekad povezana sa problemima ponašanja (maskirana depresija) pa nije prepoznata.
3. Kod djece za razliku od odraslih postoje simptomi ovisni o dobi, kao što je nemir i razdražljivost ili prkos.

Istraživanja (Kovacs, 1990.) pokazuju da 30 - 75% mladih s depresijom također ima simptome anksioznih poremećaja i da se anksiozni poremećaj najčešće javlja prije depresije (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis i Ritchards, 1988.). Kovacs pretpostavlja da su ponekad anksioznost i depresija jedan poremećaj (1990.). Achenbach nije uspio pronaći simptome čistog simptoma depresije, a svoje podatke temeljio je na procijeni roditelja, učitelja i djece (1991.). Umjesto toga, depresivni simptomi grupirali su se oko faktora koji je također uključivao anksiozne simptome, što je dovelo do definiranja anksiozno-depresivnog sindroma u aktualnoj verziji Achenbachove taksonomske strukture. Depresija također često ide uz

poremećaje ponašanja koji uključuju prkos, antisocijalno ponašanje, smetnje pažnje i zloupotrebu psihoaktivnih tvari.

Suvremene razvojne teorije psihopatologije zasnivaju se na premisi da su iskustva iz obitelji zapisana u memoriji kao uvjerenja o sebi i drugima i očekivanja o budućim odnosima. Djeca koja su izložena odbijajućim roditeljima, vjerojatno će razviti unutarnju sliku o sebi kao o nekompetentnom, nevrijednom biću, a druge će smatrati, neprijateljskim i neosjetljivim, dok će odnose doživljavati nepredvidljivim i neugodnim. S druge strane, nefunkcionalni odnosi i negativni kognitivni stilovi djeluju negativno, odnosno otežavaju sazrijevanje emocija i vještine samokontrole ponašanja. Cijela ova problematika emocionalnog, afektivnog i socijalnog područja može biti direktnim uzrokom depresivnih reakcija ili može dovesti do neprilagođenog socijalnog ponašanja, koje stvara konflikte, odbacivanje i izolaciju pa to može dovesti do depresije. Također negativna kognitivna slika i slabi socijalni odnosi mogu povećati dječju osjetljivost, sklonost ka depresiji u trenutku kad su izloženi visokom stresu. Depresija može ugroziti budući razvoj djeteta oštećujući važne odnose, osjećaje kompetencije i reafirmirati dječju negativnu sliku o sebi i svijetu.

Genetske i biološke predispozicije mogu igrati bitnu ulogu u tom kružnom tijeku uzroka i posljedica.

Rana depresija u djetinjstvu može biti posebno štetna. Dijete propušta usvojiti određene razvojne sposobnosti koje će teško nadoknaditi. Rane negativne i nefleksibilne kognitivne sheme smanjuju mogućnost usvajanja novih, pozitivnijih shema.

1.2.3. *Psikosomatske smetnje*

Termin psihosomatika dolazi u američku psihijatrijsku terminologiju od strane Flanders Dunbar iz SAD (1947.), a prije toga se pojavljuje u njemačkoj tradicionalnoj psihijatrijskoj terminologiji pedesetih godina. Franz Aleksander (1987.) te Weis i English (1943.) upotrebljavaju taj termin za patologiju koja je u vezi sa svjesnim ili nesvjesnim psihičkim životom. Oni navode astmu, čir na želucu, ekceme i povišen krvni tlak kao posljedice psihogenog porijekla. Danas se popis bolesti, za koje se smatra da su psihosomatskog porijekla proširio i stalno se povećava.

Kod djece se rane psihosomatske reakcije pojavljuju pri posebnom tipu odnosa prema majčinoj njezi, koji su različiti i od dobi djeteta. Najčešća somatizacija kod djece je bol u trbuhu, glavobolja, enureza i enkopreza.

1.2.4. *Poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj - ADHD*

Djeca koja imaju ADHD, po definiciji pokazuju poteškoće pažnje u odnosu na normalnu populaciju djece istih godina i spola. Pažnja je multidimenzionalni konstrukt koji se može odnositi na smanjenu pozornost, stupanj budnosti, selektivnu ili fokusiranu pažnju, distraktibilnost ili razumijevanje jednog trenutka, između ostalih. Istraživači sugeriraju da između tih elemenata, djeca sa ADHD-om imaju najviše poteškoća sa održavanjem pažnje na zadatku, ustrajanju u naporu ili budnosti (intenzitetu pažnje). Ove teškoće prate ih u slobodnoj igri, ali još više kod zahtjeva koji traže pažnju, a dosadni su, nezanimljivi ili se ponavljaju. Impulzivnost je kao i pažnja također multidimenzionalna u svojoj prirodi. Deficit kod djece s ADHD-om uglavnom se prepoznaje po tome što teško inhibiraju ili teško odgode burne reakcije, naročito u okolini u kojoj su takve reakcije u sukobu s pravilima. Burna reakcija je ona koja će pojačati neposredni dobitak (nagradu ili izbjegavanje), dostupnu u danom kontekstu. Djeca s ADHD-om imaju poteškoće sa ravnomjernom inhibicijom, kao npr. snažne reakcije, otežano odgađaju svoje reakcije ili gratifikacije, impulzivna su te se slabo pridržavaju pravila ponašanja u socijalnom okruženju. Također su evidentirane teškoće u pridržavanju pravila i uputa u školi. Ovdje treba isključiti djecu sa senzornim teškoćama kao što su gluhoća ili govorno-jezične teškoće ili djecu s prkosom.

Dijagnostički kriteriji prema DSM V za ADHD

Dijete može imati problem u pažnji i/ili impulzivnosti i hiperaktivnosti.

1. 6 ili više simptoma nepažnje perzistira kroz 6 mj. do stupnja neprilagođenosti ili neusklađenosti s razvojnom ljestvicom:

- a) često ne uspijeva usmjeriti pažnju na detalje ili čini nemarne greške (koje ne primjećuje) u školskoj zadaći, poslu ili drugim aktivnostima,
- b) često ima teškoća održati pažnju na zadacima ili u igri,
- c) često izgleda da ne sluša kad mu se direktno govori,

- d) često ne slijedi upute i ne uspijeva završiti školsku zadaću, sitne poslove ili dužnosti (ne odnosi se na prkosno ponašanje ili nemogućnost razumijevanja govora),
- e) često ima poteškoće organizirati zadatke ili aktivnosti,
- f) često izbjegava, ne trpi ili se opire u zadacima koji zahtjevaju održavanje mentalnog napora (kao školske ili domaće zadaće),
- g) često gubi stvari potrebne za zadatke ili aktivnosti (kao igračke, školske zadatke, olovke, knjige ili pribor),
- h) često se lako omete nebitnim podražajima,
- i) često je zaboravljiv u dnevnim aktivnostima.

2. 6 ili više od slijedećih simptoma hiperaktivnosti - impulzivnosti koji perzistiraju više od šest mjeseci:

Hiperaktivnost

- a) često se nervozno miče rukama ili nogama ili se vrpolti na sjedalu,
- b) često napušta sjedalo u razredu ili u drugim situacijama u kojima se očekuje da i dalje sjedi,
- c) često pretjerano trčkara okolo ili se penje u situacijama u kojima je neprimjereno,
- d) često ima teškoće tiho se igrati ili se uključiti u slobodne aktivnosti,
- e) često je u pokretu ili se često ponaša kao navijen,
- f) često pretjerano priča;

Impulzivnost

- g) često izvali odgovor prije nego je pitanje do kraja postavljeno,
- h) često ima poteškoće čekati da bude na redu,
- i) često ometa i nameće se drugima npr. ubacuje se u konverzaciji ili igrama.

Prevalencija ADHD-a prema DSM V je 3% - 5% u školskoj populaciji dok neke studije govore da je najčešća pojavnost ADHD sindroma unutar 4,2% - 6,3% (Szatmari, 1992.). Dječaci otprilike dvaput do triput češće imaju poremećaj pažnje nego djevojčice (Breton i dr., 1999.). Djeca sa ADHD-om koja razviju poremećaje ponašanja ili antisocijalno ponašanje, mijenjaju ga kasnije u različite oblike neprilagođenosti za razliku od djece s ADHD-om koja

ne razviju takvo ponašanje. Također manifestiraju značajne nedostatke kao što su teškoće učenja, čitanja i pisanja, rukopisa i usvajanja jezika i gramatike te iziskuju pomoć u učenju.

Etiološki faktori su neurološki, aditivi u prehrani i toksini, hereditarni faktori, te socijalni faktori. Dosadašnja istraživanja sugeriraju da bi deficit inhibicije u ponašanju mogao biti centralni poremećaj. Sadašnje spoznaje snažno dokazuju da biološka predispozicija uz višestruku etiologiju uzrokuje ADHD. Dosadašnja neuroimaging istraživanja ukazuju na probleme u embriološkom razvoju prefrontalne regije mozga i frontalno-striatalne mreže koja vjerojatno utječe na genezu ADHD-a. Čini se da okolinski utjecaji igraju određenu ulogu u determiniranju različitih ADHD simptoma, kontinuirano kroz razvoj djeteta (Piffner i dr., 2001.).

1.2.5. Pervazivni razvojni poremećaji

Prema DSM V među pervazivne razvojne poremećaje ubraja se autizam, Rettov poremećaj i Aspergerov poremećaj i dezintegrativni poremećaj.

Autizam je obilježen izrazito abnormalnim ili oštećenim razvojem socijalnih interakcija i komuniciranja, a repertoar aktivnosti i interesa izrazito je smanjen. Manifestacije poremećaja izrazito se razlikuju ovisno o razvojnom stupnju i kronološkoj dobi osobe (DSM V).

Termin autizam uveo je Bleuler (1950./1911.) kako bi opisao osobe sa shizofrenijom koje su izgubile kontakt s realnošću. Leo Kanner (1943.) i Hans Asperger (1944./1991.) opisuju poremećaj kod djece koji uključuje poteškoće u socijalnim odnosima, poteškoće u razvoju govora i jezika te ograničene i repetitivne interese. Oni su vjerovali da ova djeca imaju sličan gubitak kontakta s realnošću koji je opisao Bleuler no bez popratnih simptoma shizofrenije. Kanner je zapazio da se ta djeca se od samog rođenja odnose prema ljudima i situacijama na specifičan način. Također je opisao da pervazivni sindrom sadrži govorno-jezične devijacije, kao npr. nerazvijen govor, eholalija, povremeni mutizam, zamijena riječi, poteškoće opismenjavanja. Također je zaključio da ova djeca imaju opsesivnu potrebu da ostanu u istom, što se razvije u rutine i rituale. Zbog njihove dobre osnovne memorije i normalnog izgleda Kanner je zaključio da su ova djeca sposobna za normalan kognitivni razvoj.

Asperger je opisao sličnu no manje oštećenu grupu djece. On ih je dijagnosticirao kao poremećaje osobnosti. Smatrao je da se poremećaj javlja od druge godine života i da

karakterizira izraziti poremećaj sposobnosti da se stvore uobičajeni odnosi s cijelom okolinom. Asperger je opisao poteškoće te djece: u socijalnoj interakciji, kontaktu očima izražavanju emocija i govornim sposobnostima. Za razliku od Kanner, Asperger je opisao djecu koja su do polaska u školu imala uredan govorni razvoj i često govorili korektno poput odraslih. Usprkos dobrom rječniku i gramatičkim sposobnostima, ova djeca su imala oštećene govorne vještine poput neobične upotrebe jačine i tona glasa i tijeka govora. Imali su visoku razinu neobičnih misli i istodobno tendenciju izrazite okupiranosti jednom te istom temom (Asperger, 1944./1991.).

Prvotno se vjerovalo da su uzrok pervazivnih poremećaja kod djece nepristupačni roditelji, izrazito intelektualni, hladni, smanjenog interesa za druge ljude (Bettelheim, 1967.). Početne hipoteze nisu potvrdila kasnija istraživanja. Roditelji djece s pervazivnim poremećajima, pokazali su istu razinu bračnog zadovoljstva i obiteljske kohezije kao u skupine zdrave djece.

Bernard Rimland (1964.) i Erick Schopler (1971.) bili su među prvima koji su tvrdili da za poteškoće iz autističnog spektra nisu uzrok roditelji nego neurološka oštećenja. Schopler je sugerirao, umjesto da se liječe roditelji, da roditelji trebaju postati dio terapijskog tima.

Rezultati istraživanja obitelji i blizanaca sugeriraju da genetika ima izvjesnu ulogu u etiologiji pervazivnih poremećaja.

Tijekom prvih godina života, društveni, emotivni, govorni i kognitivni razvoj toliko su međusobno povezani, da oštećenje samo jednog od tih područja negativno utječe na razvoj djeteta u cjelini. Zbog toga je teško, ako ne i nemoguće utvrditi od kojeg primarnog oštećenja potječu pervazivne smetnje. Moguće je da ne postoji samo jedan primarni deficit, već čitava skupina deficita koji utječu na razvoj emocija, društvenosti, govora i spoznajnog razvoja.

Najznačajnije oštećenje kod djece s pervazivnim poremećajima je njihova nesposobnost da neživim predmetima daju karakteristike živih osoba (igre uživanja, simboličke igre). *Simbolička reprezentacija u igri uživanja je prekursor govorno-jezičnog razvoja.*

Djeca s autizmom najčešće pokazuju slijedeće repetitivne radnje: njihanje, hodanje na prstima, stereotipije prstima, uvrtnje kose, te širenje ruku. Razrađenije rutine su slaganje igraćaka po nekom redu, izvođenje svakodnevnih radnji po određenom redu, rituali oblačenja te uski izbor hrane koje želi jesti. Kod onih s boljim funkcioniranjem prisutne su perseveracije u interesima, koje su izražene kroz memoriranje činjenica o specifičnoj temi (npr. solarni sistem, predsjednici). Ova djeca često manje spavaju, imaju neobičan izbor hrane koji obično

ovisi o teksturi hrane ili su skloni samopovređivanju (udaranje po glavi, griženje ruke, čupanje kose), čime najčešće izražavaju svoju frustraciju. Pojavljuju se strahovi prema svakodnevnim objektima (lift, usisavač, određena odjeća, TV reklame, glasanje životinje ili neki zvuk). Zbog nedostatka reakcije na neke zvukove ili reakcije uopće, neki roditelji misle da su im djeca slušno oštećena. Ornitz (1989.) je smatrao da se ovi senzorni poremećaji posljedica nesposobnosti obrade senzornih informacija koja je prisutna u cijelom senzornom sistemu, a manifestira se u preosjetljivosti ili neosjetljivosti.

Razmotrit ćemo diferencijalne dijagnoze unutar pervazivnih poremećaja.

Razdoblja razvojne regresije kod djece mogu se vidjeti i tijekom normalnog razvoja, ali ona nisu ni toliko teška, ni toliko dugotrajna kao u autističnom poremećaju. *Rettov poremećaj* se javlja samo u ženskom spolu, a autistični češće u muškom. U Rettovu poremećaju postoji karakteristični model usporenja rasta glave, gubitak prethodno svrsishodnih vještina pokreta šake, a javlja se i slabo koordiniran hod ili pokreti trupa. *Dezintegrativni poremećaj* u djetinjstvu razlikuje se od autističnog poremećaja jer ima drugačiji model razvojne regresije, koji uslijedi nakon najmanje dvije godine normalnog razvoja. U *autističnom poremećaju* razvojne abnormalnosti obično se primjete već tijekom prve godine života. *Aspergerov poremećaj* može se razlikovati od autističnog po tome što ne kasni u razvoju jezika.

1.2.6. Prkos

Prema DSM V dijagnostički kriteriji za poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem je model negativističnog, neprijateljskog i prkosnog ponašanja koji traje najmanje 6 mjeseci, a tijekom kojeg se javljaju najmanje četiri od slijedećeg načina ponašanja djece:

- a) često se razbjesne,
- b) često se svađaju s odraslima,
- c) često se aktivno suprostavljaju ili odbijaju pokoriti zahtjevima i pravilima odraslih,
- d) često namjerno ometaju druge ljude,
- e) često okrivljuju druge za vlastite pogreške ili loše ponašanje,
- f) često se brzo uzrujavaju i osjetljivi su na postupke drugih,
- g) česta ljutnja i srdžba,
- h) česta zloba i osvetoljubivost.

Kriterije treba smatrati zadovoljenim samo ako se ti načini ponašanja javljaju češće nego što je to tipično za osobe odgovarajuće dobi i razvojnog stupnja.

Smetnje ponašanja uzrokuju klinički značajno oštećenje socijalnog, akademskog i radnog funkcioniranja. Takvo ponašanje ne javlja se isključivo u tijeku psihotičnog poremećaja ili poremećaja raspoloženja.

Poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem najčešće se pojavljuje prije osme godine. Simptomi se prvo pojavljuju kod kuće, a tek onda u vrtiću, školi ili u drugim uvjetima. Početak je postupan, kroz više mjeseci ili godina. Kasnije se poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem zna razviti u poremećaje ophođenja.

Popratna obilježja i poremećaji variraju u funkciji dobi i težine. Pokazano je da je kod dječaka veća prevalencija kod onih koji u predškolskoj dobi imaju problematičan temperament, kao npr. povišenu reaktivnost, teškoće s umirivanjem ili povišenu motoričku aktivnost. Tijekom školskih godina, samopoštovanje može biti nisko, raspoloženje labilno, tolerancija na frustraciju snižena, a kasnije mogu uzimati alkohol ili drogu. Može se uspostaviti začarani krug tako da roditelj i dijete potiču ono najgore jedan u drugom. Prevalencija je veća kod djece koja žive kod skrbnika i izmjenjuju ih, gdje su roditelji grubi, nedosljedni ili zanemaruju dijete. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj čest je kod djece s poremećajem s prkošenjem i suprostavljanjem. Poremećaj učenja i komuniciranja često prate poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem.

1.3. Teškoće u razvoju govora i jezika

Govorno-jezične teškoće mogu biti stečene teškoće, kod kojih je uzrok poznat: genetski sindromi, ozlijede mozga, oštećenja sluha, neuromotorne teškoće. S druge strane kod takozvanih **posebnih jezičnih teškoća** (PJT), uzrok nije poznat pa su češće predmet istraživanja, kao i u ovom radu.

1.3.1. Posebne jezične teškoće (PJT)

Posebne jezične teškoće (PJT) naziv je za heterogenu skupinu poteškoća u jezičnim vještinama čiji uzrok nije poznat. Posebne jezične teškoće dijagnosticiraju se kada postoji razvojno kašnjenje jezičnih sposobnosti, no postoji dilema razvija li se jezik samo usporeno ili se radi o poremećaju. Kada je jezični razvoj sporiji nego kod djece urednog razvoja i kada se za deficit djetetovog jezičnog razvoja ne nalazi vidljiv razlog, dijagnosticira se kao posebne jezične teškoće (PJT) (Bishop, 2006.; Bishop, 2008.). Međutim klasifikacija MKB 10 ne sadrži "posebne jezične teškoće", već se poremećaji nalaze pod poglavljem Poremećaji psihološkog razvoja (F. 80 - F. 89), a pod nazivom Specifični poremećaji razvoja govora i jezika. Kako u MKB 10 nije zasebno izdvojena kategorija posebnih jezičnih teškoća (PJT), u praksi se PJT ne dijagnosticiraju kao zasebna kategorija. Međutim u znanstvenoj literaturi se kategorija posebnih jezičnih teškoća često koristi i jako je dobro opisana (eng. Specific Language Impairment, SLI).

Kod posebnih jezičnih teškoća djeca ne razvijaju svoj govor i jezik u skladu s kronološkom dobi, a poteškoće se ne mogu pripisati općenito usporenom intelektualnom razvoju, fizičkim abnormalnostima govornog aparata, oštećenjima mozga ili gubitku sluha (Bishop, Norbury, 2008.). Posebne jezične teškoće uključuju nedostatnu sposobnost slušanja, govora, razumijevanja, fluentnosti govora, a što se odražava i na kvalitetu komunikacije. Djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju diskrepanciju verbalnog i neverbalnog razvoja. Verbalni razvoj im je u kašnjenju u odnosu na neverbalni, koji je uglavnom uredan. Posljedice ovog poremećaja kreću se u rasponu od poteškoća u izgovoru glasova do kompleksnijih teškoća ekspresivnog govora (npr. gramatike) te uključuju poteškoće razumijevanja jezika. Batshaw slabije razumijevanje govora povezuje sa slabijom slušnom percepcijom i slabijim radnim pamćenjem i dr. (2002.). Iako nisu sasvim jednoznačni, najčešće se koriste slijedeći dijagnostički kriteriji za posebne jezične teškoće:

- a) normalan sluh,
- b) neverbalni razvojni kvocjent u širim granicama normale,
- c) artikulacijska dob više od 6 mj. ispod jezične dobi,
- d) receptivna ili ekspresivna jezična dob najmanje 12 mjeseci ispod kronološke i mentalne dobi.
- e) teškoće razumijevanja govora kod djece sa posebnim jezičnim teškoćama najčešće su prisutne, iako ne nužno. One su važan simptom za dijagnozu posebnih jezičnih teškoća (Botting, 2005.).

Posebne jezične teškoće često su povezane sa razvojnim zaostajanjem u motoričkim vještinama (Šikić i dr., 2002.). Motoričke vještine neke djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) ne slijede uredan razvoj ili imaju neke specifičnosti, kako u razvoju makromotorike, tako i u razvoju mikromotorike, npr. otežano držanje olovke, slabije grafomotoričke vještine ili lošija vizuomotorna koordinacija. Emocionalne teškoće i teškoće ponašanja učestalije su nego kod djece urednog razvoja.

Prevalencija posebnih jezičnih teškoća je 3 - 7% u populaciji djece (Norbury i Paul, 2013.), a prethodno su neki autori našli 7% (Tomblin i sur., 1997.).

1.3.1.1. Etiologija posebnih jezičnih teškoća (PJT)

Za sada se uzrok posebnih jezičnih teškoća ne može sa sigurnošću tvrditi. Smatra se da su uzroci koji leže u osnovi posebnih jezičnih teškoća vrlo složeni i sastoje se od međusobno povezanih bioloških i ekoloških čimbenika. Postoje naznake da se radi o vrsti ranog razvojnog poremećaja u neurološkom razvoju, kao što su poremećene migracije neurona. Locke razmatra teoriju razvojnog kašnjenja u jezičnim sposobnostima. Smatra da je maturacija mozga pod genetskim, kao i pod utjecajem okoline te je ovaj poremećaj specifično složen zbog čega onda mozak postaje slabije funkcionalan (Locke, 1994.). Bishop nalazi oštećenja mozga kod onih jezičnih teškoća koje su praćene i drugim simptomima kao što su problemi u ponašanju, ali nisu nađene lezije povezane s posebnim jezičnim teškoćama (Bishop, 1987.).

Posljednjih godina sve više se provode genetska istraživanja. Fisher otkriva gen, poznat kao FOXP2 koji se povezuju sa posebnim jezičnim teškoćama. Nađeni gen regulira aktivnost drugih gena koji imaju utjecaj na razvoj raznih područja mozga pa tako i područja za razvoj govora i jezika (2005.). Stoga neki govore o općem razvojnog usporavanju dok drugi upućuju na narušenost općeg mehanizma učenja, koji utječe i na savladavanje jezika. U svakom slučaju, prema tom konceptu smanjene jezične sposobnosti su posljedica narušenosti nekih specifičnih kognitivnih funkcija. No nemaju svi s posebnim jezičnim teškoćama abnormalnost na ovom genu. U nekim obiteljima čiji članovi imaju posebne jezične teškoće, našlo se da imaju oštećenja na Brocinom području, centru za jezik. Ovakvi nalazi također idu u prilog genetskim teorijama (Vargha-Khadem, Gadian, Copp i Mishkin, 2005.). Posebne jezične teškoće se također povezuju sa postojanjem deficita u radnom pamćenju, a odnosi se na teškoće zadržavanja verbalnog sadržaja ili njenog dijela u pamćenju (Montgomery, 1993.). Nadalje, pretpostavljalo se da bi i siromašna jezična sredina mogla biti uzrok pojavljivanja

posebnih jezičnih teškoća. Pokazalo se da ova pretpostavka nije prihvatljiva jer prosječno dijete zahtjeva malu količinu verbalne stimulacije da bi se potaknuo jezični razvoj. Verbalne stimulacije koje dijete dobiva od majke više se odnose na semantiku nego na sintaksu a pokazalo se da se utjecaj smanjuje sa porastom dobi (Harris, 1992.). Pokazalo se da su djeca s posebnim jezičnim teškoćama pasivnija i pokazuju manje inicijative u razgovoru s majkama. Majke onda moraju pojednostavniti svoj jezik kako bi se prilagodile djetetovoj razvojnoj jezičnoj dobi umjesto kronološkoj. Pokazalo se da kvaliteta jezične stimulacije utječe samo na semantiku, a ne i na gramatički razvoj. Ipak, u kombinaciji s nekim drugim rizičnim faktorima kao spol, socio-ekonomski status i dr., siromašna jezična okolina može rezultirati pojavom posebnih jezičnih teškoća.

Smith i Tyler smatraju da bez emocionalnih poticaja za razvoj govora, dijete neće imati adekvatnu motivaciju za komunikaciju i govor te se tempo kojim se razvijaju govorno-jezične vještine može usporediti (2009.). Stoga je za rani govorno jezični razvoj potrebna i emocionalna interakcija roditelja/skrbnika s djetetom kako bi se potaknula motivacija za učenje govora i jezika. U ranom govornom razvoju, roditelji motiviraju dijete za interakciju afektivnim govorom ili naglašenijim izražavanjem emocija kroz govor, tzv. **majčinskim govorom**.

1.3.1.2. Emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Istraživanja pokazuju da populacija djece sa posebnim jezičnim teškoćama (PJT) ima i drugih razvojnih teškoća. Beitchman i dr. nalaze da djeca sa receptivnim i intenzivnijim govorno-jezičnim teškoćama u predškolskoj dobi imaju više problema u ponašanju nego njihovi vršnjaci, a u školskoj dobi i teškoće socijalne kompetencije (1996.). To se potvrđuje i longitudinalnim praćenjem djece zakašnjelog jezičnog razvoja. Pokazuju se da ona imaju u školskoj dobi više emocionalnih teškoća i teškoća ponašanja, teškoća u učenju ili teškoća čitanja i pisanja od svojih vršnjaka (Silva i dr., 1983.). Djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju veći rizik za psihijatrijske probleme nego djeca normalnog jezičnog razvoja, a nađen je veći rizik za djevojčice nego za dječake (Beitchman, 1989.). Neke psihološke teškoće kod djece s posebnim jezičnim teškoćama su učestalije od drugih, kao na primjer poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj (Snowling i dr., 2006.). Pojedini deficiti kao razumijevanje govora ili problemi artikulacije nisu konzistentno povezani s teškoćama ponašanja. Beitchman pretpostavlja da neurorazvojna imaturacija često može biti u pozadini jednog i drugog; lingvističkih teškoća kao i psihijatrijskih teškoća (1989.). U radovima Guerina D. i Gottfrieda A.W., verbalna inteligencija korelira s mjerama neprilagođenog ponašanja (1987.).

U uzorku djece urednog razvoja u redovnom vrtiću u dobi pred polazak u školu Bilać nalazi značajnu negativnu povezanost verbalne inteligencije i neprilagođenog ponašanja samo kod dječaka (1996.).

Verbalne sposobnosti potvrđuju se kao značajne za regulaciju ponašanja djeteta i njegovu komunikaciju s okolinom.

2. HIPOTEZE

Iako rezultati do sada provedenih istraživanja ne omogućuju postavljanje jednoznačnih hipoteza, na temelju dosadašnjih teorijskih razmatranja, a i empirijskih nalaza, moguće je postaviti slijedeće hipoteze:

- H1: Djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju značajno više emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja (mjereno Achenbachovom ljestvicom CBCL za roditelje i C-TRF za rehabilitatore) u odnosu na populaciju djece iz redovnog vrtića.
- H2: Majke djece s posebnim jezičnim teškoćama imaju slabije razvijenu emocionalnu kompetenciju u odnosu na majke djece iz redovnog vrtića (mjereno Takšićevom UEK-45 ljestvicom).
- H3: Postoji povezanost između razine razumijevanja govora (receptivnog govora) i emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja kod predškolske djece (Reynell - CBCL/ C- TRF ljestvice).
- H4: Postoji povezanost razine razumijevanja govora kod predškolske djece s emocionalnom kompetencijom majki (Reynell- UEK-45).
- H5: Postoji povezanost između emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja predškolske djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i emocionalne kompetencije njihovih majki (CBCL/C-TRF - UEK 45)
- H6: Djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju značajno više emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja na CBCL ljestvici (prema DSM V) u odnosu na neurorizičnu djecu.

3. CILJEVI RADA

Osnovni cilj ovog rada bio je doprinijeti boljem razumijevanju govorno-jezičnih teškoća koje nazivamo posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i utvrditi kakav je međuodnos majčine emocionalne kompetencije, kako s razvojem govora i jezika, tako i s razumijevanjem govora, ali i međuodnos s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja kod djece s PJT. Također nas je zanimalo razlikuju li se djeca s posebnim jezičnim teškoćama u ponašanju od neurorizične djece.

Stoga su ciljevi ovog istraživanja bili:

1. **Ispitati razlike u izraženosti emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja kod predškolske djece s posebnim jezičnim teškoćama iz Dječjeg vrtića Poliklinike SUVAG i djece urednog razvoja iz redovnog vrtića.**
2. **Ispitati razlike u emocionalnoj kompetenciji majki predškolske djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja.**
3. **U skupini djece s posebnim jezičnim poteškoćama ispitati povezanost razumijevanja govora (receptivnog govora) i emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja.**
4. **Ispitati povezanost emocionalne kompetencije majki s razinom razumijevanja govora (receptivnog govora) na oba uzorka zajedno.**
5. **Ispitati povezanost emocionalne kompetencije majki s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece u redovnom vrtiću.**
6. **Ispitati razlike u izraženosti emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama i neurorizične djece.**

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

4.1. Sudionici

Sudionici istraživanja su djeca i njihove majke specijaliziranog dječjeg vrtiću za djecu sa posebnim jezičnim teškoćama (PJT) pri Poliklinici SUVAG, Zagreb i djeca i njihove majke iz redovnog dječjeg vrtića Duga u Zagrebu.

4.1.1. Klinička skupina - djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Klinička skupina se sastoji od 97 djece (76,3% dječaka i 23,7% djevojčica) s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) iz DV SUVAG, raspona dobi od 3g.9mj. do 7g.3mj., prosječne starosti 5g.4mj. U uzorak su uključene dvije generacije djece vrtića SUVAG koja su tek krenula na rehabilitaciju. Svakodnevni program vrtića SUVAG obuhvaća intenzivni, kompleksni rehabilitacijski program s djecom, šest sati dnevno, po verbotonalnoj metodi rehabilitacije Petra Guberine (Guberina, 1981). Na početku istraživanja u kliničkom uzorku je bilo 134 djece. Nakon što su iz uzorka izostavljena sva djeca i roditelji čiji podaci nisu bili potpuni, u uzorku je ostalo 109 djece. Potom su isključena sva djeca na čiji su jezični razvoj mogle utjecati dodatne dijagnoze, kao što su naglušost, razni sindromi i mentalne retardacije. Tako je isključeno iz uzorka petero djece kod kojih se našlo blaže oštećenje sluha, odnosno blaža naglušost. Također je isključeno 3 djece kod kojih je intelektualna razina funkcioniranja, globalni IQ ukazivao na laku mentalnu retardaciju. Za jedno dijete je izostala procjena rehabilitatora jer je rehabilitator smatrao da ne poznaje dijete dovoljno kako bi ga procijenio. Petero djece isključeno je zbog dodatnih dijagnoza, dvoje zbog hiperfenilalaninemije, jedno zbog blaže cerebralne paralize, koje je ujedno i nagluho, jedno zbog kala-azar dijagnoze i moždanog krvarenja, i jedno zbog huntingthonove coree. Na kraju je u uzorku ostalo ukupno 97 djece čije majke su uredno dale podatke i informirani pristanak na istraživanje i koja su zadovoljila kriterije za posebne jezične teškoće. Djeca iz vrtića SUVAG su djeca koja dolaze s područja cijelog grada, a ima djece i iz ostalih dijelova Hrvatske. Anamnestički i demografski podaci djece i obitelji prikazani su u tablici 1.

Skupina majki djece kliničke skupine, odnosno djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) je bila prosječne starosti 34g.2mj., u rasponu od 24g. do 50g. 21 majka, odnosno 21,65% majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), bile su više ili visoko obrazovane (VŠS, VSS, MR). U braku, odnosno partnerstvu je živjelo njih 87 (89,7%), 8 (8,2%) rastavljenih i dvije (2, 10%) ostalo.

4.1.2. *Usporedna skupina - djeca urednog razvoja (DUR)*

Usporednu skupinu je činilo 60 djece redovnog dječjeg vrtića, starosti od 3g.10mj. do 7g.3mj., prosječne starosti 5g.8mj. Djeca su izabrana slučajnim odabirom, na dvije lokacije gdje se spajaju gradske i subgradske strukture obitelji, kako bi se zadovoljila socio-ekonomska različitost unutar obitelji. U usporednoj grupi od 62 djece, u uzorku je ostalo 60 djece, od 26 (43,3%) dječaka i 34 (56,7%) djevojčica. Jedno dijete imalo je ekstremno niski rezultat na testu razumijevanja govora, te smo ga isključili iz skupine djece urednog razvoja, a jedno dijete je isključeno zbog nepotpuno ispunjenih upitnika od strane majke. Vrtićki psiholog isključio je postojanje mentalne retardacije u ovoj skupini djece. Ostale osobitosti uzorka navedene su u tablici br.1.

Skupina majki djece usporedne skupine, odnosno djece urednog razvoja (DUR) je bila prosječne starosti 33g.8mj., u rasponu od 25g. do 43g. 25 majki, odnosno 41,67% majki djece urednog razvoja su bile više ili visoko obrazovane (VŠS, VSS, MR). U braku, odnosno partnerstvu je živjelo njih 50 (83,33%), 7 (11,67%) rastavljenih i tri majke (8,3%) ostalo.

4.1.3. *Druga usporedna skupina - neurorizična djeca (NRD)*

Drugu usporedna skupina bila je klinička skupina neurorizične djeca koja se prate u Specijalnoj bolnici za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama („Goljak“). U skupini je bilo 76 djece, pred polazak u školu, od čega 53 (70%) dječaka i 23 (30%) djevojčice. Prosječna starost djece je bila 6g.4mj. (raspon od 5g.11mj. do 6g.11mj.). Prijevremeno rođene djece bilo je 47%, a većina ove djece (čak 82%) imalo je neku abnormalnost mozga (ultrazvuk, CT-u ili magnetna rezonanca mozga). Većina ove djece također je imala uredan opći psihomotorni razvoj (prosječan RQ). Nemamo podatak o razumijevanju govora i govornom razvoju ove djece, ali ona imaju normalne verbalne

intelektualne sposobnosti (WISC-III test, prosječan VIQ = 100,8) i nisu uključena u logopedski tretman.

Uzorak neurorizične djece su bila djeca pred polazak u školu. Kako bi izjednačili uzorke djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) po dobi s uzorkom neurorizične djece (NRD), izdvojili smo djecu pred polazak u školu i tako smanjili uzorak djece s posebnim jezičnim teškoćama i usporedne skupine djece urednog razvoja i to samo u postupku uspoređivanja (t- testovi) neurorizične djece (NRD), djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR).

U postupku uspoređivanja ove tri skupine izdvojili smo onu djecu unutar skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja koja su bila iste starosti kao i neurorizična djeca Tako smo s neurorizičnom djecom uspoređivali 50 djece iz skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) (od toga 26% djevojčica, 74% dječaka) i 48 djece urednog razvoja (DUR) (58,3% djevojčica i 41,7% dječaka).

Smanjeneni uzorak djece urednog razvoja (DUR)

U skupini djece urednog razvoja (DUR) koju smo uspoređivali s neurorizičnom djecom pred školu je bilo 48 djece, 20 (41,7%) dječaka i 28 (58,3%) djevojčica. Prosječna starost djece je bila 6g., u rasponu od 5g. do 6g.11mj. Samo 4,2% djece u ovoj skupini rođena su prije termina.

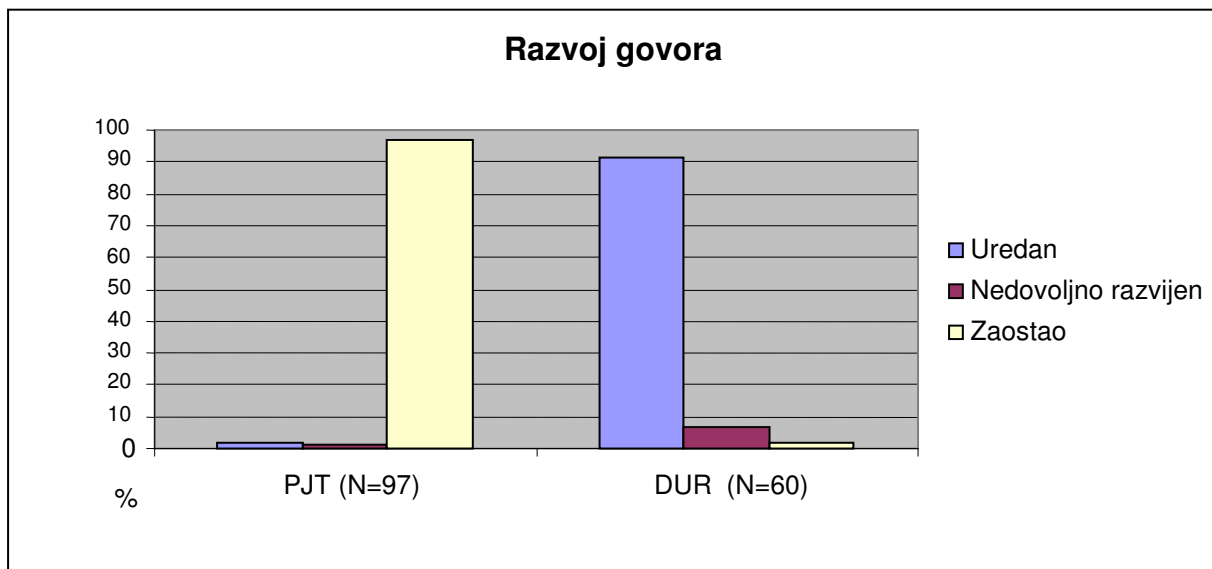
Smanjeni uzorak djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Skupina se sastojala od 50 sudionika, od čega 37 (74%) dječaka i 13 (26%) djevojčica. Prosječna starost ove skupine djece je 6g.1mj. s rasponom od 5g.6mj. do 6g.11mj. U uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama našli smo 44% prematurusa i većina ove djece imala je prosječan neverbalni RQ. Razumijevanje govora ove djece je znatno sniženo, $M = -2,07$ SD na Reynellovoj ljestvici govora, s rasponom od $< -3,3$ SD do $0,9$ SD.

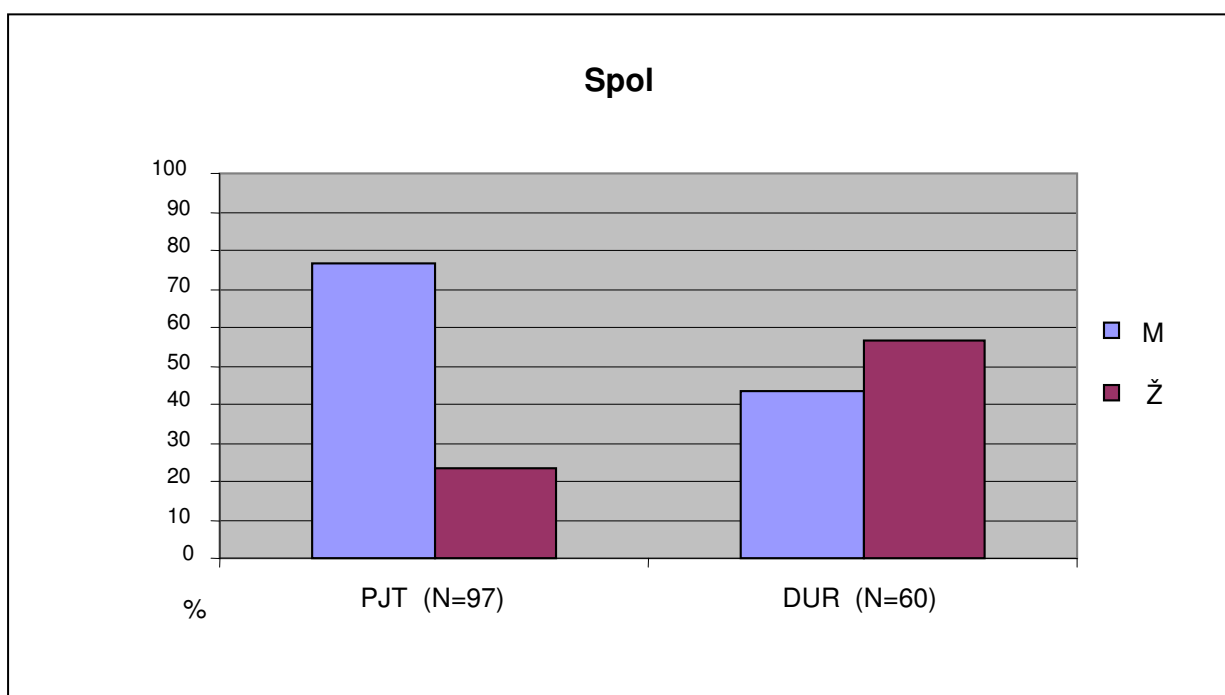
Na tablici 1, kao i na slijedećim histogramima prikazane su osobine uzoraka djece i njihovih majki: skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), $N=97$ i skupine djece urednog razvoja (DUR), $N=60$.

Tablica 1. Anamnestički i demografski podaci djece i njihovih majki, kliničke skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

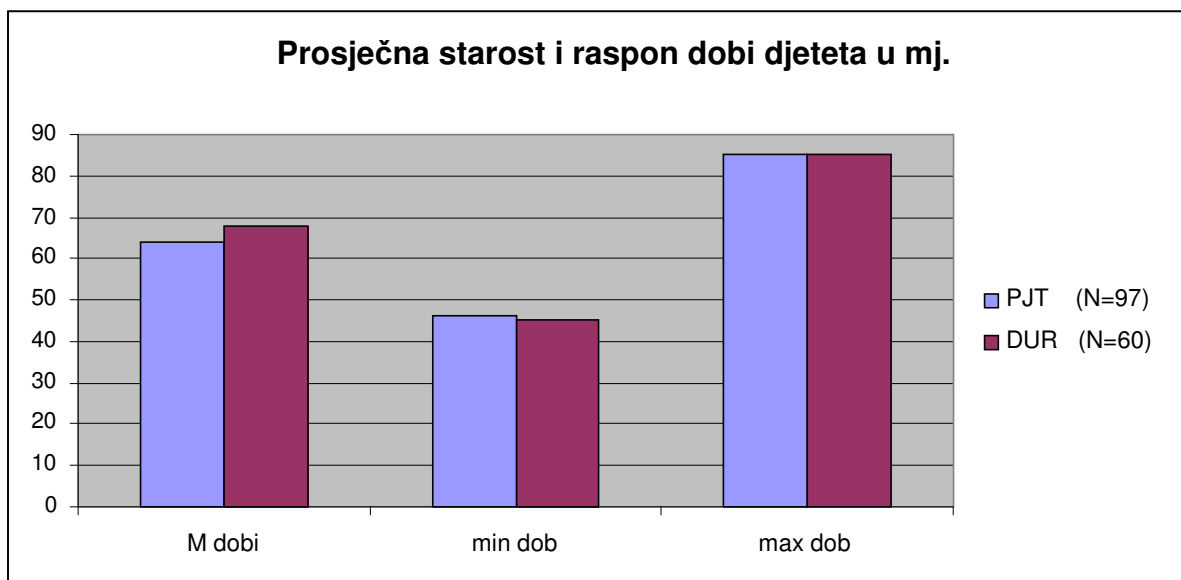
	PJT		DUR	
	N	%	N	%
BROJ DJECE	97	100%	60	100%
RASPON DOBI	46mj.- 85mj.		46mj.- 85mj.	
PROSJEČNA STAROST	5g.4mj.		5g.8mj.	
Spol M	74	76,30%	26	43,30%
Spol Ž	23	23,70%	34	56,70%
TRUDNOĆA				
Normalna	56	57,70%	47	78,30%
Rizična	41	42,30%	13	21,70%
POROD				
Normalan	84	86,60%	51	85,00%
Ostalo	12	12,40%	9	15,00%
VRIJEME PORODA				
Na vrijeme	55	56,80%	57	95,10%
Prematurus	30	30,90%	3	4,90%
Prenešeno	11	11,30%		
STANJE NA PORODU				
b.o.	56	57,70%	51	85,00%
Asfiksija, žutica, blaže moždano krvarenje, ostalo	41	41,30%	9	15,00%
BLIZANAC	15	15,50%	0	0%
DEMOGRAFSKE OSOBINE OBITELJI				
Prosječna starost majke	34g.2mj.(24-50g.)		33g.8mj.(25-43g.)	
Obrazovanje majke; VŠS i više	21	21,65%	25	41,67%
Obrazovanje oca; VŠS i više	18	18,56%	20	33,33%
BRAČNI STATUS RODITELJA				
U braku	87	89,70%	50	83,33%
Rastavljeno	8	8,20%	7	11,67%
Ostalo	2	2,10%	3	5,00%
BROJ DJECE U OBITELJI				
Jedno	14	14,40%	19	31,70%
Dvoje	57	58,80%	35	58,30%
Tri i više	26	26,80%	6	8,30%



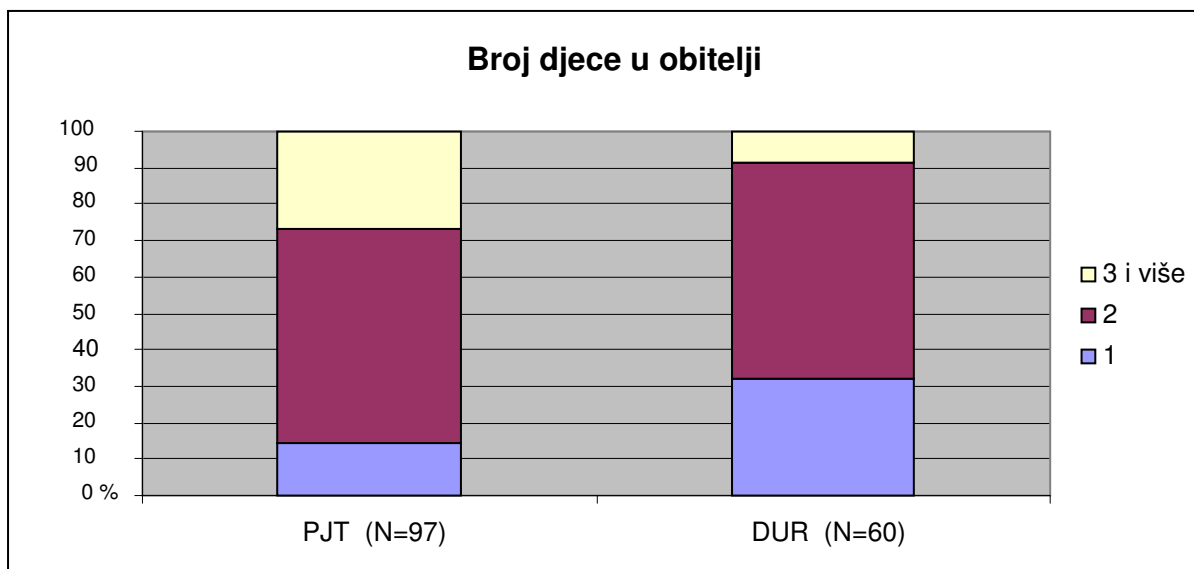
Slika 1. Histogramski prikaz razvoja govora u skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece usporedne skupine (DUR)



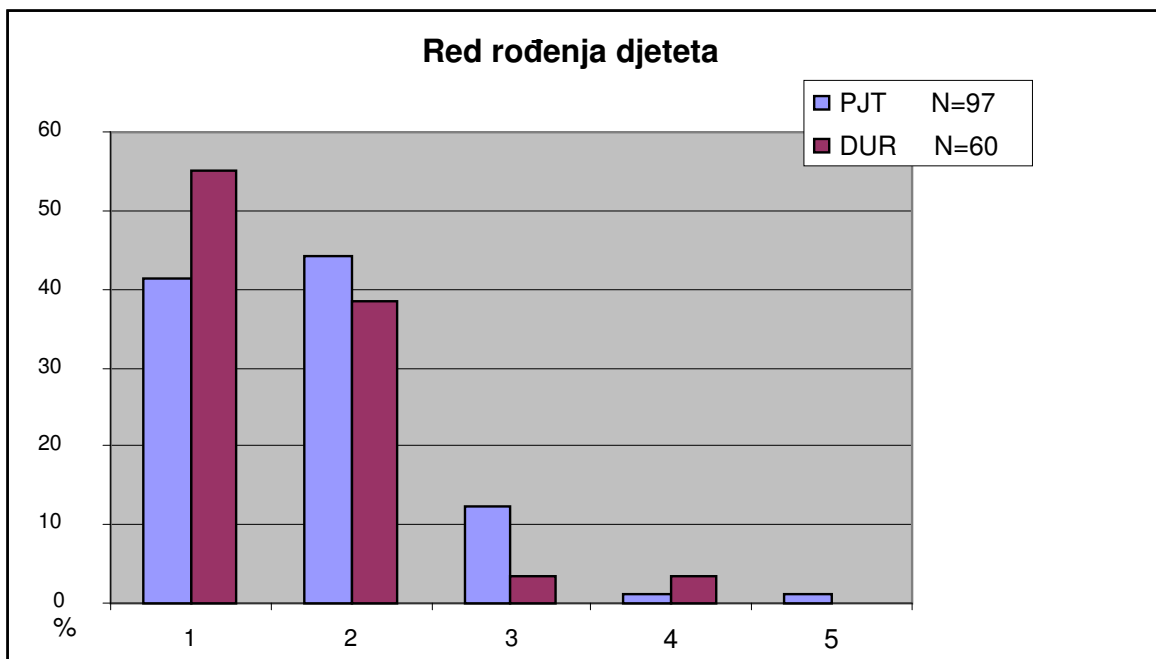
Slika 2. Histogramski prikaz postotka djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), N=97 i djece urednog razvoja (DUR), N=60, po spolu



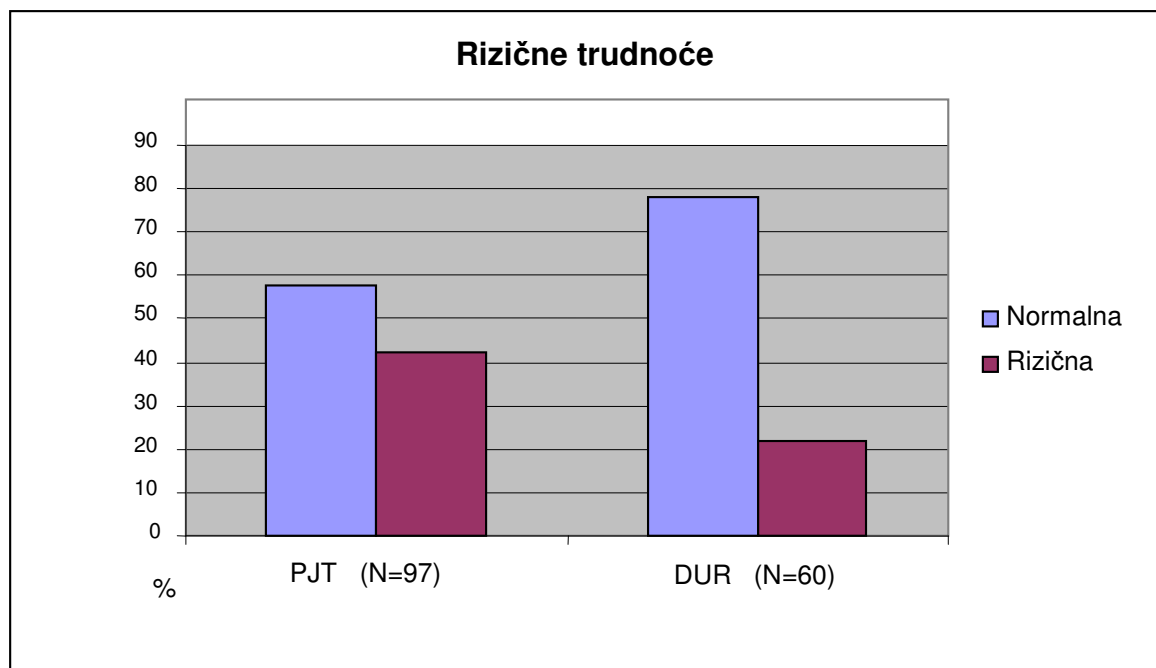
Slika 3. Histogramski prikaz djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) N=97 i djece urednog razvoja N=60 (DUR) po njihovoj prosječnoj starosti



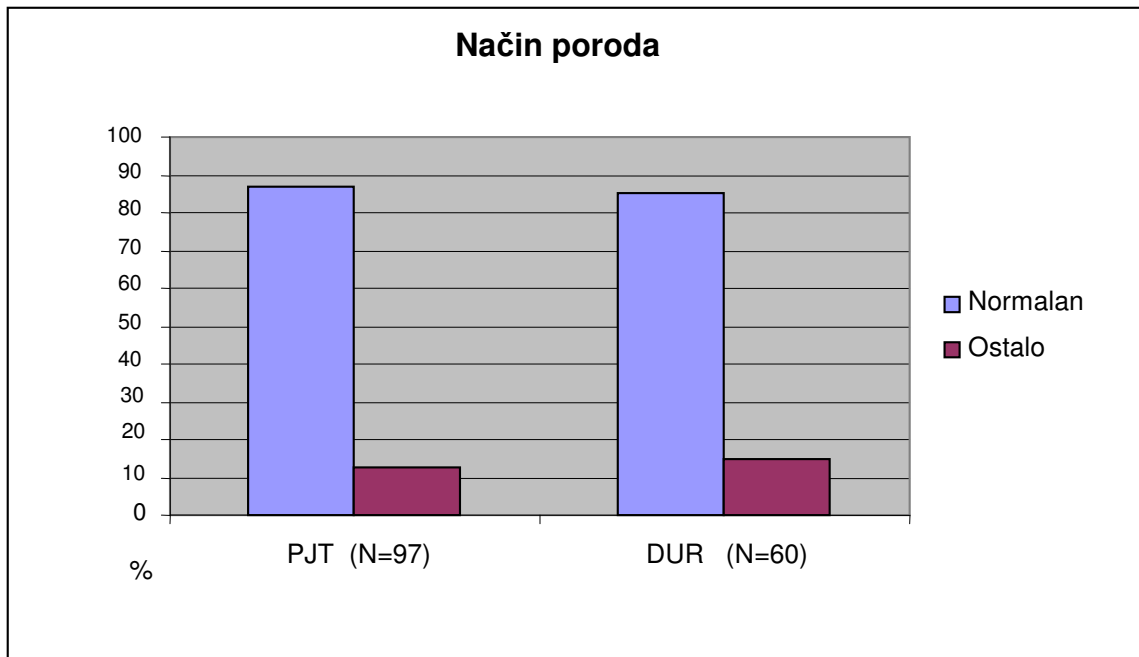
Slika 4. Histogramski prikaz broja djece u obitelji u skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



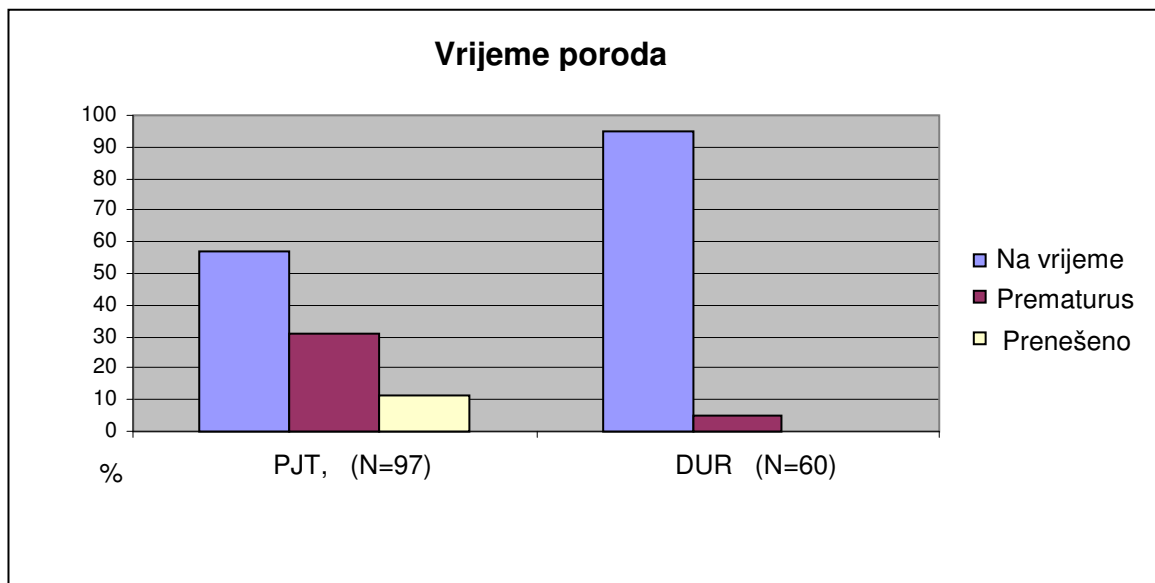
Slika 5. Histogramski prikaz reda rođenja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



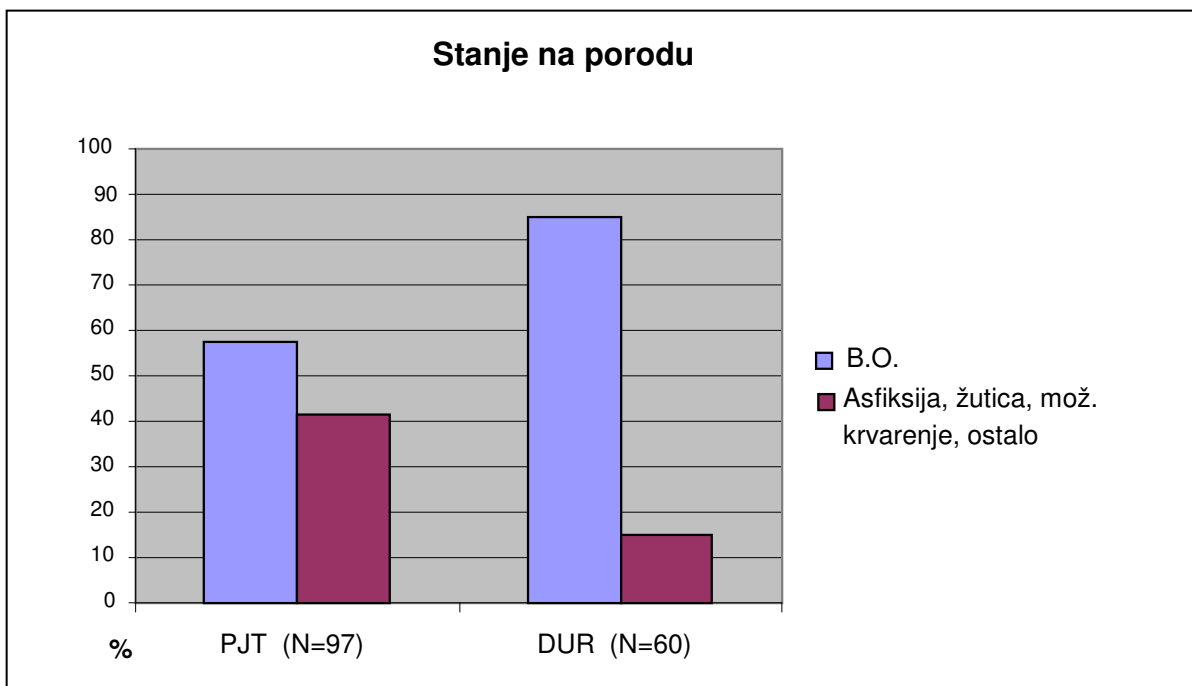
Slika 6. Histogramski prikaz rizičnih trudnoća kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



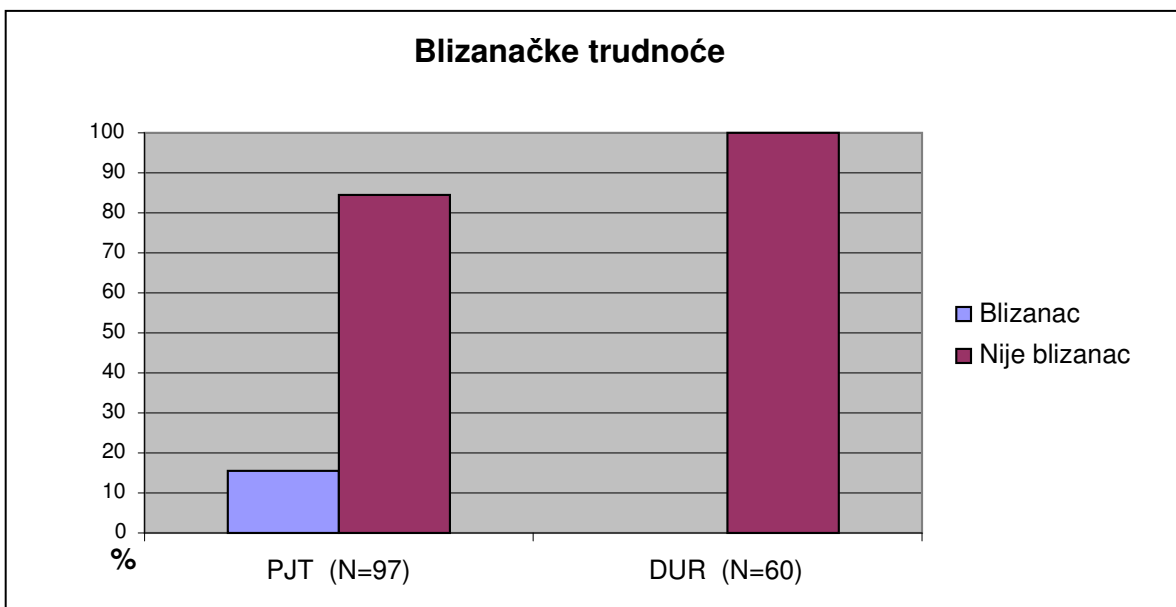
Slika 7. Histogramski prikaz načina poroda kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



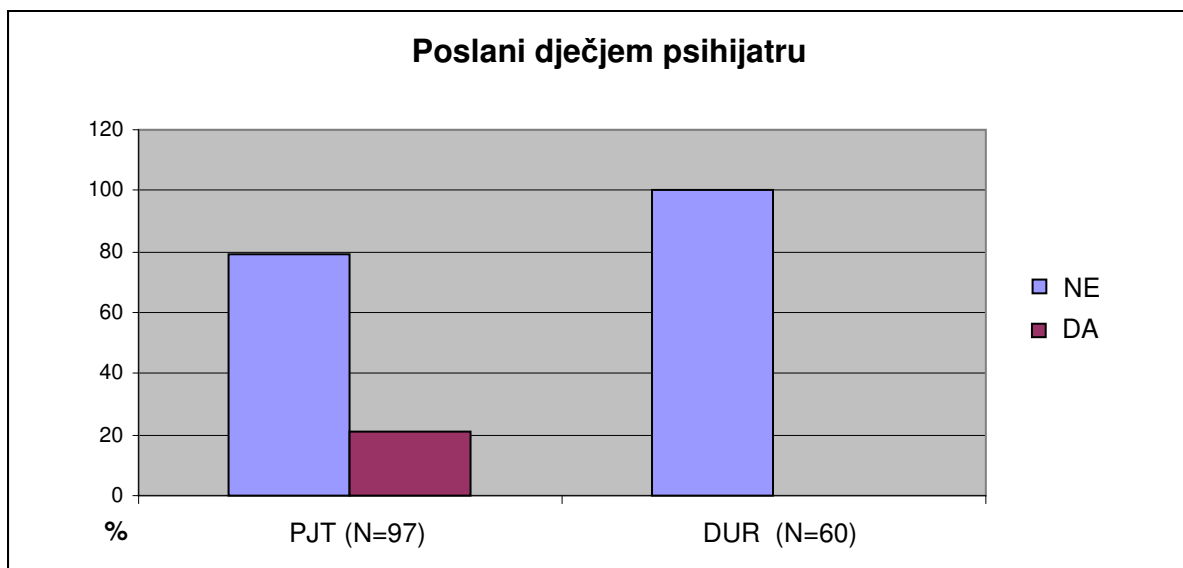
Slika 8. Histogramski prikaz dobi gestacije djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



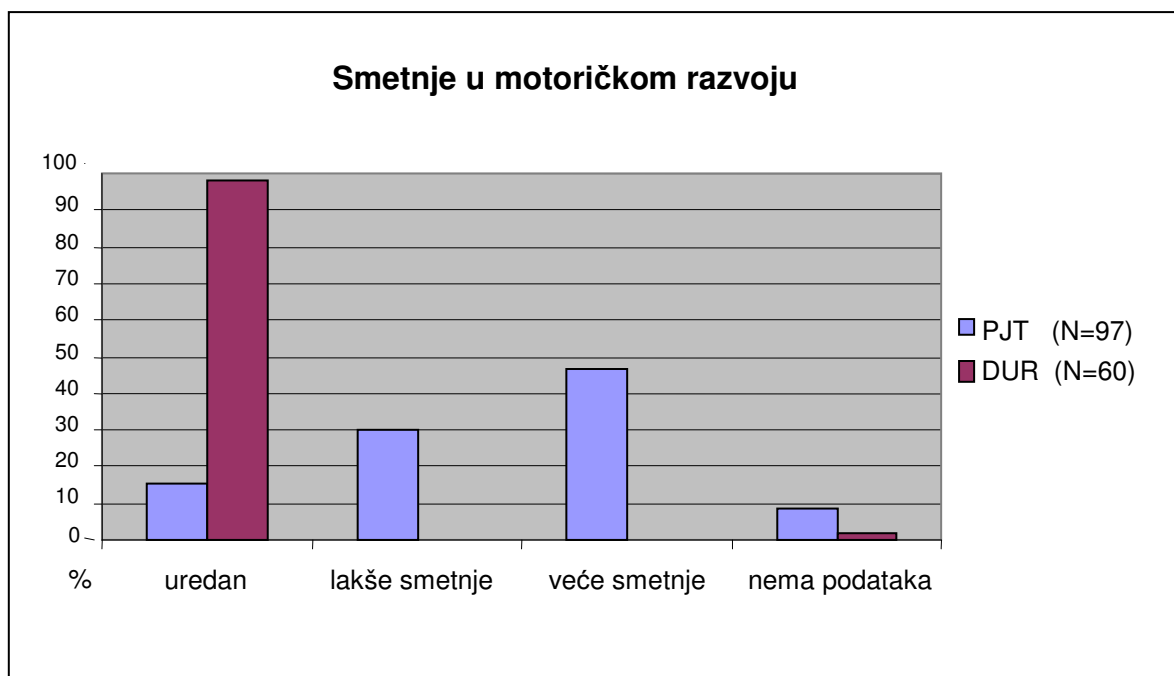
Slika 9. Histogramski prikaz perinatalne anamneze djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



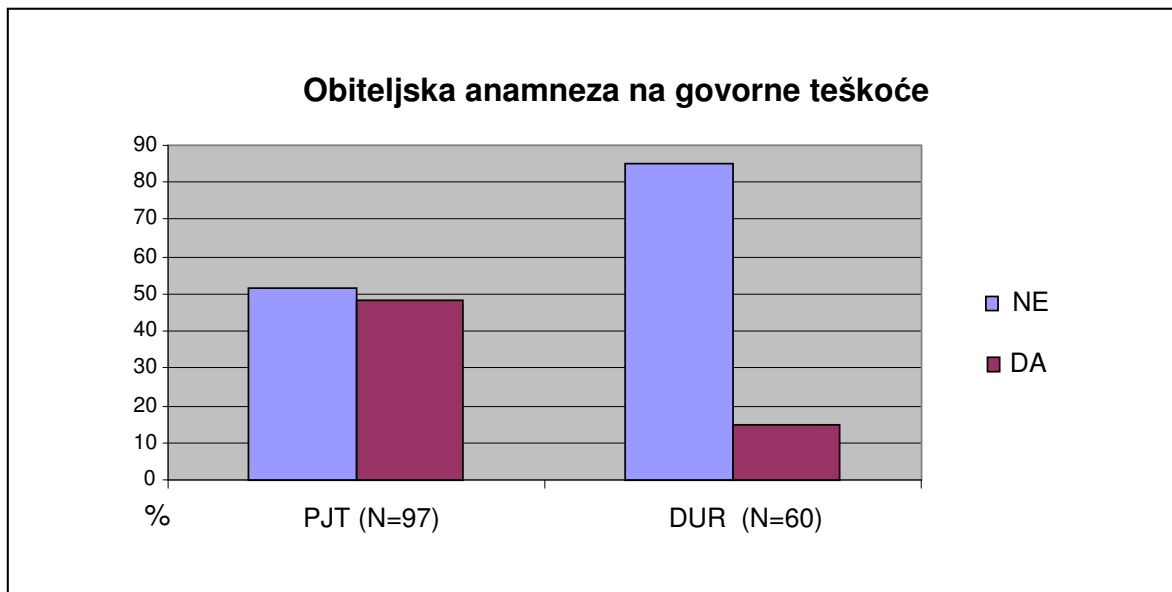
Slika 10. Histogramski prikaz blizanačkih trudnoća u uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



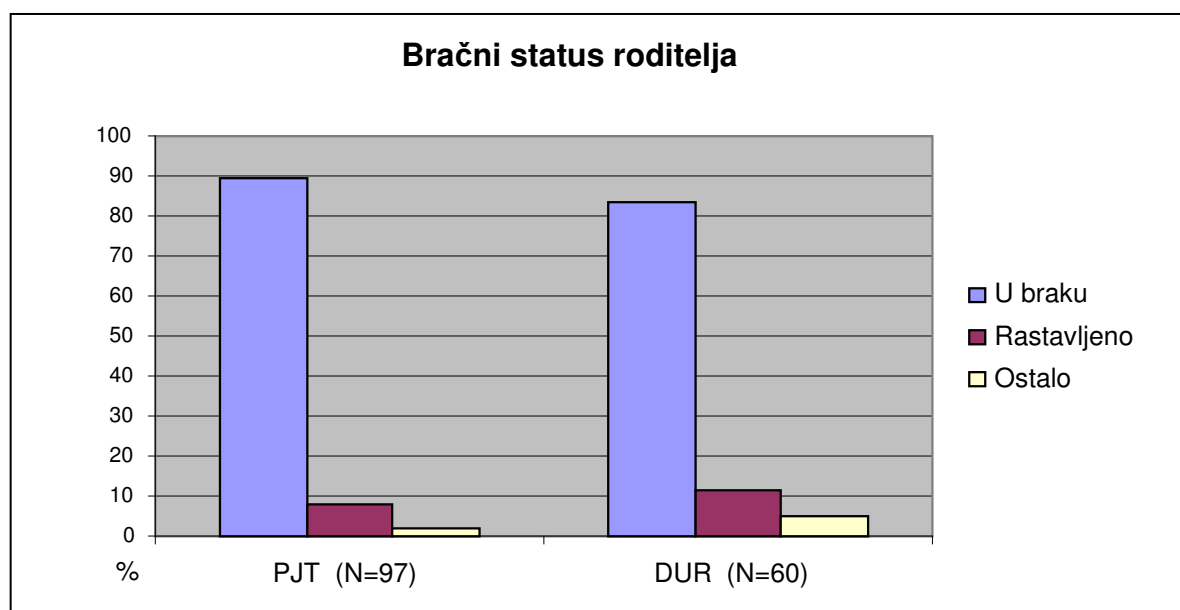
Slika 11. Histogramski prikaz postotka djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) upućene na psihijatrijski pregled



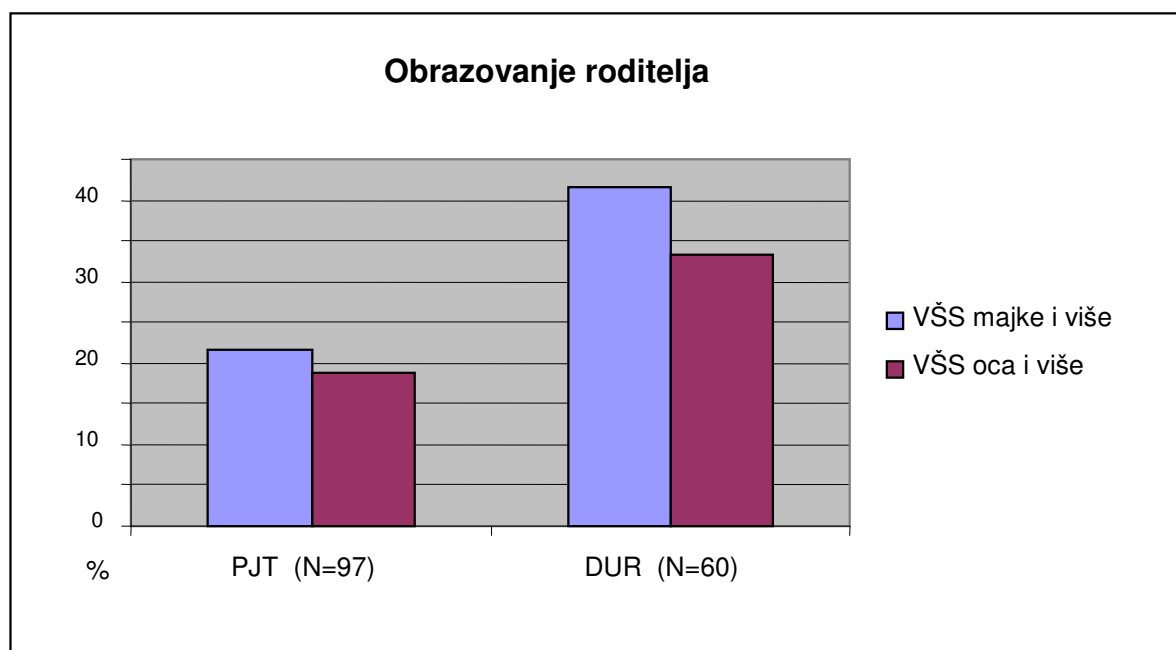
Slika 12. Histogramski prikaz smetnji u motoričkom razvoju u uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



Slika 13. Histogramski prikaz obiteljske anamneze na govorne teškoće u uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



Slika 14. Histogramski prikaz bračnog statusa roditelja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)



Slika 15. Histogramski prikaz obrazovnog statusa roditelja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

4.2. Postupak istraživanja

4.2.1. Informirani pristanak i postupak prikupljanja podataka

Roditelji su na zajedničkom roditeljskom sastanku obaviješteni o namjeri, svrsi i postupku istraživanja te su one majke koje su pristale na suradnju potpisale informirani pristanak. Ukoliko su očevi bili na sastanku, a majke su bile voljne surađivati, individualno su dobile informacije o istraživanju te potpisale suglasnost za istraživanje i korištenje podataka o djetetu.

Nakon informiranog pristanka, majke su dobile upitnike koje su trebale ispuniti o sebi (Upitnik emocionalne kompetencije UEK-45) i djetetu (Achenbachova ljestvica ponašanja CBCL) te je obavljen dodatni intervju kako bi se provjerilo jesu li su sva pitanja jasna i jesu li su majke odgovorile na sva pitanja. Na intervjuu su majke također dale anamnestičke podatke o djetetu, ukoliko su bili nepotpuni u dosjeu djeteta. Intervju u redovnom vrtiću obavio je defektolog vrtića.

U usporednoj skupini istraživanju se pristupalo na isti način. Nakon upoznavanja s istraživanjem i potpisivanja informiranog pristanka, majke su ispunile upitnik CBCL o djetetu i UEK-45 o sebi. Nakon toga majke su još bile na individualnom razgovoru radi provjere i dopune podataka. Podatke iz dosjea djeteta koje je davao roditelj kod upisa djeteta, provjeravao je član stručnog tima, ovaj put defektolog, u individualnom razgovoru s majkom. Majke koje nisu mogle biti prisutne na zajedničkom sastanku, informirane su individualno.

Nakon upoznavanja djece i završene adaptacije, grupni rehabilitatori u vrtiću Suvag, a odgajatelji u redovnom vrtiću, ispunili su verziju Achenbachovog upitnika teškoća emocija/teškoća ponašanja za odgajatelje (C-TRF) za svako pojedino dijete iz skupine koje je uključeno u istraživanje.

Sva djeca su individualno ispitana u govorno-jezičnom razvoju i to tako da je govor ispitao logoped dijagnostičar, dok je razumijevanje govora procijenjeno na Reynellovoj ljestvici razumijevanja od strane psihologa dijagnostičara ili logopeda dijagnostičara. Psiholog je također procijenio nivo intelektualnog razvoja, mjereno Brunett-Lezine ljestvicom psihičkog razvoja za predškolsko dijete ili još nekim dodatnim testovima inteligencije (zavisno od rezultata ili starosti djeteta, primjenjivao se još WISC, Goodenough i u pojedinim slučajevima Leiter, neverbalni test inteligencije). U slučaju da dijete nije pokazalo dovoljan nivo suradnje, ispitano je ponovno od strane predškolskog psihologa, a nakon početne adaptacije djeteta na rehabilitacijsku grupu.

Podaci o motoričkom razvoju djeteta dobiveni su iz nalaza fizijatra u početnoj dijagnostičkoj obradi. Iz dosjea djeteta preuzeti su također nalazi psihijatra i nalazi neurologa, odnosno neuropedijatra.

4.2.1.1. Upitnik općih i anamnestičkih podataka o djetetu

Za prikupljanje općih i anamnestičkih podataka o djetetu i uvjetima u obitelji korišten je za tu svrhu pripremljen upitnik. Prvo su podaci uzeti iz dječjih dosjea Poliklinike SUVAG za eksperimentalnu grupu i iz dosjea dječjeg vrtića za usporednu. Ukoliko podaci nisu bili potpuni, u intervjuima s majkama smo dopunili i provjerili podake. Osim općih podaka o djetetu, važni su nam bili rezultati dijagnostičkih pregleda, procjene logopeda i psihologa, te status i obrazovanje roditelja.

Dakle, kod obje skupine djece uzeli smo opće i anamnestičke podatke te dobili slijedeće varijable:

- spol
- red rođenja djeteta
- broj djece u obitelji
- da li je dijete blizanac
- kakva je bila trudnoća (uredna ili rizična)
- kakav je bio porod (normalnim putem ili drugo)
- vrijeme poroda (na vrijeme, prije vremena ili prenešeno)
- stanje djeteta na porodu (b.o. , neurorizična situacija)
- razvoj govora (b.o., dislalia, usporen / nerazvijen govor za dob)
- razumijevanje govora (Reynell test)
- procjene razvoja djeteta i intelektualnih sposobnosti.
- stanje sluha (normacusis, hypoacusis, anacusis)
- neurolog (b.o., EEG nije uredan, usporeno provođenje akustičkog signala, ostale neurološke teškoće)
- fizijatar (b.o., lakše smetnje i smetnje u motoričkom funkcioniranju)
- obiteljska anamneza na govor (da, ne)
- bračno stanje roditelja (u braku, rastavljeni ili nešto drugo)
- školska sprema majke (VŠS i više)
- školska sprema oca (VŠS i više)
- zaposlenost roditelja (nije prisutan u obitelji, zaposlen, nezaposlen, mirovina)

4.2.1.2. Kriterij za uključivanje u kompleksnu govorno-jezičnu rehabilitaciju i postupci dijagnostičkih pregleda i procjena

A) Kriterij za uključivanje u kompleksnu rehabilitaciju

Kriterij za uključivanje djece u kompleksnu rehabilitaciju u rehabilitacijski vrtić Poliklinike Suvag je da je globalni intelektualni status najmanje graničan i da verbalni razvoj nije u skladu, odnosno da je u kašnjenju u odnosu na neverbalni razvoj. Ukoliko je ponekad procjenjeno da je dijete na granici lake mentalne retardacije, a smatra se da rezultati nisu pouzdani zbog slabije suradnje, može biti uključeno u rehabilitaciju kroz tri mjeseca, u opservacijskom periodu. To je zbog toga da bi se točnije dijagnosticiralo. Ukoliko se potvrdila početna dijagnoza da se radi o mentalnoj retardaciji, dijete je isključeno iz uzorka. Uz disproporcionalan intelektualni razvoj primarno sa zaostajanjem na području govora i jezika, to zaostajanje može biti u slijedećim kombinacijama:

- a) nerazvijen ili nedovoljno razvijen govor za dob sa ili bez problema razumijevanja govora
- b) problem razumijevanja govora u odnosu na dob sa ili bez poteškoća ekspresivnog govora

U Dječji vrtić Suvag (kompleksnu govorno-jezičnu rehabilitaciju) ne uključuju se djeca s blažim smetnjama govora kao što je poremećaj izgovora glasova, koji se može korigirati u individualnoj terapiji.

B) Procjene govorno jezičnog razvoja - logopeda

Logoped dijagnostičar prije dolaska na rehabilitaciju u Polikliniku SUVAG procjenjuje govor kao uredan, dislaličan, usporen ili nerazvijen, sa slijedećim šiframa prema MKB 10: F 80.0 do F 89.0

Uz kliničku procjenu ekspresivnog govora, procjenjuju i receptivni govor, odnosno razumijevanje govora na Reynellovoj razvojnoj ljestvici govora ukoliko to nije obavio psiholog dijagnostičar u okviru kompletne psihološke procjene djeteta.

U redovnom dječjem vrtiću procjenu razvoja govora je obavio vrtićki logoped, a procjenu na Reynellovoj ljestvici sam istraživač jer je važno imati iskustvo u primjeni ove ljestvice.

Ukoliko je za neko dijete nedostajala procjena na Reynellovoj ljestvici, npr. zbog slabe suradnje, učinjena je kod dolaska u kompleksnu terapiju u Dječji vrtić Suvag. Procjenu je tada učinio klinički psiholog vrtića.

C) Procjene psihologa

Sva djeca prije postavljanja dijagnoze moraju proći psihološke procjene kod psihologa dijagnostičara. Ukoliko se uključuju u rehabilitacijski vrtić, daljnje procjene i praćenje razvoja obavlja psiholog vrtića.

Da bi djeca ušla u kompleksnu rehabilitaciju, odnosno rehabilitacijski vrtić SUVAG, globalni intelektualni status djeteta svakako je morao biti iznad granice retardacije. Tako da se raspon globalnog IQ kretao od graničnog do iznadprosječnog. Sva djeca kliničke skupine testirana su razvojnim testom Brunet-Lezine, kako bi se utvrdio intelektuani status. Kod nekih su primjenjivani i drugi testovi inteligencije (npr. Leiter, Goodenough ili WISC), ukoliko je bilo potrebe za dodatnim ispitivanjem ili su po dobi trebali primjerenije testove. Ukoliko su teškoće govorno-jezičnog razvoja u skladu s intelektualnim statusom (npr. rezultat retardacije djeteta), dijete se ne uključuje u kompleksnu govorno jezičnu rehabilitaciju predškolske dobi u Poliklinici SUVAG.

Djeca u redovnom vrtiću procijenjena su od strane odgajatelja i stručnog tima (psihologa, pedagoga, defektologa) u okvirima razvojnih normi, tako da testovi inteligencije nisu primjenjivani zasebno u redovnom dječjem vrtiću. Sva djeca procijenjena su kao djeca koja su u okviru razvojnih vještina za dob.

Intelektuani status nas nije posebno zanimao, osim da bismo isključili onu djecu čije je zaostajanje u govorno jezičnom razvoju rezultat globalnog intelektualnog kašnjenja.

D) Pregled psihijatra

Psihijatru se upućuju djeca ukoliko se uoči da dijete ima emocionalne teškoće/teškoće ponašanja. Kako bismo utvrdili je li dijete već evidentirano s određenim teškoćama emocionalnim ili teškoćama ponašanja, provjeravali smo je li je iz bilo kojih razloga upućivano psihijatru na pregled. Ovdje se navode da su najčešći razlozi slanja psihijatru ukoliko dijete ima atipično ponašanje za dob ili ne surađuje na pregledima i procjenama. Psihijatar tada postavlja dijagnozu i prema potrebi naručuje na terapiju. U redovnom dječjem vrtiću dijete se češće upućuje psihologu ili defektologu unutar vrtića koji ga prema procjeni

upućuje psihijatru. Podatak je li je dijete upućivano psihijatru nam govori o vidljivim problemima ponašanja, suradnje ili emocija kod djeteta koji okolina uočava kao značajno ili neprimjereno dobi djeteta.

E) Pregled otorinolaringologa

Pregled sluha obavio je ORL liječnik i djeca su svrstana u tri kategorije: normacusis, hypoacusis, anacusis. Ukoliko dijete ima naglušost ili gluhoću, nije ušlo u uzorak. Djeca iz redovnog vrtića nisu pregledavana kod ORL već kod pedijatra i ukoliko nije slano na daljnje pretrage, smatralo se da ima uredan sluh. Osim toga sva djeca prolaze redovne probire na sluh (eng. screening) odmah nakon rođenja.

F) Pregled neurologa ili neuropedijatra

Neurolog, odnosno neuropedijatar redovno obavlja preglede djece s govorno-jezičnim teškoćama. Kod djece iz redovnog vrtića s majkama je razgovarao defektolog kako bi dobio podatke o tome je li dijete imalo kakvih problema u trudnoći ili kasnije. Ukoliko bi dijete imalo kakvih neuroloških poteškoća ili bilo upućivano na pregled, roditelji su trebali donijeti nalaze na uvid. Rezultate neuroloških pregleda svrstali smo u slijedeće kategorije: b.o., EEG nije uredan, usporeno provođenje akustičkog signala, ostale neurološke teškoće.

G) Pregled fizijatra

Pregled fizijatra također ulazi u redovnu dijagnostičku obradu. Postavljene dijagnoze su b.o., lakše smetnje u motoričkom funkcioniranju i motoričkoj organizaciji i veće smetnje u motoričkom funkcioniranju i motoričkoj organizaciji. Djeca kontrolne grupe nisu prolazila redovne preglede, ako po procjeni svog pedijatra nije bilo potrebe upućivanja na pregled.

Rezultati pregleda djece preuzeti su iz dosjea djeteta koji se vodi u Poliklinici SUVAG te preneseni u upitnik/dosje djeteta u svrhu istraživanja, koji je drugim dijelom popunjen podacima od roditelja.

Roditelji su detaljno ispitani o dodatnim oboljenjima i terapijama kako bi se ustanovilo da li osim teškoća u razvoju govora ima još neka druga oboljenja ili teškoće. Djecu s dodatnim dijagnozama, koje su mogle utjecati na razvoj govora i jezika uklonili smo iz uzorka.

4.3. Mjerni instrumenti

4.3.1. Achenbachova ljestvica emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece za roditelje (CBCL) i rehabilitatore/odgajatelje (C-TRF)

Za ispitivanje teškoća emocija i ponašanja djece primijenjena je u istraživanju Achenbachova ljestvica: Child behavior Checklist (Achenbach, 2000.) za predškolsku djecu, skraćeno CBCL za koju podatke daju roditelji, u našem slučaju majke. Posebni oblik te iste ljestvice za rehabilitatore/odgajatelje: Caregiver Teacher's Report Form, skraćeno C-TRF (Achenbach, 2000). Ljestvice su razvili i standardizirali Thomas M. Achenbach i Craig Edelbrock (1983.) na djeci normalne i kliničke populacije u SAD-u, a revidirane norme su objavljene u priručnicima CBCL i C-TRF 2000. godine (Achenbach, Rescorla, 2000.).

CBCL ljestvica ima 100 čestica koje se odnose na različite probleme koje imaju djeca. Procjene se daju na ljestvicama od 0-1-2 gdje 0 znači netočno, nema navedenog ponašanja, 1 znači povremeno, ponekad se pojavljuje navedeno ponašanje, a 2 znači potpuno točno, često se pojavljuje navedeno ponašanje.

Problemi su svrstani u 8 različitih područja ili pojedinačnih ljestvica i to:

- *emocionalna reaktivnost,*
- *somatske tegobe,*
- *teškoće spavanja,*
- *anksioznost/depresivnost,*
- *povučenost,*
- *teškoće pažnje,*
- *agresivno ponašanje,*
- *drugi problemi,*

U internalizirane probleme svrstavaju se pojedinačne ljestvice :

- *emocionalna reaktivnost,*
- *anksioznost/depresija,*
- *somatske tegobe,*
- *povučenost,*

dok se eksternalizirani problemi odnose na:

- *probleme pažnje i*
- *agresivno ponašanje.*

Ukupni rezultat izračunava se kao opća impresija prezentiranog problematičnog ponašanja za određeno dijete (Achenbach, 2000.). C-TRF ljestvica za rehabilitatore/odgajatelje također se sastoji od 100 čestica, podijeljenih u 7 pojedinačnih ljestvica kao i u CBCL upitniku za roditelje, samo što je isključena ljestvica koja se odnosi na probleme spavanja. Također se podljestvice grupiraju u internalizirane i eksternalizirane teškoće.

Obje ljestvice, CBCL za roditelje i C-TRF za rehabilitatore/odgajatelje, imaju, osim navedenih sindromskih podljestvica i podljestvice orijentirane prema DSM V klasifikaciji poremećaja kod djece, svrstane u pet područja problema:

- *ljestvica afektivnih teškoća,*
- *ljestvica anksioznih teškoća,*
- *ljestvica pervazivnih razvojnih teškoća,*
- *ljestvica teškoća pažnje/hiperaktivnosti i*
- *ljestvica prkosa.*

Ipak, ljestvice orijentirane prema DSM V ne korespondiraju precizno kriterije za DSM V dijagnoze. Procjena na Achenbachovim ljestvicama daje se kada dijete manifestira neko ponašanje bez obzira koliko dugo je prisutno to ponašanje, dok je u kriterijima DSM V dijagnoze precizno određeno koliko dugo neko dijete treba određeno ponašanje da se uključi u dijagnostički kriterij. Također, na Achenbachovim ljestvicama procjena se daje kao 0-1-2 (odsustvo ponašanja, djelomično ili povremeno prisutno i potpuno prisutno ponašanje), a rezultat je ukupan zbroj ovih procjena dok kod dijagnostičkih kriterija u DSM V postoji samo procjena da ili ne (ponašanje je prisutno određeno vrijeme ili nije). Na Achenbachovim ljestvicama orijentiranim prema DSM V, profil indicira koliko je visoko dijete na svakoj DSM orijentiranoj ljestvici u odnosu na isti spol i dob, za razliku od DSM V kriterija Nacionalne američke klasifikacije kod koje su dijagnoze iste za oba spola, kao i za različite starosti djece.

Achenbachovom ljestvicom CBCL i C-TRF za procjenu teškoća kod djece, moguća je

višestuka procjena istog djeteta. Procjenu mogu dati pojedinačno oba roditelja, te rehabilitatori/odgajatelji. U našem slučaju procjene su dale majke i odgajatelji/rehabilitatori koji dnevno rade rehabilitaciju s djecom u grupi ili individualno. Procjene dječjeg ponašanja iz više izvora preporučuju se jer slaganje među procjenjivačima nije visoko pa se od više procjenjivača može dobiti cjelovitiji pregled ponašanja djeteta, odnosno teškoća koje ima dijete. Nerijetko dijete ne manifestira isto ponašanje u vrtiću i doma pa je moguće dobiti uvid u razvojne teškoće djeteta koji se manifestiraju samo u određenoj okolini, što može biti rezultat različitih razvojnih faktora i međuodnosa djeteta, roditelja i rehabilitatora/odgajatelja.

Cijeli instrumentarij ima dobre metrijske karakteristike. Prosječna test-retest pouzdanost za ljestvice ukupnog problematičnog ponašanja na CBCL iznosi $\alpha = 0,9$ i $0,88$ na C-TRF ljestvicama, a za sindromske ljestvice pouzdanost je $\alpha = 0,85$ na CBCL i $\alpha = 0,81$ za C-TRF (Achenbach, 1991.). Sadržajna valjanost utvrđena je na temelju značajnog razlikovanja između djece, podijeljene u grupe prema različitim demografskim područjima, koja su upućena u ustanove mentalnog zdravlja i koja to nisu. Konstruktna valjanost potvrđena je nizom korelacija među subljestvicama CBCL i C-TRF-a te sličnih analognih mjera problematičnog ponašanja. Kriterijska valjanost utvrđena je nizom razlikovanja djece koja su upućena na liječenje i one koja to nisu na CBCL i C-TRF ljestvicama nakon parcijaliziranja demografskih utjecaja (Achenbach, 1991.).

U našem istraživanju koristili smo sve strukture ljestvica na CBCL i C-TRF:

- sindromske (pojedinačne) ljestvice,
- ljestvicu internaliziranih problema,
- ljestvicu eksternaliziranih problema,
- ljestvicu prema DSM V,
- ukupan rezultat.

Rezultati su prevedeni u standardne T vrijednosti, koje se baziraju na normalnoj standardnoj populaciji. Norme u Hrvatskoj nisu zasebno učinjene te smo koristili američke, posebno za dječake, posebno za djevojčice. Kako je već navedeno, istraživanje Brajša-Žganec (2002.) na populaciji od 506 djece gdje su dobiveni podaci od oba roditelja i odgajatelja, ukazuje da je distribucija rezultata kod normalne populacije grupirana oko nižih vrijednosti, za eksternalizirane i internalizirane probleme od standardnih vrijednosti u Achenbachovom priručniku.

4.3.2. *Reynellova razvojna ljestvica razumijevanja govora*

Reynellova razvojna ljestvica omogućuje zasebno ispitivanje sposobnosti razumijevanja govora i sposobnosti govornog izražavanja. Originalan naziv ljestvice je Reynell Developmental Language Scales, kod nas Reynellova razvojna ljestvica govora (RRLJG). Autor ljestvice je Joan K. Reynell (1997.), dok su autori revidiranog oblika Joan K. Reynell i Michael Huntley (1985.). Hrvatsko izdanje izašlo je 1994. Primjenjiva je na djeci od 7 mjeseci starosti do 7 godina.

Ljestvica se koristi kao instrument dijagnosticiranja govora u sklopu cjelovitog ispitivanja sposobnosti djeteta, tj. zajedno sa ljestvicama inteligencije. Rezultati su dani u formi standardnih ocjena i ekvivalentnih dobnih razina. Ljestvica je standardizirana na djeci s područja Londona te jugoistočne i sjeverne Engleske. Najveća osjetljivost je u rasponu starosti djece od 1,5 do 4 godine. Koeficijenti pouzdanosti računati su Split half metodom Spearman-Brownom korekcijom. Za djecu starosti od dvije godine do pet i pol godina, koeficijent pouzdanost iznosi od 0.87 do 0.97, dok je za dvogodišnju djecu 0.82, a za djecu stariju od pet godina naglo pada. Najmanji je za djecu staru sedam godina.

Redoslijed zadataka na ljestvici razumijevanja govora slijedi razvojne mogućnosti djece u razumijevanju govora, drugim riječima posloženi su po težini, od najranijeg stupnja razumijevanja, koji se odnosi na selektivno prepoznavanje određenih verbalnih iskaza na afektivnoj razini, preko postupnog porasta složenosti i interpretacije ili razumijevanja određenih oblika govora pa sve do stupnja kada govor postaje pravi pokretač misli, iza čega se razumijevanje govora povezuje s drugim sve kompleksnijim intelektualnim procesima, te ga je teško razlučiti kao zasebnu intelektualnu funkciju. Nakon šeste godine života djeteta već postaje instrument viših intelektualnih funkcija.

Ljestvica razumijevanja govora je podijeljena na odjeljke (1-10), koji slijede razvojne mogućnosti, bazirano na standardizaciji testa, ali i kroz kliničko iskustvo. Ove sekvence ne treba rigidno uzeti kao jedino točan slijed razvoja jer svako dijete ima svoj specifičan slijed razvoja zavisno od toga koji specifični procesi su uključeni, prikrivaju razvoj razumijevanja govora ili stoje u interakciji s njim.

Odjeljak 1: odnosi se na razvoj predverbalnih koncepata. Dijete razlikuje glasove koje za njega imaju specifično afektivno ili situacijsko značenje.

Odjeljak 2: odnosi se na prepoznavanje prvih riječi koje se najčešće spominju kod kuće. Ovo

je stupanj predsymbolizacije, dijete može prepoznati samo konkretne predmete iz svoje okoline, ali ne i njihove simbole.

Odjeljak 3: odnosi se na prepoznavanje i povezivanje simbola koji se odnose na poznate predmete iz svakodnevne upotrebe.

Odjeljak 4: uključuje prepoznavanje ljudi i životinja kroz igračke.

Odjeljak 5: odnosi se na sposobnost povezivanja dvaju predmeta.

Odjeljak 6: uključuje razvoj djeteta u kojem već postoji unutarnji govor. Dijete treba interpretirati pitanje u terminima vlastite aktivnosti te nju staviti u odnos s promatranim predmetom. Ovdje se traži povezivanje internaliziranog pojma s percipiranim predmetom.

Odjeljak 7: uključuje mogućnost da se aktivnost pripisuje percipiranom predmetu, a ne subjektu. Ovdje je razumijevanje još više ovisno o unutarnjem govoru djeteta, kao simboličke aktivnosti.

Odjeljak 8: uključuje širu upotrebu pojmova osim glagola i imenica, upotreba i asimilacija pridjeva, te negaciju.

Odjeljak 9: odnosi se na razvojne mogućnosti djeteta kada je u mogućnosti da prepozna i zapamti velik broj različitih verbalnih pojmova. Uključuje asimilaciju, povezivanje te strukturiranje niza riječi da bi dijete moglo odgovoriti na zadatak.

Odjeljak 10: odnosi se na apstraktne pojmove sadržaja. Na ovom stupnju je govor sredstvo mišljenja i „govorno razumijevanje“ se uključuje u više intelektualne procese, verbalno zaključivanje.

4.3.3. *Upitnik emocionalne kompetencije (UEK-45)*

Upitnik je zasnovan na osnovi konstrukta emocionalne inteligencije (Takšić i sur., 2001.), ali se njime pokušalo ispitati sve sposobnosti iz konstrukta emocionalne inteligencije što do sada nije učinjeno. Kako zadaci nisu ispitni, već se radi o samoprocjeni ispitanika o njihovom emocionalnom funkcioniranju, Takšić smatra da je ispravnije koristiti termin emocionalne kompetencije umjesto inteligencije. Skraćena verzija upitnika ima 45 čestica, koje zahvaćaju samo procjenu sudionika u tri faktora:

- prvi faktor se odnosi na sposobnost percepcije, *prepoznavanja* i razumijevanja emocija (P.E.);
- drugi faktor odnosi se na sposobnost *izražavanja* i imenovanja emocija (I.E.);
- treći faktor mjeri sposobnost regulacije i kontrole emocija, odnosno *upravljanja* emocijama (U.E.).

Ukupna emocionalna kompetencija (UEK) je rezultat zbroja sva tri faktora.

Prosječna pouzdanost na svim ljestvicama iznosi od $\alpha = 0,88$ do $\alpha = 0,92$, dok se za faktor sposobnosti percepcije i za faktor izražavanja emocija kreće između $\alpha = 0,79$ do $\alpha = 0,82$. Pouzdanost za treći faktor, kontrole emocija, iznosi $\alpha = 0,71$ do $\alpha = 0,92$. U analizi različitih oblika valjanosti (konvergentne, divergentne i prognostičke) rezultati UEK-136 su uspoređeni sa relevantnim sposobnostima, vještinama i osobinama ličnosti (Takšić, 1998.; Takšić, Jurin, Cvenić, 2001.). Dobiveni rezultati pokazuju relativnu nezavisnost većine ljestvica UEK od opće inteligencije i sukladni su onima koje navode i drugi istraživači, pogotovo u situacijama kada se emocionalna inteligencija procjenjuje ljestvicama samoprocjena (Mayer i Stevens, 1994.).

Pronađeno je da su rezultati na ljestvicama UEK-45 u korelaciji sa rezultatima na inventaru socijalnih vještina. To bi bio argument u prilog zadovoljavajuće konvergentne valjanosti triju faktora emocionalne inteligencije. Potrebno je naglasiti da su dobivene korelacije između faktora ova dva upitnika srednjih veličina (prosječno oko 0,30) što ostavlja dovoljno prostora za tvrdnju o relativnoj nezavisnosti faceta emocionalne kompetencije. To se može pripisati konceptualnim razlikama između dvaju konstrukata ili divergentnoj valjanosti ljestvice UEK-45. Prognostička valjanost upitnika emocionalne kompetencije, UEK-45 pokazala se u prognozi školskog uspjeha, a ljestvica *upravljanje emocijama (UE)* pokazala se prediktorom zadovoljstva životom (Takšić, Jurin, Cvenić, 2001.).

Drugi faktor je intraosobni, a treći faktor je interesosobni prema Gardnerovoj teoriji višestrukih inteligencija (Gardner, 1983., 1993.).

UEK-45 ima 45 čestica za odgovore. Upitnik je strukturiran tako da ispitanik daje odgovore na ljestvici procjene Likertovog tipa od 1-5, gdje je: 1 - uopće NE, 2 - uglavnom NE, 3 - kako kada, 4 - uglavnom DA, 5 - u potpunosti DA

Pristup samopoimanja se smatra relevantnim jer se osobe najčešće ponašaju u skladu s uvjerenjem o vlastitim sposobnostima (Bandura, 1977.).

4.4. Postupak obrade podataka

Podaci dobiveni u pojedinim ispitivanjima upisani su u tablice u Excell programu te preneseni u statistički program SPSS 20 i obrađivani kompjuterskom statističkom obradom. Istraživanje je korelativnog tipa.

1. Provjerena je normalnost distribucija Kolmogorov - Smirnovim testom.
2. Podaci su transformirani u T vrijednosti (standardizacija).
3. Prvo je izvršena deskriptivna statistička obrada. Izračunata je aritmetička sredina, standardna devijacija, postotci i značajnost razlika Studentovim t-testom.
4. Izračunate su korelacije, napravljena regresijska i reducirana regresijska analiza, te kanonička korelacija između dviju grupa varijabli: kod majki i kod djece.

Za standardizaciju ljestvica CBCL i C-TRF korištene su Achenbachove, američke norme jer ljestvica nije standardizirana na hrvatskoj populaciji.

Reynellova razvojna ljestvica razumijevanja govora također nema hrvatsku standardizaciju, te su korištene engleske norme.

Prilikom obrade podataka na ljestvici UEK- 45 ispitivane populacije majki djece s govorno-jezičnim teškoćama, uspoređene su sa standardnim vrijednostima iz istraživanja Takšića i sur. (2001.).

5. REZULTATI

Izračunati su normaliteti svih podljestvica Kolmogorov-Smirnovim testom, pri čemu smo našli normalnost distribucija, ali ne na svim podljestvicama. Varijabla razumijevanje govora normalno je distribuirana u oba uzorka. Sve četiri varijable emocionalne kompetencije (percepcija emocija, izražavanje emocija, kontrola emocija i ukupna emocionalna kompetencija) su normalno distribuirane u oba uzorka, osim percepcije emocija na kliničkom uzorku. Podljestvice na CBCL i C-TRF internalizirane i eksternalizirane teškoće, kao i ukupan rezultat su normalno distribuirane u usporednom uzorku, a u kliničkom su normalno distribuirane na CBCL, dok na C-TRF ljestvici nisu. Sindromske podljestvice na CBCL i C-TRF ljestvicama, kao i podljestvice prema DSM V nisu sve distribuirane normalno.

Petz (1997.) navodi da je opravdano koristiti parametrijsku statistiku i kad distribucije nisu potpuno simetrične, ako nisu nepravilne u smislu bimodalnog U oblika i ako su uzorci dovoljno veliki i jednake ili slične veličine. Kako su naši podaci zadovoljili ovaj kriterij po Petzu, odlučili smo se za parametrijske statističke metode. Kako bi bili sigurni, provjera je napravljena na grupiranim podacima (neparametrijskom statistikom) te nismo dobili nikakva odstupanja u smislu značajnosti razlika, osim u jednom mjerenju gdje se neparametrijskom statistikom, na grupiranim podacima dobila značajnost razlike uz rizik manji od 5%, dok je parametrijskom tehnikom rizik bio nešto preko 5%. Dakle, smatrali smo potpuno opravdano koristiti parametrijske statističke postupke.

Kod usporedbe dvije kliničke skupine; djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) s neurorizičnom djecom (NRD) odlučili smo se za neparametrijsku statistiku te smo umjesto Studentovog t testa koristili Man Whitneyev U test.

5.1. Procjene emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece

5.1.1. Procjene majki na CBCL sindromskim ljestvicama

Rezultati na CBCL sindromskim ljestvicama (procjene majki) djece sa posebnim jezičnim teškoćama (PJT) u odnosu na usporednu skupinu djece urednog razvoja (DUR) prikazani su u tablici 2 i pokazuju statistički značajno više teškoća uz značajnost rizika manju od 5% na

ljestvicama: *emocionalne reaktivnosti* ($t = 2,677$), *anksioznosti/depresivnosti* ($t = 1,992$), *povučenosti* ($t = 5,205$), *teškoća pažnje* ($t = 6,712$), *agresivnog ponašanja* ($t = 4,270$) te *ostalih teškoća* ($t = 5,845$).

Tablica 2. Usporedba djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) na CBCL i C-TRF ljestvicama

MAJKE (CBCL)	PJT (N=97)				DUR (N=60)				Značajnost razlika
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	t- test
Emocionalna reaktivnost	51,46	11,73	39,09	107,27	46,82	9,77	39,09	89,09	2,677**
Anksioznost/depresivnost	54,69	11,42	37,39	106,96	51,01	11,13	37,39	98,26	1,992*
Somatske tegobe	52,41	11,87	40,53	114,21	49,21	10,49	40,53	82,63	1,861
Povučenost	60,64	14,47	41,18	105,88	50,00	11,02	41,18	94,12	5,205**
Teškoće spavanja	47,40	9,00	38,33	80,00	48,06	8,51	38,33	71,67	-0,462
Teškoće pažnje	58,44	13,3	36,84	115,79	46,75	7,86	36,84	68,42	6,712**
Agresivno ponašanje	51,94	9,57	35,31	83,75	45,94	2,43	33,75	63,44	4,270**
Druge teškoće	38,53	3,42	33,26	55,19	35,79	13,18	32,19	42,89	5,845**
Internalizirani teškoće	116,77	59,42	14,73	37,74	52,77	7,91	37,74	116,77	2,939**
Eksternalizirane teškoće	63,12	53,69	9,64	34,55	45,82	6,31	33,25	63,12	5,564**
UKUPNO na CBCL	46,25	7,97	33,80	89,41	46,81	9,77	39,09	89,09	4,303**
REHABILITATORI/ ODGAJATELJI (C-TRF)	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	t- test
Emocionalna reaktivnost	54,62	14,31	42,11	116,84	50,33	9,32	42,11	95,79	2,271*
Anksioznost/depresivnost	58,28	14,05	40,45	95,00	52,88	10,76	40,45	82,50	2,771**
Somatske tegobe	53,82	18,58	44,17	145,00	53,17	12,48	44,17	95,00	0,265
Povučenost	54,17	12,5	41,25	97,24	48,38	9,39	41,25	83,45	3,295**
Teškoće pažnje	57,05	13,05	40,27	92,35	48,58	7,93	40,27	71,76	5,057**
Agresivno ponašanje	51,80	11,08	41,88	99,61	49,44	7,82	41,88	74,61	1,567
Druge teškoće	44,32	3,41	39,43	56,41	42,74	2,54	38,95	53,06	3,311**
Internalizirani teškoće	56,71	14,05	39,70	104,49	50,97	10,23	39,70	94,35	2,953**
Eksternalizirane teškoće	53,66	11,78	40,71	96,53	49,05	7,69	40,71	75,74	2,964**
UKUPNO na C-TRF	56,35	12,42	39,43	56,41	50,06	8,22	38,95	81,77	3,812**

* - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 5%

** - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 1%

Samo na ljestvici somatskih teškoća ($t = 1,861$) i teškoća spavanja ($t = - 0,462$) dobivamo distribuciju rezultata koja se statistički značajno ne razlikuje od djece urednog razvoja. U internaliziranim i eksternaliziranim teškoćama, kao i u ukupnom rezultatu t-test pokazuje značajnu više teškoća u skupini djece s PJT.

5.1.2. Procjene rehabilitatora/odgajatelja na C-TRF sindromskim ljestvicama

Statistički značajno više teškoća na razini rizika od 5% nađeno je na ljestvici emocionalne reaktivnosti ($t = 2,271$), *anksioznosti/depresivnosti* ($t = 2,271$), *povučenosti* ($t = 3,295$), *teškoća pažnje* ($t=5,057$) i *drugih teškoća* ($t = 3,311$). Razlika između kliničke i usporedne skupine djece nije nađena na ljestvici somatskih teškoća i agresivnosti. U internaliziranim i eksternaliziranim teškoćama, kao i u ukupnom rezultatu, t-test pokazuje da djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju više teškoća.

5.1.3. Rezultati CBCL i C-TRF (procjene majki i rehabilitatora/odgajatelja) prema DSM V kriteriju ocjenjivanja

Rezultati u Achenbachovim ljestvicama CBCL orijentiranim prema DSM V (procjene majki) prikazani su u tablici 3, a rezultati rehabilitatora/odgajatelja na C-TRF izraženi su u tablici 4. Sve vrijednosti su u standardiziranim T vrijednostima. U obje skupine rezultati su u većini DSM V ljestvica bili u okviru normalnog raspona T vrijednosti. Jedino je ljestvica pervazivni razvojni problemi u procjenama majki (CBCL) klinički značajno povišena u skupini djece sa posebnim jezičnim teškoćama, gdje T vrijednost prelazi kritičnu vrijednost 65 (> 93 centila), $\bar{x} = 13,48$, a raspon rezultata u T vrijednostima iznosi od 42,50 do 113,33.

Značajnost razlika u rezultatima na pojedinim psihopatološkim ljestvicama testirana je Studentovim t-testom. Klinička skupina prema procjenama majki ima statistički značajno više afektivnih teškoća, pervazivno-razvojnih teškoća, teškoća pažnje/hiperaktivnosti i prkosnih ponašanja. Na ljestvici anksioznih teškoća nema razlike. Prema procjenama rehabilitatora klinička skupina ima značajno više afektivnih teškoća, anksioznih, pervazivnih razvojnih i teškoća pažnje/hiperaktivnosti, ali nisu prkosnija od djece u usporednoj skupini prema procjenama odgajatelja.

Tablica 3. Usporedba rezultata skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) na CBCL (procjene majki) ljestvicama, prema DSM V

PROCJENE MAJKI NA CBCL PREMA DSM V									
CBCL ljestvice prema DSM V	PJT (N=97)				DUR (N=60)				Značajnost razlika
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	t-test
Afektivne teškoće	52,59	11,98	39,5	114,5	48,35	10,85	39,5	104,5	2,202*
Anksioznost	50,59	12,33	36,4	108,4	48,33	11,37	36,4	88,4	1,128
Pervazivne razvojne teškoće	65,09	13,49	42,5	113,33	49,67	11,21	38,33	109,17	7,717**
Teškoće pažnje/ hiperaktivnost	54,31	11,12	35,71	92,86	46,25	9,32	32,14	64,29	4,802**
Prkos	52,18	9,8	35,6	83,6	47,08	8,72	35,6	67,6	3,281**

* - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 5%

** - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 1%

Tablica 4. Usporedba rezultata djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) na C-TRF ljestvicama (odgajatelji/rehabilitatori), prema DSM V

PROCJENE ODGAJATELJA/REHABILITATORA NA C-TRF PREMA DSM V									
	PJT (N=97)				DUR (N=60)				Značajnost razlika
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	t-test
Afektivne teškoće	58,14	14,01	43,68	96,32	50,76	11,39	43,68	96,32	3,546**
Anksioznost	57,62	16,35	43,13	111,88	51,08	10,48	43,13	86,88	2,988**
Pervazivne razvojne teškoće	59,77	13,31	43,13	108,00	49,25	10,12	40,00	94,67	5,529**
Teškoće pažnje/ hiperaktivnost	54,55	11,81	40,00	88,57	49,04	8,54	40,00	76,33	3,304**
Prkos	51,08	10,89	43,00	95,56	49,00	7,32	43,00	73,33	1,357

** - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 1%

5.1.4. Povezanost procjenjivača - majki i rehabilitatora/odgajatelja (CBCL i C-TRF, sindromske ljestvice)

U skupini djece s PJT procjene majki i rehabilitatora su u značajnoj korelaciji na sindromskim ljestvicama povučenosti, teškoća pažnje, agresivnog ponašanja i eksternaliziranih problema, a procjene majki i rehabilitatora razlikuju se na ljestvici emocionalne reaktivnosti, anksioznosti/

depresivnosti, somatskih tegoba i internaliziranih teškoća. Na ukupnom rezultatu u sindromskim ljestvicama također nema povezanosti u procjenama majki i rehabilitatora.

Tablica 5. Korelacija između procjenjivača: majki i rehabilitatora/odgajatelja na Achenbachovim ljestvicama emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

KORELACIJE CBCL i C-TRF				
	PJT (N=97)		DUR (N=60)	
	r	P	r	P
Emocionalna reaktivnost	0,035	0,736	0,358**	0,005**
Anksioznost/depresivnost	0,135	0,189	0,312*	0,015*
Somatske tegobe	-0,006	0,951	0,406**	0,001**
Povučenost	0,247*	0,015*	0,363**	0,003**
Teškoće pažnje	0,366**	0,000**	0,301*	0,020*
Agresivnost	0,308**	0,002**	0,112	0,392
Drugi problemi	0,080	0,434	0,425**	0,001**
Internalizirani	0,050	0,626	0,404**	0,001**
Eksternalizirani	0,356**	0,000**	0,169	0,197
UKUPNO	0,056	0,589	0,364**	0,004**

* - korelacija je statistički značajna uz rizik manji od 5 %

** - korelacija je statistički značajna uz rizik manji od 1 %

U skupini djece urednog razvoja (DUR), povezanost procjena majki i odgajatelja nalazimo na ljestvicama emocionalne reaktivnosti, anksioznosti/depresivnosti, somatskih teškoća, povučenosti, teškoća pažnje i drugih problema. Također se procjene majki i odgajatelja slažu na ljestvicama internaliziranih problema i ukupnog rezultata. Sve povezanosti su uz razinu rizika manju od 5%.

Prosječna korelacija između procjenjivača djece s posebnim jezičnim teškoćama iznosi $r = 0,17$, a na usporednom uzorku (DUR) $r = 0,33$.

5.2. Emocionalna kompetencija majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i majki djece urednog razvoja (DUR)

Rezultati emocionalne kompetencije (EK) pokazuju da majke djece urednog razvoja, statistički značajno bolje *izražavaju emocije* uz razinu rizika manju od 1%. Njihova ukupna

emocionalna kompetencija (UEK) statistički je značajno veća od emocionalne kompetencije majki djece sa posebnim jezičnim teškoćama. Sposobnost percipiranja i upravljanja emocijama podjednaka je u obje grupe.

Tablica 6. Usporedba rezultata emocionalne kompetencije majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i majki djece urednog razvoja (DUR) na UEK-45 ljestvici, u T vrijednostima

RAZLIKE U EMOCIONALNOJ KOMPETENCIJI MAJKI DJECE S PJT I DUR									
	PJT (N=97)				DUR= (N=60)				Značajnost razlika
	M	SD	min.	max.	M	SD	min.	max.	t-test
Percepcija emocija PE	46,89	15,53	-0,99	99,33	50,50	8,14	35,06	64,84	1,905
Izražavanje emocija IE	53,38	11,82	5,28	77,13	63,97	9,55	40,47	87,39	6,159**
Upravljanje emocijama, UE	47,88	11,31	17,31	73,27	49,80	11,15	26,34	80,49	1,041
Emocionalna kompetencija, UEK	49,49	13,27	-3,85	85,85	56,53	9,26	34,02	81,86	3,908**

* - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 5%

** - razlika je statistički značajna na nivou rizika < od 1%

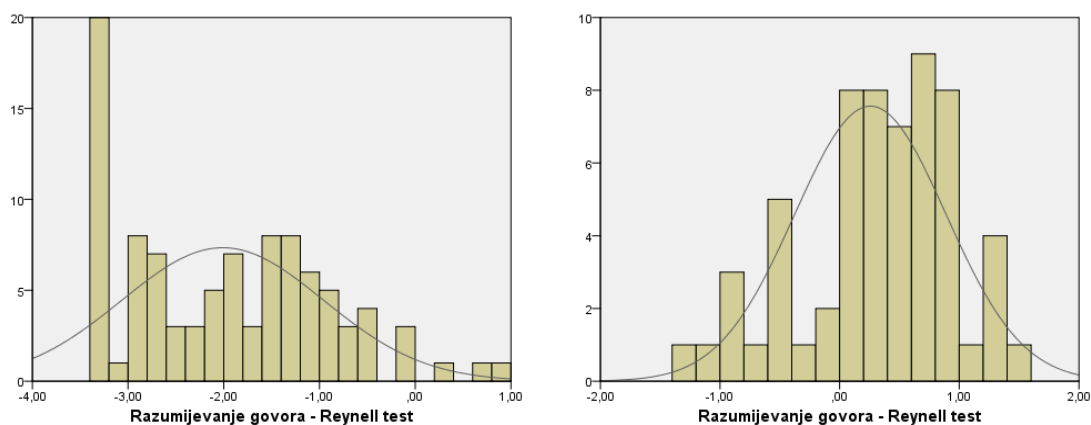
5.3. Razumijevanje govora kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Rezultati djece u obje skupine Reynellove ljestvice razumijevanja govora prikazani su u tablici 7, a izraženi su u standardnom odstupanju u odnosu na središnje vrijednosti za normativnu skupinu (priručnik testa). Rezultati obje skupine su normalno raspoređeni, s tim da je distribucija razumijevanja govora na kliničkom uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama negativno asimetrična, tj. pomaknuta prema nižim vrijednostima. Aritmetička sredina rezultata kliničke skupine na Reynellovoj ljestvici razumijevanja govora, izražene u standardnom odstupanju od normativnog uzorka iznosi -2,01, iako poneka djeca imaju i normalno razumijevanje (max z = 0,9) ovaj prosječni rezultat ukazuje na veće teškoće razumijevanja za cijelu kliničku skupinu (najslabiji rezultati su ispod 3 standardne devijacije u odnosu na prosječnu normativnu vrijednost). Uredno razumijevanje, ali uglavnom u okviru nižeg prosjeka, pokazuje samo 14,4% djece u kliničkoj skupini, dok u usporednoj skupini 93,4% djece ima tu jezičnu funkciju dobro razvijenu. Aritmetička sredina usporedne skupine očekivano je slična kao u normativnom uzorku (z = 0,26), uz manje raspršenje rezultata. U usporednoj skupini samo 6,3% djece ima blaže teškoće

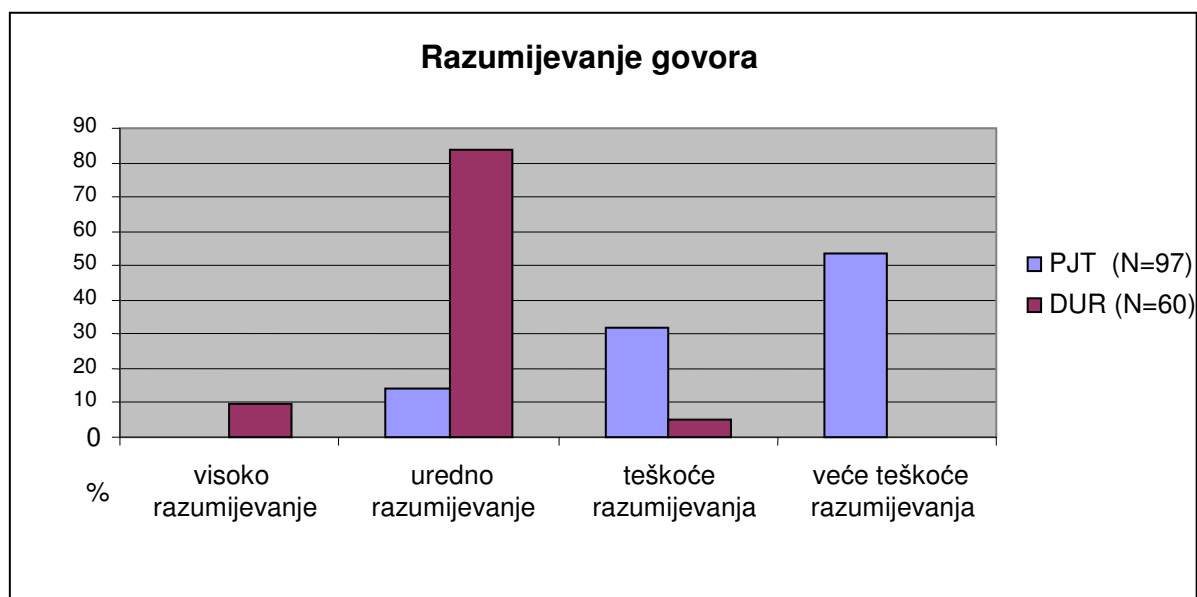
razumijevanja govora.

Tablica 7. Usporedba rezultata Reynellovog testa razumijevanja govora u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja, (DUR), izražene u SD

RAZUMIJEVANJE GOVORA - Reynell test									
	PJT (N = 97)				DUR (N = 60)				t-test
	M	SD	min.	max.	M	SD	min.	max.	(p)
z-vrijednost	-2,01	1,05	-3,30	0,90	0,26	0,63	-1,30	1,40	0,000



Slika 16. Grafički i histogramski prikaz distribucija razumijevanja govora u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i usporedne skupine djece urednog razvoja (DUR)



Slika 17. Histogramski prikaz grupiranih rezultata razumijevanja govora u djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

5.4. Povezanost razumijevanja govora i emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja (CBCL i C-TRF prema DSM V) kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

5.4.1. Pearsonove korelacije razumijevanja govora s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja

Povezanost između razumijevanja govora (Reynell test) i emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja (CBCL i C-TRF) računali smo Pearsonovim korelacijama na oba uzorka (tablica 8), pri čemu su korištene standardizirane vrijednosti. U kliničkom uzorku našli smo statistički značajnu negativnu korelaciju između razumijevanja govora i ljestvice pervazivnih razvojnih teškoća ($r = - 0,209$), kao i razumijevanja govora i teškoća pažnje/hiperaktivnosti ($r = - 0,270$), prema procjenama majki. Prema procjenama odgajatelja s razumijevanjem govora značajno negativno korelira samo ljestvica teškoća pažnje/hiperaktivnosti ($r = - 0,231$). Ove korelacije su značajne na razini rizika manjem od 5%.

U usporednoj skupini razumijevanje govora negativno je povezano s teškoćama pažnje/hiperaktivnosti i afektivnim teškoćama na C-TRF ljestvici, u procjenama odgajatelja. Na

ostalim ljestvicama nema značajnih korelacija. Sve korelacije su na razini rizika manje od 5% ili manje od 1%.

Tablica 8. Povezanost razumijevanja govora na Reynellovoj ljestvici s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja na CBCL i C-TRF ljestvicama prema DSM V u djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR)

POVEZANOST RAZUMIJEVANJA GOVORA S TEŠKOĆAMA EMOCIJA I PONAŠANJA				
	PJT (N=97)		DUR (N=60)	
MAJKE (CBCL prema DSM V)	r	P	r	P
Afektivne teškoće	-0,055	0,596	0,029	0,824
Anksioznost	-0,036	0,729	0,166	0,206
Pervazivne razvojne teškoće	-0,209*	0,040	0,150	0,254
Teškoće pažnje/hiperaktivnost	-0,270**	0,008	0,083	0,526
Prkos	-0,152	0,137	0,216	0,097
REHABILITATORI /ODGAJATELJI (C-TRF prema DSM V)	r	P	r	P
Afektivne teškoće	-0,033	0,374	-0,226*	0,042
Anksioznost	0,152	0,069	-0,041	0,378
Pervazivne razvojne teškoće	0,018	0,429	-0,051	0,350
Teškoće pažnje/hiperaktivnost	-0,231*	0,011	-0,248*	0,028
Prkos	-0,121	0,119	-0,119	0,138

* - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,05$

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

5.4.2. Regresijska analiza: razumijevanje govora i varijabli emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja na CBCL prema DSM V

Regresijskom analizom smo željeli utvrditi koliko se varijance varijable razumijevanja govora može objasniti povezanošću sa dobivenim korelacijama na CBCL ljestvici u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT).

Zavisna varijabla (y) je razumijevanje govora mjereno Reynellovim testom, a nezavisne varijable su afektivne teškoće, anksioznost, teškoće pažnje/hiperaktivnosti, pervazivne razvojne teškoće i prkos. Regresijska analiza pokazuje da je 12,8% varijance zasićeno s ovih pet varijabli, od kojih su značajne teškoće pažnje/hiperaktivnosti ($\beta = - 0,281$) i pervazivne razvojne teškoće ($\beta = - 0,280$), na razini rizika od 5%.

Tablica 9. Model sažetka

Model sažetka			
Model	R	R kvadrata	Prilagođeni R kvadrata
1	0,358 ^b	0,128	0,080

Grupa djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: teškoće afektivnosti; teškoće anksioznosti; teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće; prkos (CBCL, prema DSM V)

Tablica 10. Analiza varijance a, b

Model		Suma kvadrata	df	M kvadrata	F	Sig.
1	Regresija	13,67	5	2,734	2,674	0,027**
	Residual	93,027	91	1,022		
	Ukupno	106,698	96			

** - korelacije su statistički značajne $p < 0,01$

Grupa djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: teškoće afektivnosti; teškoće anksioznosti; teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće; prkos (CBCL, prema DSM V)

Tablica 11. Prikaz standardiziranih i nestandardiziranih koeficijenata

KOEFIČIJENTI ^{a,b}						
Model		Nestandardizirani koeficijent		Standardizirani koeficijent	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	Konstante	-0,216	0,687		-0,314	0,754
	Afektivne teškoće	0,009	0,011	0,097	0,759	0,450
	Anksioznost	0,017	0,011	0,196	1,493	0,139
	Pervazivne razvojne teškoće	-0,022	0,010	-0,280	-2,238	0,028**
	Teškoće pažnje/hiperaktivnost	-0,027	0,011	-0,281	-2,431	0,017**
	Prkos	-0,004	0,013	-0,039	-0,315	0,754

** - korelacije su statistički značajne $p < 0,01$

Grupa djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: teškoće afektivnosti; teškoće anksioznosti; teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće; prkos (CBCL, prema DSM V)

Zatim smo napravili analizu reduciranim regresijskim modelom koji uključuje samo statistički značajne teškoće, a to su teškoće pažnje/hiperaktivnosti i pervazivne razvojne teškoće kao nezavisne varijable. Provjerili smo da li postoji značajna razlika među modelima. Oba regresijska modela podjednako dobro opisuju varijabilnost u y varijabli, među njima nije bilo značajne razlike ($p = 0,303$, F iznosi 1,232, uz par stupnjeva slobode = 3,91), stoga ih je bilo opravdano koristiti.

Tablica 12. Model sažetka

Model	R	R kvadrata	Prilagođeni R kvadrata	Standardna pogreška procjene
1	0,305 ^b	0,093	0,073	1,0148

Grupa djece s PJT

a. zavisna varijabla: razumijevanje govora (Reynell test)

b. statistički značajne nezavisne varijable: teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće (na CBCL prema DSM V)

Tablica 13. Analiza varijance a, b

Model		Suma kvadrata	df	M kvadrata	F	Sig.
1	Regresija	9,895	2	4,947	4,804	0,010**
	Residual	96,803	94	1,030		
	Ukupno	106,698	96			

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Grupa djece s PJT

a. zavisna varijabla: razumijevanje govora (Reynell test)

b. statistički značajne nezavisna varijable: teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće (na CBCL prema DSM V)

Tablica 14. Prikaz standardiziranih i nestandariziranih koeficijenata a, b

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	Konstanta	-0,080	0,639		-0,125	0,901
	Pervazivne razvojne teškoće	-0,011	0,008	-0,147	-1,438	0,154
	Teškoće pažnje/hiperaktivnosti	-0,022	0,01	-0,23	-2,252	0,027**

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Grupa djece s PJT

a. zavisna varijabla: razumijevanje govora (Reynell test)

b. statistički značajne nezavisna varijable: teškoće pažnje/hiperaktivnost; pervazivne razvojne teškoće (na CBCL prema DSM V)

U reduciranom regresijskom modelu značajna je samo varijabla teškoće pažnje/hiperaktivnost, pa smo model dodatno reducirali model na samo jednu nezavisnu varijablu, teškoće pažnje/hiperaktivnost. I ovaj model se značajno ne razlikuje od početnog modela s pet nezavisnih varijabli ($p = 0,226$, $F = 1,445$ uz par stupnjeva slobode (4,91)), te smo ga opravdano koristili.

Slijedi tablični prikaz reducirane regresijske analize na samo jednu statistički značajnu varijablu: teškoće pažnje/hiperaktivnost.

Tablica 15. Model sažetka a,b

Model	R	R kvadrata	Prilagođeni R kvadrata	Standardna pogreška procjene
1	0,270 ^b	0,073	0,063	1,02049

Grupa djece s PJT

a. zavisna varijabla: razumijevanje govora (Reynell test)

b. reduciran model, statistički značajna nezavisna varijable: teškoće pažnje/hiperaktivnost (na CBCL prema DSM V)

Tablica 16. Analiza varijance a,b

Model		Suma kvadrata	df	M kvadrata	F	Sig.
1	Regresija	7,765	1	7,765	7,456	0,008 **
	Residual	98,933	95	1,041		
	Ukupno	106,698	96			

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Grupa djece s PJT

a. zavisna varijabla: razumijevanje govora (Reynell test)

b. reduciran model, statistički značajna nezavisna varijable: teškoće pažnje/hiperaktivnost (na CBCL prema DSM V)

Nezavisna varijabla teškoće pažnje/hiperaktivnost je u tom dodatno reduciranom modelu značajna, njen pripadajući standardizirani koeficijent $\beta = -0,270$, na razini rizika od 1%. R kvadrat iznosi 0,073. Prilagođeni R kvadrat iznosi 0,063. Varijabilnost u y varijabli (razumijevanje govora) koja se može objasniti regresijom u odnosu na varijablu teškoće pažnje/hiperaktivnost je 7,3% dok se 92,7% udjela u varijabilnosti varijable y može objasniti djelovanjem drugih ovom studijom neobuhvaćenih čimbenika.

5.5. Povezanost faktora emocionalne kompetencije majki s razumijevanjem govora djece - regresijska analiza

Na uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i na uzorku djece urednog razvoja (DUR) regresijskom analizom nije nađena korelacija između razumijevanja govora i pojedinih faktora emocionalne kompetencije majki. Obzirom da su uzorci slabije varijabilni,

spojili smo ih kako bi dobili potreban varijabilitet uzorka. Zato smo regresijskom analizom na oba uzorka zajedno, kako bi dobili veći varijabilitet uzorka, izračunali povezanost između razumijevanja govora djeteta (y, odnosno zavisna varijabla), koji je važna komponenta posebnih jezičnih teškoća i pojedinih faktora emocionalne kompetencije majki (x, odnosno nezavisne varijable). Dobili smo *značajnu povezanost izražavanja emocija i razumijevanja govora*, na razini rizika manjoj od 1%. $\beta = 0,426$ a R kvadrat iznosi 0,145. Ostale varijable nisu značajno povezane.

Slijede tablični prikazi regresijske i reducirane regresijske analize razumijevanja govora kao zavisne, promjenjive varijable i faktora emocionalne kompetencije majki kao konstanti, tj. nezavisnih varijabli u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i u grupi djece urednog razvoja (DUR). Ukupan broj djece je N= 157.

Tablica 17. Model sažetka

Model	R	R kvadrata	Prilagođeni R kvadrata	Standardna pogreška procjene
1	0,381 ^a	0,145	0,129	1,33911

Obje skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: Razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: percepcija emocija (PE); izražavanje emocija (IE); upravljanje emocijama (UE)

Tablica 18. Analiza varijance a

Model	Suma kvadrata	df	M kvadrata	F	Sig.	
1	Regresija	46,646	3	15,549	8,671	0,000 ^{**}
	Residual	274,362	153	1,793		
	Ukupno	321,008	156			

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Obje skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: percepcija emocija (PE); izražavanje emocija (IE); upravljanje emocijama (UE)

Tablica 19. Prikaz standardiziranih i nestandardiziranih koeficijenata

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.	
	B	Standardna pogreška	Beta			
1	Konstante	-3,239	0,591		-5,477	0
	Percepcija emocija, PE	-0,003	0,010	-0,031	-0,335	0,738
	Izražavanje emocija, IE	0,050	0,011	0,426	4,666	0,000**
	Upravljanje emocijama, UE	-0,013	0,011	-0,102	-1,192	0,235

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Objekti skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: percepcija emocija (PE); izražavanje emocija (IE); upravljanje emocijama (UE)

Kako se izražavanje emocija (IE) pokazalo statistički značajnim u regresijskom modelu, primjenili smo zatim reduciranu regresijsku analizu, gdje smo korelirali samo statistički značajnu nezavisnu x varijablu: izražavanje emocija s y (zavisnom) varijablom: razumijevanje govora, te smo dobili da je R kvadrata 0,134. Prilagođeni R kvadrata iznosi 0,129 $\beta = 0,367$ i značajnost rizika na razini $p = 0,000$. Oba ova modela smo usporedili i dobili da je $F=0,973$ s parom stupnjeva slobode (2,153) i p vrijednosti $p = 0,38$. Dakle, nije nađena razlika između proširenog i reduciranog modela, te smo ga opravdano koristili.

Tablica 20. Model sažetka

Model	R	R kvadrata	Prilagođeni R kvadrata	Standardna pogreška procjene
1	0,367 ^a	0,134	0,129	1,33887

Objekti skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: izražavanje emocija (IE)

Tablica 21. Analiza varijance a

Model		Suma kvadrata	df	M kvadrata	F	Sig.
1	Regresija	43,158	1	43,158	24,076	0,000**
	Residual	277,85	155	1,793		
	Ukupno	321,008	156			

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Objekti skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: izražavanje emocija (IE)

Tablica 22. Prikaz standardiziranih i nestandardiziranih koeficijenata

Model		Nestandardizirani koeficijent		Standardizirani koeficijent	t	Sig.
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	Konstanta	-3,635	0,519		-7,009	0
	Izražavanja emocija ^b	0,043	0,009	0,367	4,907	0,000**

** - korelacije su statistički značajne uz $p < 0,01$

Objekti skupine djece, N=157

a. Zavisna varijabla: razumijevanje govora - Reynell test

b. Nezavisne varijable: izražavanje emocija (IE)

Regressijskom analizom objašnjeno je da se *13,4% varijabilnosti u varijabli razumijevanje govora može objasniti regresijom varijable izražavanje emocija kod majke*, dok se *86,6% udjela u varijabilnosti objašnjava utjecajem nekih drugih čimbenika*.

5.6. Kanonička korelacija varijabli koje se odnose na djecu (Reynell i CBCL) i varijabli koje se odnose na majke (UEK-45)

Postupkom kanoničke korelacije uzeli smo dvije grupe varijabli s namjerom da pokušamo izdvojiti faktor koji je zastupljen u obje grupe varijabli. Spojili smo kliničku i usporednu skupinu iz dva razloga. Prvo kako bismo dobili veći varijabilitet podataka. Drugo, kako bi istražili da li neki zajednički kanonički faktor ima ulogu u razvoju jezika sve djece, urednog razvoja i djece s teškoćama u jezičnom razvoju, a ujedno i u emocionalnoj kompetenciji maajki. Ukupno je bilo 157 ispitanika.

Prva grupa se odnosila na djecu i ima šest varijabli; pet koje se odnose na emocionalne teškoće/teškoće ponašanja na CBCL ljestvici prema DSM V (*afektivnost, anksioznost, pervazivne razvojne teškoće, teškoće pažnje/hiperaktivnost i prkos*) a šesta je *razumijevanje govora* na Reynellovoj ljestvici.

Druga grupa varijabli se odnosila na majke djece, na pojedine faktore njihove emocionalne kompetencije; *prepoznavanje emocija (PE), izražavanje emocija (IE) i upravljanje emocijma (UE)*.

Tablica 23. M i SD u prvoj grupi varijabli, koje se odnose na djecu (N= 157)

	M	SD
Reynell	-1,145	1,430
CBCL (DSM) Afektivne teškoće	51,029	11,670
CBCL (DSM) Anksioznost	49,750	11,975
CBCL (DSM) Pervazivne razvojne teškoće	59,193	14,681
CBCL (DSM) Teškoće pažnje / hiperaktivnost	51,274	11,105
CBCL (DSM) Prkos	50,301	9,622

Aritmetička sredina varijable razumijevanja govora je pomaknuta prema prema nižim vrijednostima. Aritmetičke sredine podljestvice emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja na CBCL prema DSM V se kreću oko prosječnih standardnih vrijednosti (iz priručnika), osim pervazivnih razvojnih teškoća, gdje je M povećana u odnosu na standardne vrijednosti.

Tablica 24. M i SD u drugoj grupi varijabli koje se odnose na majke

	M	SD
Percepcija emocija, PE	48,271	13,248
Izražavanje emocija, IE	57,429	12,093
Upravljanje emocijama, UE	48,618	11,217

Tablica 25. Prva grupa interkorelacijske matrice prve grupe varijabli (djeca)

	Razumijevanje govora (Reynell)	Afektivne teškoće	Anksioznost	Pervazivne razvojne teškoće	Teškoće pažnje/ hiperaktivnost	Prkos
Razumijevanje govora- Reynell	1,000	-0,152	-0,059	-0,461	-0,378	-0,229
Afektivne teškoće	-0,152	1,000	0,540	0,537	0,356	0,510
Anksioznost	-0,059	0,540	1,000	0,545	0,357	0,409
Pervazivne razvojne teškoće	-0,461	0,537	0,545	1,000	0,407	0,459
Teškoće pažnje / hiperaktivnost	-0,378	0,356	0,357	0,407	1,000	0,552
Prkos	-0,229	0,510	0,409	0,459	0,552	1,000

Interkorelacijska matrica nam pokazuje negativnu povezanost razumijevanja govora s pervazivnim razvojnim teškoćama i problemima pažnje/hiperaktivnosti.

Tablica 26. Druga grupa interkorelacijske matrice druge grupe varijabli (majke)

	PE	IE	UE
Percepcija emocija (PE)	1,000	0,542	0,452
Izražavanje emocija (IE)	0,542	1,000	0,413
Upravljanje emocijama (UE)	0,452	0,413	1,000

Tablica 27. Međukorelacijska matrica varijabli koje se odnose na djecu i varijabli koje se odnose na majke (percepcija emocija PE, izražavanje emocija IE i upravljanje emocijamaUE)

	PE	IE	UE
Razumijevanje govora-Reynell	0,153	0,367	0,059
Afektivne teškoće	-0,123	-0,077	-0,167
Anksioznost	0,029	-0,074	-0,038
Pervazivne razvojne teškoće	-0,125	-0,296	-0,131
Teškoće pažnje / hiperaktivnost	0,008	-0,133	-0,078
Prkos	-0,044	-0,098	-0,141

Majčino *izražavanje emocija* ima značajnu korelaciju s *razumijevanjem govora* kod djece ($r = 0,367$) i negativnu korelaciju s *pervazivnim razvojnim teškoćama* ($r = -0,296$). Majčina percepcija i upravljanje emocijama nemaju značajnijih korelacija s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja djece na CBCL ljestvicama prema DSM V, niti značajnije koreliraju s razumijevanjem govora.

Kanonički faktori:

Pronađena su dva kanonička faktora koja povezuje ove dvije grupe varijabli majki i djece.

1. kanonički faktor

$C = 0.420$ koeficijent kanoničke korelacije

$P_c = 0.710$ proporcija ukupne varijance objašnjene tim kanoničkim faktorom

$HI^2 = 40.815$

$df = 18$ broj stupnjeva slobode

$p = 0.000$ razina statističke značajnosti

2. kanonički faktor

$C = 0.225$

$P_c = 0.204$

$HI^2 = 11.238$

$df = 10$

$p = 0.351$

Od ova dva kanonička faktora za ove dvije grupe varijabli; grupu varijabli koje se odnose na djecu (CBCL i razumijevanje govora) i grupu faktora majčine emocionalne kompetencije (UEK-45) , samo je prvi statistički značajan. Indeks kanoničke korelacije je 0,420, uz 71% udjela u varijanci. Statistička značajnost je uz razinu rizika manju od 1%.

Tablica 28. Kanonički ponder prve varijable, koje se odnose na djecu

Razumijevanje govora	0.749
Afektivne teškoće	0,339
Anksioznost	0,339
Pervazivne razvojne teškoće	-0,513
Teškoće pažnje/hiperaktivnost	0,034
Prkos	0,107

Tablica 29. Kanonički ponder druge varijable (pojedinih faktora emocionalne kompetencije majki)

PE	-0,185
IE	1,160
UE	-0,297

Tablica 30. Kanonički faktor 1. varijable koje se odnose na djecu

Razumijevanje govora	0,903
Afektivne teškoće	-0,040
Anksioznost	-0,189
Pervazivne razvojne teškoće	-0,671
Teškoće pažnje/hiperaktivnost	-0,316
Prkos	-0,151

Prvi kanonički faktor *značajno je koreliran s razumijevanjem govora djece, a negativno koreliran s pervazivnim razvojnim teškoćama i teškoćama pažnje.*

Tablica 31. Kanonički faktor 2. varijable

PE	0,310
IE	0,937
UE	0,098

Izdvojeni značajni kanonički faktor visoko korelira u drugoj grupi varijabli s *izražavanjem emocija*, a značajna je i korelacija s *percepcijom emocija*, dok s kontrolom emocija nema značajne korelacije.

5.7. Povezanost pojedinih faktora emocionalne kompetencije (EK) majki s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja njihove djece

U kliničkoj skupini smo dobili značajnu povezanost *upravljanja emocija* majki s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja djece (prema procjenama majki) na dvije sindromske ljestvice; emocionalne reaktivnosti djeteta i anksioznosti/depresivnosti djeteta. Obje povezanosti su negativne. Varijabla internalizirane teškoće djeteta, također negativno korelira s majčinim upravljanjem emocijama.

Tablica 32. Korelacija između pojedinih faktora emocionalne kompetencije (EK) majki i emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) na CBCL sindromskim ljestvicama

Korelacija EK - CBCL	PJT (N=97)				DUR (N=60)			
	P.E.	I.E.	U.E.	UEK	P.E.	I.E.	U.E.	UEK
Emocionalna reaktivnost	- 0,110	- 0,052	-0,204*	- 0,139	0,240	- 0,163	- 0,077	- 0,019
Anksioznost /depresivnost	- 0,164	- 0,172	-0,299**	0,245*	0,191	0,021	0,087	0,101
Somatske tegobe	0,067	0,069	- 0,069	0,039	0,170	- 0,103	- 0,096	- 0,026
Povučenost	- 0,175	- 0,077	- 0,147	- 0,164	-0,029	- 0,304*	- 0,138	- 0,216
Teškoće spavanja	- 0,129	- 0,051	- 0,095	- 0,115	0,461**	0,111	0,178	0,307*
Teškoće pažnje	0,024	- 0,060	- 0,134	- 0,054	0,072	0,081	0,270	0,078
Agresivnost	- 0,057	0,047	- 0,096	0,700	0,070	- 0,730	- 0,162	- 0,079
Druge teškoće	- 0,113	0,047	- 0,142	- 0,082	0,244	0,052	0,069	0,148
Internalizirane teškoće	- 1,400	- 0,800	- 0,223 *	- 0,171	0,269 **	- 0,115	- 0,002	- 0,048
Eksternalizirane teškoće	- 0,390	- 0,180	- 0,125	- 0,051	0,077	- 0,039	- 0,126	- 0,045
Ukupno na CBCL	-1,340	- 0,029	- 0,198	- 0,140	0,280*	- 0,060	0,025	0,090

* - razlika je statistički značajna uz manje od 5 %,

** - razlika je statistički značajna uz manje od 1 %

Legenda: PE: percepcija emocija; IE: izražavanje emocija; UE: upravljanje emocijama; UEK: ukupna emocionalna kompetencija; PJT: posebne jezične teškoće; DUR: djeca urednog razvoja

U usporednoj skupini nalazimo značajnu korelaciju *percepcije emocija* s teškoćama spavanja i internaliziranim teškoćama, a negativnu korelaciju izražavanja emocija kod majke i povučenosti djeteta. Sve korelacije su značajne na razini rizika manjoj od 5%.

5.7.1. Najučestalije pojavljivana pojedinačna ponašanja na CBCL i C-TRF

Analizirali smo najučestalija ponašanja koja se pojavljuju kod skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR). Kvalitativno smo usporedili procjene majki djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja. Rezultati procjena majki su prikazani u tablici 33. Tri ponašanja se pojavljuju kao najčešća kod djece urednog razvoja su među prvih pet ponašanja u kliničkoj skupini (PJT) i to: „lako mu je povrijediti osjećaje“, „zahtjeva puno pažnje“, „ne podnosi čekanje, sve želi odmah“. Ostala dva ponašanja se razlikuju u ova dva uzorka. Majke djece s posebnim jezičnim teškoćama izvještavaju o teškoćama na području pažnje i impulzivnog ponašanja: „ne može se koncentrirati, ne može duže održati pažnju“, „ne može mirno sjediti, nemirno je ili hiperaktivno“. Majke iz redovnog vrtića izvještavaju o teškoćama na području spavanja.

Tablica 33. Najučestlija ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) prema procjenama majki

	Najučestalija ponašanja na CBCL PJT	Najučestalija ponašanja na CBCL DUR
1.	Zahtjeva puno pažnje	Lako mu je povrijediti osjećaje
2.	Ne može se koncentrirati, ne može duže zadržati pažnju	Ne podnosi čekanje, želi sve odmah
3.	Lako mu je povrijediti osjećaje	Njegovi se zahtjevi moraju odmah ispuniti
4.	Ne podnosi čekanje, želi sve odmah	Ne želi spavati samo
5.	Njegovi se zahtjevi moraju odmah ispuniti	Odbija odlazak na spavanje

Kvalitativna analiza najučestalijih pet ponašanja u procjenama rehabilitatora u kliničkoj skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i odgajatelja djece iz redovnog vrtića pokazuju da odgajatelji isto procjenjuju prva tri ponašanja kao i majke: „lako mu je povrijediti osjećaje“, „zahtjeva puno pažnje“, „ne podnosi čekanje, sve želi odmah“. Rehabilitatori izvještavaju o teškoćama pažnje, impulzivnosti, nesigurnosti i tome da zahtjevaju puno pažnje. Rezultati procjena rehabilitatora/odgajatelja su prikazani u tablici 34.

Tablica 34. Najučestlija ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) prema procjenama rehabilitatora/odgajatelja

	Najučestalija ponašanja na C-TRF PJT	Najučestalija ponašanja na C-TRF DUR
1.	Ne uspijeva izvršiti zadane zadatke do kraja	Lako mu je povrijediti osjećaje
2.	Ne može se koncentrirati, ne može duže održati pažnju	Zahtjeva puno pažnje
3.	Nesigurno, lako se zbuni	Ne podnosi čekanje, želi sve odmah
4.	Zahtjeva puno pažnje	Boji se probati nove stvari
5.	Ne može mirno sjediti, nemirno je, hiperaktivno	Premalo se boji ozlijeda

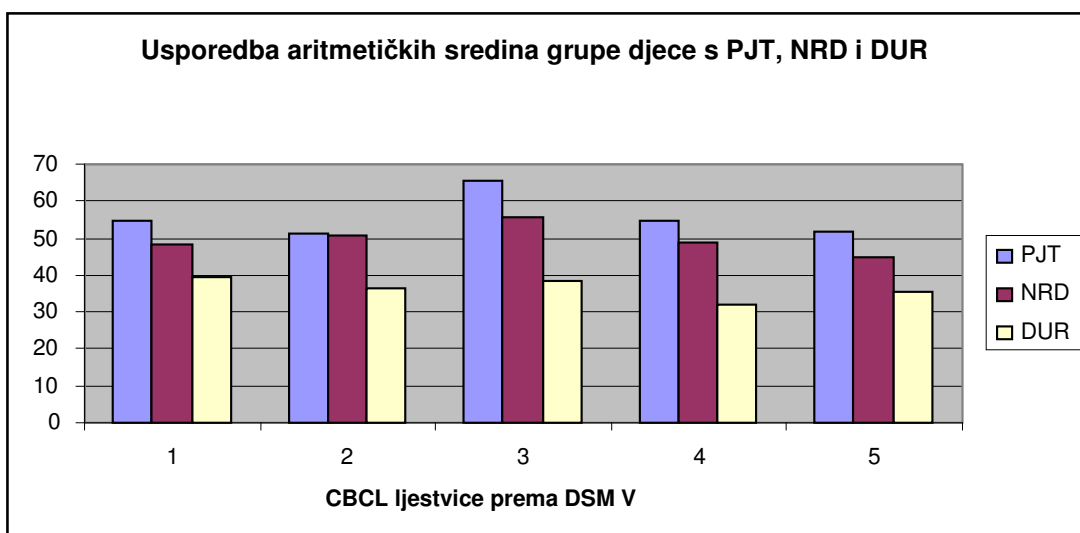
Čestica “Zahtjeva puno pažnje” najčešće se pojavljuje u procjenama djece.

5.8. Usporedba djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), neurorizične djece (NRD) i djece urednog razvoja (DUR) na CBCL (prema DSM V)

Tablica 35. Rezultati deskriptivne statistike na CBCL ljestvici (prema DSM V) djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), neurorizične djece (NRD) i djece urednog razvoja (DUR) izražene u T vrijednostima

DESKRIPTIVNA STATISTIKA												
CBCL prema DSM V	PJT (N=50)				NRD (N=76)				DUR (N=48)			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Afektivne teškoće	54,80	13,49	39,50	114,50	48,31	10,57	39,50	84,50	48,56	10,50	39,50	104,50
Anksioznost	51,44	14,19	36,40	108,40	50,87	13,77	36,40	92,40	47,15	10,41	36,40	80,40
Pervazivne razvojne teškoće	65,41	15,22	42,50	113,33	55,93	15,50	38,33	121,67	48,49	7,92	38,33	75,83
Teškoće pažnje/ hiperaktivnost	54,85	11,31	35,71	75,00	48,59	11,64	32,14	75,00	45,76	8,89	32,14	64,29
Prkos	51,60	10,06	35,60	83,60	44,75	8,10	35,60	71,60	46,68	8,30	35,60	67,60

Svi prosječni rezultati u kliničkim skupinama nalaze se unutar raspona urednog razvoja, osim na ljestvici **pervazivnih razvojnih teškoća** u djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) gdje je $M = 65,41$; $SD = 15,22$. Posebne jezične teškoće kao grupa imaju **klinički značajno prisutne pervazivne razvojne teškoće**, a zatim slijede po učestalosti teškoće pažnje/hiperaktivnosti te afektivne teškoće.



Legenda: 1. afektivne teškoće, 2. anksioznost/depresivnost, 3. pervazivne razvojne teškoće, 4. teškoće pažnje/hiperaktivnost, 5. prkos

Slika 18. Histogramski prikaz aritmetičkih sredina grupe u emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja na CBCL prema DSM V kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), neurorizične djece (NRD) i djece urednog razvoja (DUR)

U tablici 36 prikazane su vrijednosti Mann-Whitney U testa, za usporedbu razlika među grupama.

Tablica 36. Man Whitneyev U test djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), neurorizične djece (NRD) i djece urednog razvoja (DUR)

CBCL	PJT i NRD	p=	PJT i DUR	p=	NRD i DUR	p=
Afektivne teškoće	1.225,50**	0,001	791,50**	0,003	1.677,50	0,439
Anksioznost	1.845,50	0,784	990	0,132	1.546	0,149
Pervazivne razvojne teškoće	1.074,50**	0,000	322,50**	0,000	1.262**	0,004
Teškoće pažnje / hiperaktivnost	1.319**	0,004	644**	0,000	1.635	0,331
Prkos	1.125**	0,000	856,50*	0,014	1.555,50	0,163

* - U test je statistički značajan uz $p < 0,05$,

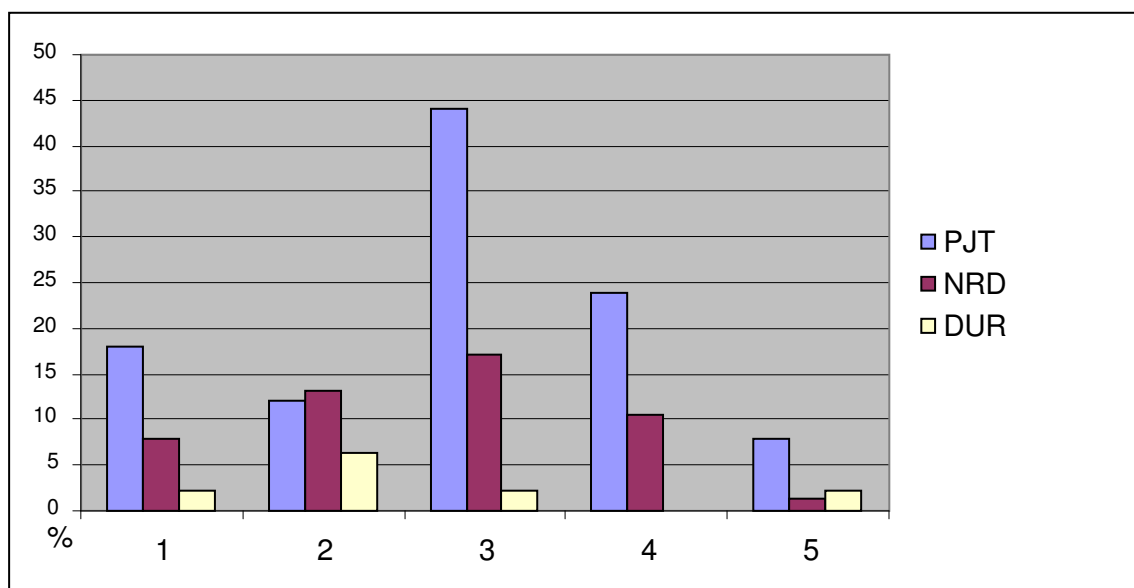
** - U test je statistički značajan uz $p < 0,01$

Kod neurorizične djece (NRD) također su *najčešće pervazivne razvojne teškoće, a najmanje su prisutne teškoće prkosa.*

Kliničke skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD) značajno se međusobno razlikuju u svim DSM V ljestvicama (razina rizika manja od 1%), a u anksioznosti su slični. Djeca s posebnim jezičnim teškoćama imala su više afektivnih teškoća, pervazivnih razvojnih teškoća, teškoća pažnje/hiperaktivnosti i prkosa.

U usporedbi s djecom urednog razvoja (DUR), djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imala su statistički značajno više teškoća u svim ljestvicama, osim u anksioznosti. Grupa neurorizične djece (NRD) statistički značajno se razlikovala od skupine urednog razvoja (DUR) samo na ljestvici pervazivnih razvojnih teškoća.

Zanimalo nas je koliko djece je imalo klinički značajno visok rezultat u pojedinim skupinama ($T > 65$), odnosno rezultat iznad 93. centila prema normativnoj populaciji iz priručnika (Achenbach i Rescorla, 2000). Rezultati su prikazani na slici 18.



Legenda: 1. afektivne teškoće, 2. anksioznost/depresivnost, 3. pervazivne razvojne teškoće, 4. teškoće pažnje/hiperaktivnost, 5. prkos

Slika 19. Grafički prikaz klinički značajnih teškoća (izraženo u postotku) na CBCL (prema DSM V) kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), neurorizične djece (NRD) i djece urednog razvoja (DUR)

U skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) ima više djece s ekstremno visokim rezultatima na svim ljestvicama, osim anksioznosti. Najučestalije su klinički značajne teškoće na ljestvici pervazivnih razvojnih teškoća. One su prisutne kod 44% djece s PJT. Iako su pojedina djeca imala ekstremno visoke rezultate na toj ljestvici, niti jedno dijete nije zadovoljilo kriterij za psihijatrijsku dijagnozu za pervazivnog razvojnog poremećaja. Slijedeći su po učestalosti klinički značajnih teškoća u skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) bile teškoće pažnje/hiperaktivnost (24%), te teškoće afektivnosti (18%). U skupini neurorizične djece (NRD) pervazivne razvojne teškoće su klinički značajno visoke kod 17,1% djece, dok u ostalim ljestvicama nije bilo velikih odstupanja u odnosu na usporednu skupinu. Kod njih su bili rijetko prisutni problemi prkosa (samo kod 1,3% djece).

5.8.1. *Najučestalije pojavljivana pojedinačna ponašanja na CBCL ljestvici (procjene majki) djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD)*

Analizirali smo najučestalija problematična ponašanja koja se pojavljuju kod djece pred polazak u školu u dvije kliničke skupine, djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD). Radi se o 5 istih čestica, u nešto drugačijem redoslijedu u dvije skupine: “zahtjeva puno pažnje”, “ne može se koncentrirati, ne može duže održati pažnju”, “lako mu je povrijediti osjećaje”, “ne podnosi čekanje, sve želi odmah”, “ne može mirno sjediti, nemirno je ili hiperaktivno”.

Tablica 37. Najučestalija ponašanja prema procjenama majki (CBCL) djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD)

	PJT	NRD
1.	Zahtjeva puno pažnje	Lako mu je povrijediti osjećaje
2.	Ne može se koncentrirati, ne može duže održati pažnju	Zahtjeva puno pažnje
3.	Lako mu je povrijediti osjećaje	Ne podnosi čekanje, sve želi odmah
4.	Ne podnosi čekanje, sve želi odmah	Ne može mirno sjediti, nemirno je ili hiperaktivno
5.	Ne može mirno sjediti, nemirno je ili hiperaktivno	Ne može se koncentrirati, ne može duže održati pažnju

6. RASPRAVA

Ovo istraživanje je imalo za cilj doprinijeti boljem razumijevanju govorno-jezičnih teškoća kod skupine djece koju nazivamo djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT). Razvoj djece u predškolskoj dobi je dinamičan, a emocionalni razvoj djeteta je u stalnoj povezanosti s kognitivnim razvojem pa tako i s govorno-jezičnim. Isto tako predškolsko dijete ovisno je o relaciji s osobom s kojom ima odnos privrženosti, odnosno odnos emocionalne bliskosti. Iako se dinamika obitelji mijenja i očevi imaju veću ulogu u odgoju djece, majka je uglavnom prva važna osoba u emocionalnom razvoju djeteta.

Bishop navodi da su posebne jezične teškoće rezultat višestrukih utjecaja, kako utjecaja okoline tako i genetskih. U zadnje vrijeme je povećan broj genetskih istraživanja (Bishop, 2006.), a pomalo se zanemaruju istraživanja okolinskih faktora. Emocionalna interakcija majke i djeteta je važan motivacijski faktor za komunikaciju, a time i za svladavanje govora i jezika kao sredstva komunikacije (Bishop i Adams, 1992.; Bishop, 2006.). Bili smo znatiželjni da li bi emocionalna kompetencija (EK) majke, koja odražava i njene komunikacijske vještine, mogla imati važnu ulogu u razvoju govora i jezika kao i emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja u djece s posebnim jezičnim teškoćama.

Stoga smo smatrali da bi istraživanje povezanosti emocionalne kompetencije majki, razumijevanja govora i određenih emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja predškolske djece na Achenbachovim ljestvicama CBCL i C-TRF mogao biti određen doprinos u otkrivanju i razumijevanju kako kliničke slike djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), tako i poboljšanja njihove rehabilitacije.

Dakle, istražili smo kakva je emocionalna kompetencija majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i ispitali međuodnos emocionalne kompetencije majki s govorno-jezičnim razvojem općenito i posebno s razumijevanjem govora djece s PJT. Također smo ispitali međuodnos tri komponente emocionalne kompetencije majki (prepoznavanje, izražavanje i upravljanje emocijama) s emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama. Isto tako nas je zanimalo da li su neke od emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja povezane s razumijevanjem govora kod djece s posebnim jezičnim teškoćama. Nadalje, istražili smo da li je skupina djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) zaista različita skupina od neurorizične djece (NRD) po emocionalnim teškoćama/teškoćama

ponašanja. Naime, djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju u svojoj anamnezi također neurorizičnih faktora, te smo željeli utvrditi da li se skupine djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD) zaista razlikuju jedna od druge i od skupine djece urednog razvoja (DUR) u emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja.

Našli smo da je majčina emocionalna kompetencija, odnosno jedan njezin faktor, majčino *izražavanje emocija* (IE) značajno slabije kod djece s posebnim jezičnim teškoćama, a povezano je kako s jezičnim razvojem (razumijevanjem govora) kod djece s PJT, tako i s često prisutnim pervazivnim razvojnim teškoćama i teškoćama pažnje/hiperaktivnosti.

Tijekom rasprave osvrnut ćemo se detaljnije na rezultate istraživanja, ali i na razlike u procjenama djece između različitih procjenjivača i raspraviti o mogućim pokazateljima. Za procjenu emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja, koristili smo Achenbachove: sindromske ljestvice, koje izdvajaju osam sindroma; ljestvice orijentirane prema DSM V kriteriju ocjenjivanja, koje izdvajaju pet sindroma; te ljestvice internaliziranih i eksternaliziranih teškoća; kao i sveukupan rezultat kako bi što detaljnije mogli analizirati eventualne razlike u procjenama kod različitih procjenjivača.

6.1. Emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) u usporedbi s djecom urednog razvoja (DUR)

Achenbachove sindromske ljestvice

Prema procjenama majki (CBCL), na Achenbachovim sindromskim ljestvicama (tablica 2), pokazalo se da su djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) emocionalno reaktivnija, anksiozno-depresivnija, povučenija, imaju više teškoća pažnje, agresivnosti i više drugih (ostalih) teškoća od djece urednog razvoja, ali nemaju više somatskih tegoba i teškoća spavanja.

Prema procjenama rehabilitatora (C-TRF), na Achenbachovim sindromskim ljestvicama, dobili smo da se ove dvije skupine djece ne razlikuju u somatskim tegobama, ali također ni u agresivnosti, dok na ostalim ljestvicama postoji statistički značajna razlika između djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece usporedne skupine. Djeca s posebnim jezičnim teškoćama su u procjenama rehabilitatora/odgajatelja emocionalno reaktivnija, anksiozno-depresivnija, povučenija, s većim teškoćama pažnje, te imaju više drugih (ostalih) teškoća.

Svrstavajući ove teškoće u dvije kategorije, također imaju više internaliziranih i eksternaliziranih teškoća i statistički značajno veći sveukupni rezultat.

Achenbachove ljestvice orijentirane prema DSM V

Na Achenbachovim ljestvicama orijentiranim prema DSM V također smo potvrdili učestalije pojavljivanje teškoća ponašanja u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) u odnosu na usporednu grupu djece urednog razvoja (DUR).

U majčinih procjenama (CBCL prema DSM V), djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju statistički značajno više afektivnih teškoća, pervazivnih razvojnih teškoća, teškoće pažnje/hiperaktivnosti i prkosa, ali ne i anksioznosti.

Prema rehabilitatorima/odgajateljima (C-TRF prema DSM V) u grupi s djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) učestalije su afektivne teškoće, anksioznost, pervazivne razvojne teškoće i teškoće pažnje/hiperaktivnost, ali ne i prkos.

Praćenjem radova u kojima se istražuju emocionalne teškoće/teškoće ponašanja na Achenbachovim ljestvicama, pokazuje se da različiti autori različito pristupaju strukturi teškoća ponašanja. Neki autori dijele emocionalne teškoće/teškoće ponašanja prema dobivenoj strukturi teškoća u Achenbachovim ljestvicama na osam sindroma, ili dva globalna (internalizirani i eksternalizirani) ili kao ukupan rezultat teškoće (Cornell i sur., 1994.; Zilber i sur., 1994.; Hannesdottir i Einarsdottir, 1995.; te Guerin i sur., 1997.) Na predškolskom uzrastu ljestvice CBCL i C-TRF koriste se za procjenu globalnih eksternaliziranih i internaliziranih teškoća (Guerin i sur., 1994.; Glaser i sur. 1997.; Cohen i Mannarino, 1996.; Goldberg i sur., 1997.; Leadbeater i Bishop, 1994.; Keenan i sur., 1998.; Laor, i sur., 1996.), dok se podjela na više subljestvica rjeđe koristi (Orlebeke i sur. 1998.; Schmitz i sur., 1994.). U Hrvatskoj je na predškolskom uzrastu napravljeno istraživanje (Brajša-Žganec, 2002.) na djeci od 3 do 7 godina starosti, na ukupno 506 djece, 265 djevojčica i 241 dječaka. Djeca su procjenjivana od oba roditelja CBCL ljestvicom, te od strane odgajatelja C-TRF ljestvicom. Praćeni su internalizirane i eksternalizirane teškoće. Koeficijent unutarnje pouzdanosti (Cronbach alfa) za ljestvicu eksternaliziranih teškoća za majke iznosi 0.89, za oca 0.88, a za odgajateljice 0.93. Koeficijent nutarnje pouzdanosti (Cronbach alfa) za ljestvicu internaliziranih teškoća za majku iznosi 0.79, za oca 0.76, a za odgajateljice 0.85.

Brajša-Žganec (2002.) je istražila korelaciju rezultata na ljestvici internaliziranih i ljestvici eksternaliziranih teškoća sa Marlowe-Crowne ljestvicom socijalne poželjnosti te utvrdila da

se socijalnom poželjnošću može objasniti tek 2.8% za majku i 4% za oca varijance kod internaliziranih teškoća, te 6% za majku i 9% za oca varijance eksternaliziranih teškoća.

Prema navedenom istraživanju roditeljske procjene ponašanja djece ne ovise u većoj mjeri o socijalnoj poželjnosti.

I u dosadašnjim istraživanjima ponašanja djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) uglavnom su korištene globalne ljestvice: internaliziranih i eksternaliziranih teškoća djece. Bez obzira koje ljestvice su primjenjivane, istraživanja stalno potvrđuju da skupina djece s govorno jezičnim teškoćama, odnosno skupina djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) ima više teškoća ponašanja od svojih vršnjaka urednog razvoja (Beitchman i dr., 1996.; Silva i dr., 1987.; Snowling i dr., 2006.; Yew, O’Kearney, 2013.). Sve češće se zaključuje da bi povećani broj teškoća u ponašanju mogao biti dio kliničke slike djece s PJT.

Usporedba procjena majki s rehabilitatorima/odgajateljima (razlike u t- testovima)

Usporedbom rezultata (t-testovi) djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i djece urednog razvoja (DUR) kao grupe, na obje Achenbachove ljestvice našli smo određene razlike u procjenama majki (CBCL) i rehabilitatora/odgajatelja (C-TRF).

Na sindromskim ljestvicama prema procjenama majki, djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) su agresivnija od djece usporednog uzorka (DUR), a što se ne pokazuje u procjenama rehabilitatora/odgajatelja. Djeca s posebnim jezičnim teškoćama su potpuno jednako procjenjena od oba procjenjivača po pitanju agresivnosti, ali majke djecu urednog razvoja procjenjuju manje agresivnom od njihovih odgajatelja u dječjem vrtiću (tablica 2). Slične pokazatelje smo dobili na ljestvicama orijentiranim prema DSM V, gdje su majke procijenile djecu s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) prkosnijom od djece urednog razvoja. Rehabilitatori/odgajatelji su procijenili obje skupine jednako prkosnima. Naime i ovdje su procjene majki i rehabilitatora djece s posebnim jezičnim teškoćama slične, dok odgajatelji u dječjem vrtiću djecu urednog razvoja procjenjuju prkosnijom nego majke doma (tablica 3 i tablica 4). Također, na ljestvicama orijentiranim prema DSM V nalazimo razlike u procjenama majki i rehabilitatora/odgajatelja u procjenama anksioznosti. Za rehabilitatore djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) su anksioznija od djece urednog razvoja, dok majke ne primjećuju tu razliku (tablica 3 i tablica 4).

Izgleda kao da se radi o problemima s instrumentom zbog neslaganja procjenjivača iste djece u svojim procjenama. Međutim, razlike u procjenama koje su se javile u našem istraživanju su u skladu s dosadašnjim istraživanjima (Zahner i Daskalakis, 1998.; Deng i sur., 2004.; Kerr i sur., 2007.).

Iako se određene razlike mogu dobiti uslijed subjektivnosti procjenjivača, Achenbach smatra da to neslaganje daje važnu informaciju za dijagnostiku djece predškolske dobi. Različite procjene prije ukazuju na slojevitost problema. Emocije, pa zato i ponašanje djeteta, u toj ranoj dobi uvelike ovise o odnosu s odraslom osobom. Zato neki autori za djecu tog uzrasta preferiraju upotrebu razvojnog modela u odnosu na medicinski model dijagnoze (Achenbach, 2000.; Wenar, 1994.). Ponašanje i emocije djeteta te dobi ovise o odnosu sa važnom odraslom osobom pa je za očekivati da se dijete drugačije osjeća i ponaša s majkom kod kuće i s rehabilitatorom/odgajateljem u ustanovi.

Razlog povećane anksioznosti djece u rehabilitaciji može proizlaziti zbog kontinuiranih izazova koji su pred njima za vrijeme rehabilitacije. Izazovi koji se postavljaju pred djecu s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) su puno veći nego kod kuće. Slobodne igre je znatno manje nego što je imaju djeca kod kuće, što je frustrirajuće za dijete predškolskog uzrasta. Djeca su također često podvrgnuta pregledima i procjenama, koja traju znatno duže od mogućnosti trajanja pažnje djeteta urednog razvoja pa to može kod neke djece izazvati određeni nivo anksioznosti.

Pokazalo se da su djeca urednog razvoja i prkosnija, kao i agresivnija u dječjem vrtiću nego doma što je normalno obzirom da su u vrtiću više izložena interakcijama s drugom djecom. Na ponašanje djeteta ne utječe samo odnos već i situacija u kojoj se nalazi. Rehabilitacijska situacija je po mnogočemu specifična, odnosno različita u odnosu na situaciju u kući. Prema tome ovdje bismo prkos i agresivnost trebali promatrati kao razvojnu pojavu, a ne nužno kao psihopatološku pojavu.

Skupina djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) kasni u govorno jezičnom razvoju u odnosu na neverbalni kognitivni razvoj, a često kasni i u emocionalnom sazrijevanju. Stoga je prkos kod neke od te djece može biti dio normalnog razvojnog ciklusa. Za dvogodišnjaka normalnog razvoja, koji se još ne zna dobro verbalno izražavati, prkos je razvojna faza. Djeca nerazvijenog govora ne mogu verbalno riješiti konflikt i izraziti frustraciju, te će koristiti prkos kao način komunikacije s okolinom. Vigotsky, ali i Piaget objašnjavaju nezrelost u odnosima s drugima (socijalna nezrelost, agresivnost, prkos i dr.) nedostatkom unutarnjeg

govora, kao načina rješavanja frustracije unutar sebe. Djeca s posebnim jezičnim teškoćama se pokazuju prkosnijima u procjenama majki od djece urednog razvoja što može biti potreba djeteta da kreira svoj vlastiti prostor, što Winnicott naziva "potential space". Roditeljski pristup je ponekad emocionalno neprimjeren razvojnoj dobi djeteta. Roditelji ponekad traže da dijete bude samostalnije nego što je ili umanjuju njegove mogućnosti i prezaštićuju ga. Na takve situacije dijete može reagirati prkosom ili agresivnošću, posebno ako je nezrelije, te treba naći pravu mjeru u odnosu s djetetom koju Winnicott naziva "dovoljno dobra majka" (1965.). Također, djeca s posebnim jezičnim teškoćama kasne u emocionalnom razvoju pa prolaze one razvojne faze koje su djeca urednog razvoja već prošla.

Dugoročno gledano, ove reakcije djece nedovoljno razvijenog govora mogu voditi u dva smjera. S jedne strane prkos djeteta, a s druge strane agresivnost, može biti poticaj roditelju da pronade bolje načine odnosa s djetetom, te adekvatno odgovori na uzrok djetetovog ponašanja. Ukoliko nema adekvatnog odgovora na ponašanje, djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju povećani rizik za kasniju psihopatologiju. Stoga, iako smo na Achenbachovim ljestvicama dobili da djeca s PJT imaju više teškoća gotovo na svim ljestvicama, problematična ponašanja ovdje nisu utvrđena u smislu dijagnoze i ne moraju nužno upućivati na dijagnozu, već se utvrđuju prije u smislu rizika za kasniju psihopatologiju (Achenbach i Rescorla, 2000.). Razvojni model u dijagnosticiranju ostavlja prostor za promjenu kod djece, ali uključuje i potrebu angažmana roditelja.

Stupanj slaganja procjena (korelacije) različitih procjenjivača; majki (CBCL) s rehabilitatorima/odgajateljima (C-TRF) istog uzorka.

Usporedili smo slaganje roditelja i odgajatelja u procjeni istog djeteta, a u oba uzorka (tablica 5). Procjenjivači djece s posebnim jezičnim teškoćama (majke i rehabilitatori) su se slagali u procjenama na ljestvici povučenosti, teškoća pažnje i agresivnosti. Ovaj podatak nam pokazuje se da su te osobine stabilnije, posljedica teškoća koje idu uz posebne jezične teškoće i vjerojatno posljedica slabije maturacije djeteta. Procjene majki i reahabilitatora su se razlikovale na ljestvicama emocionalne reaktivnosti, anksioznosti/depresivnosti, somatskih tegoba, te drugih (ostalih) problema. To se može protumačiti da se radi o osobinama ili teškoćama koje ovise o odnosu s okolinom i kontekstu situacije, te se radi o razvojnim emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja.

Veće slaganje među procjenjivačima (majki i odgajatelja) smo dobili za djecu urednog razvoja. Slaganja kod njih su prisutna na svim ljestvicama osim u agresivnosti i u eksternaliziranim teškoćama.

To se može objasniti time što ova djeca nemaju teškoća, a i odnos s odgajateljem sličniji je odnosu s majkom, nego odnos s rehabilitatorom. Dijete se u vrtiću igra, kao i kod kuće. Agresivnost djeteta koja se procjenjuje višom u vrtiću, ovdje može biti reaktivna. U skupini djece, dijete se uobičajeno bori za svoje mjesto i ponekad ulazi u konflikt s drugom djecom, što nije često slučaj u obitelji. Ova razlika u procjeni vrtićke djece vjerojatno je posljedica različitosti konteksta situacije vrtića i kuće.

Usporedbom Achenbachovih podataka o slaganju procjenjivača s našim podacima, našli smo određene razlike. Achenbach, Mc Conaughy i Howell nalaze da stupanj slaganja između procjena roditelja i odgajatelja na uzorku djece redovnog vrtića iznosi 0,41 (1987.). Stupanj slaganja na našem uzorku djece urednog razvoja je nešto niži, ali još uvijek sličan Achenbachovom i iznosi $r = 0,33$. Slaganje procjenjivača na uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) je znatno niže, a iznosi $r = 0,17$. Prve analize slaganja između procjena roditelja i odgajatelja na djeci s teškoćama u ponašanju na starijoj djeci su pokazivale korelaciju od 0,27 između CBCL i C-TRF (Achenbach, Mc Conaughy i Howell, 1987.). Kasnije studije pokazuju slične rezultate (Kolko i Kazdin, 1993; Wolraich, Lambert i Bickman, 2004.), ali je bilo i različitih rezultata (Sourander i Piha, 1997.).

Niži stupanj slaganja procjenjivača za djecu s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) ponovo govori o važnoj ulozi odnosa i konteksta situacije u ponašanju djeteta. Upravo zbog toga, Achenbach je ostavio mogućnost višestrukih procjena kako se o djetetovom razvoju ne bi zaključivalo samo promatranjem u jednoj situaciji. U slučaju kad različiti izvori govore o različitim promjenjivim ponašanjima Achenbach smatra da se ne radi nužno o neslaganju u procjenama već se može zaključiti da je djetetovo ponašanje ovisno o specifičnosti svake situacije, osim ako se izuzetno radi o pristranom promatraču (Achenbach, 1991; Achenbach, Mc Conaughy i Howell, 1987.). Istraživanja pokazuju da stres kod majke može povećati procjene u eksternaliziranim teškoćama u odnosu na odgajatelje (De Los Reyes i Kazdin, 2004; Kolko i Kazdin, 1993.), dok se to u drugim studijama ne potvrđuje (Berg-Nielsen i dr., 2012.). Majčina depresivnost također se povezuje s povećanim procjenama teškoća ponašanja u odnosu na odgajatelje i učitelje (De Los Reyes i dr., 2008; Berg-Nielsen, Vikan i Dahl, 2003; Chi i Hinshaw, 2002.) jer doživljava djetetovo ponašanje negativnije od ostalih (Crnic, Gaze i Hoffman, 2005.). U jednoj studiji se navodi da razlog neslaganja u procjenama roditelja i učitelja mogu biti i osobine učitelja (Zahner i Daskalakis, 1998.). U literaturi se nalazi da su roditeljske procjene bolji prediktori za buduće dijagnoze, nego procjene odgajatelja. A slaganje oba procjenjivača na ljestvici ukupnih teškoća ukazuje da je djetetu potrebna profesionalna pomoć (Ferdinand i dr., 2003; Verhulst, Koot i van der Ende, 1994.).

6.2. Emocionalna kompetencija majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i majki djece urednog razvoja

Ukupni rezultat na ljestvici emocionalne kompetencije kod majki djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) je niži nego kod majki djece urednog razvoja. Iako oba uzorka majki jednako dobro upravljaju emocijama i percipiraju emocije, majke djece s posebnim jezičnim teškoćama su slabije u *izražavanju emocija*.

Iako ne znamo što je uzrok ove povezanosti, emocije daju govoru važnost koja potiče dijete na komunikaciju i olakšava mu razumijevanje. Nađeno je da su djeca u dobi od pet godina veoma vješta u tumačenju niza emocionalnih znakova koje dobivaju kroz vokalne signale (Sauter, Panattoni i Happè, 2013.). Ovaj podatak govori da je za djecu važno da osobe s kojima komuniciraju unose emocije u govor jer djeca dobro dekodiraju emocije, a time se bolje motiviraju za komunikacijski proces.

Neke studije imaju za cilj istražiti majčin utjecaj na proces razvoja jezika. Tako Pessoa istražuje majčinu afektivnu interakciju i emocionalnu ekspresiju s djetetom u njegovoj ranoj dobi (2008.). Pokazalo se da je majčina afektivna interakcija s bebom duža u dobi od pet mjeseci nego u dobi kad je beba godinu dana. Tada majke u interakciju sve više uključuju podučavanja djeteta što pokazuje da majke imaju osjetljivost za razvojnu ljestvicu beba (Bornstein, Tal i Rahn, 1992.). U ranoj dobi djeteta afektivnost i emocionalna ekspresija majki su važan medijator kako za emocionalni tako i za razvoj jezika. Majke intuitivno prilagođavaju svoje ponašanje prema jezičnom razvoju njihove djece, kako bi svratile djetetovu pozornost na sebe, na ono što govore i na okolni kontekst.

Zbog toga nije neobično da djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju majke koje slabije izražavaju emocije. Dosadašnja istraživanja vezano uz djecu s posebnim jezičnim teškoćama nisu bila usmjerena na roditeljsku emocionalnu kompetenciju. Kod djece s posebnim jezičnim teškoćama Beck i sur. istražuju emocionalnu kompetenciju djeteta i povezanost s njegovom jezičnom kompetencijom (2012.), ali se dosadašnja istraživanja uglavnom odnose na emocionalne teškoće. U potrazi za uzrocima teškoća u ovoj specifičnoj grupi djece u zadnjem desetljeću znanstvenici su uglavnom istraživali genetske uzroke, a istraživanja okolinskih faktora su znatno reducirana. Kako je emocionalna kompetencija noviji konstrukt, do sada nije bilo istraživanja međudnosa roditeljske emocionalne kompetencije i posebnih jezičnih teškoća kod djece.

6.3. Razumijevanje govora i emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Uzorak djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) značajno odstupa u razumijevanju govora za 2,27 standardne devijacije u odnosu na usporedni uzorak (tablica 7). Dobili smo veće raspršenje rezultata kod djece s posebnim jezičnim teškoćama što je također očekivano za ovu skupinu djece. Naime u skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama mogu se naći i djeca s urednim razumijevanjem, kao i djeca s manjim ili većim teškoćama razumijevanja. Potvrdilo se i da je manji postotak djece urednog razumijevanja govora u granicama nižeg prosjeka.

Aritmetička sredina usporednog uzorka vrlo je slična aritmetičkoj sredini populacije na kojoj je standardiziran Reynellov test razumijevanja govora (engleske norme), što potvrđuje opravdanost upotrebe prevedene forme testa uz engleske norme (Reynell, 1985.). Test zahtjeva od djece razumijevanje naredbe i očito, bez obzira na govorno područje, djeca prolaze kroz jednaki razvojni proces razumijevanja govora.

U usporednom uzorku, prije selekcije, smo našli 6,5% djece koja imaju uglavnom blaži deficit razumijevanja govora. Ovo je sličan podatak Tomblinovog nalaza 7% prevalencije djece s posebnim jezičnim teškoćama (1997.).

Ovo istraživanje potvrdilo je povezanost teškoća u razumijevanju govora, koje je važna komponenta posebnih jezičnih teškoća, sa teškoćama pažnje/hiperaktivnosti (CBCL i C-TRF) i pervazivnim razvojnim teškoćama (CBCL). Iako dobivene korelacije razumijevanja govora i pažnje/hiperaktivnosti, te razumijevanja govora i pervazivnih razvojnih teškoća nisu visoke, korelacije su značajne na razini rizika od 5%.

U usporednom uzorku djece iz redovnog vrtića postoji također povezanost slabijeg razumijevanja govora i povećanih teškoća afektivnosti. Prije istraživanja u usporednom uzorku ni jedno dijete nije bilo prepoznato kao dijete s teškoćama razumijevanja govora, a tijekom istraživanja smo kod nekih dijagnosticirali snižene sposobnosti razumijevanja. Može se pretpostaviti da su povećane teškoće afektivnosti posljedica toga što okolina nije prepoznala teškoće razumijevanja, a postoje očekivanja da dijete uredno participira u komunikaciji i zahtjevima. Pretpostavljamo da je ne prepoznavanje djetetovih jezičnih teškoća dovelo kod djeteta do povećanih afektivnih teškoća. Za dijete koje ne razumije dobro

zahtjev, za očekivati je da ima povećanu afektivnu reakciju. Kroz sustavnu edukaciju odgajatelja i roditelja u redovnim vrtićima mogao bi se izbjeći ovaj problem.

Reducirana regresijska analiza nam otkriva 7,3% udjela teškoća pažnje/hiperaktivnosti u kompleksnom deficitu koji nazivamo razumijevanje govora ili receptivnim govorom.

6.4. Emocionalna kompetencija majki i razumijevanje govora kod predškolske djece

Regresijskom analizom smo našli povezanost *izražavanja emocija* majki s *razumijevanjem govora* djece obje skupine zajedno, u ukupnoj varijanci od 13,4%. Ovaj nalaz pokazuje da je majčino izražavanje emocija u određenoj mjeri važno u razvoju intelektualnih funkcija kao što je razumijevanje govora. Već smo govorili o nađenim funkcionalnim povezanostima emocija s pamćenjem, pažnjom i dr. kognitivnim funkcijama na MRI (Deak, 2011.) te je stoga i ovaj nalaz zanimljiv.

Ovaj podatak ukazuje na važnost i potrebu da majka ima vještine *izražavanja emocija*, kako za djecu s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), tako i za djecu urednog razvoja. U prilog tome ide spontano prisutna majčina afektivnost u ranom govornom razvoju, koju nazivamo **majčinski govor**.

Emocije koje majka pokazuje djetetu motiviraju dijete da zadrži pažnju duže i da sudjeluje u komunikaciji. Nadalje, emocije unose zanimljivost i veći raspon dinamike i intonacije u govor što djetetu olakšava slušno razlikovanje i pažnju. Čini se da se to može povezati sa razumijevanjem govora. Majčinski govor se sastoji više u intonaciji (viši i niži tonovi), nego u riječima: povišena intonacija će privući djetetovu pažnju, smanjivanje intonacije dat će im sigurnost, a kratke odsječene poruke su signali zabrane.

Istraživanja Anne Fernald i njenih kolega pokazuju da roditelji u mnogim različitim kulturama koriste takav obrazac govora, a bebe takav govor razumiju čak i kad nisu iz njihovog govornog područja (Fernald i sur., 1989.).

6.5. Emocionalna kompetencija majki i emocionalne teškoće/teškoće ponašanja

6.5.1. U grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT)

Nađene korelacije u kliničkoj skupini ukazuju da su djeca s posebnim jezičnim teškoćama, čije majke slabije *upravljaju emocijama*, emocionalno reaktivnija i anksioznija/depresivnija. Takva povezanost je razumljiva jer roditelj koji slabije upravlja svojim emocijama, npr. agresivnošću povećat će emocionalnu reaktivnost djeteta, bilo da će i ono samo odgovoriti agresivnošću imitirajući obrazac ili tako da će se povući u sebe uz osjećaj anksioznosti/depresivnosti. Takšić, Jurin i Cvenić nalaze da se ljestvica *upravljanja emocijama* pokazala prediktorom zadovoljstva životom (2001.). U istraživanju Aras i dr. majke djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) procjenjuju svoju kvalitetu života nižom (eng. health-related quality of life) od majki djece normalnog razvoja (2014.). Dakle, majke djece s posebnim jezičnim teškoćama koje slabije upravljaju emocijama vjerojatno su i manje zadovoljne životom, što bi moglo još bolje objasniti emocionalnu reaktivnost i anksioznost/depresivnost djeteta.

U istraživanju Bersona i sur. na autističnoj djeci pokazalo se da je roditeljsko izražavanje emocija značajan prediktor dječje socijalne kompetencije, ali ne i problema u ponašanju (2011.).

6.5.2. U grupi djece urednog razvoja (DUR)

Našli smo značajnu povezanost percepcije emocija kod majki djece urednog razvoja s teškoćama spavanja kod djece (tablica 32). Pretjerana percepcija djetetovih emocija, može ukazivati na pretjeranu majčinu fokusiranost i brigu za dijete, ali i obrnuto da dijete zahtjeva više pažnje od majke koju ispoljava odbijanjem odlaska na spavanje ili zahtjevanjem da majka bude noću pored njega. Isto tako, problemi spavanja kod djeteta koji su povezani često sa buđenjem noću ili strahovima, može izazvati intenzivniju majčinu budnost i percepciju djetetovih emocija.

Interesantno je da u grupi s djece s posebnim jezičnim teškoćama majčina *percepcija emocija* nije povezana sa teškoćama spavanja, dok je u skupini djece urednog razvoja povezana. Smatramo da je u odnosu sa djetetom važan optimum usmjerenosti na dijete (da se postigne ravnoteža poticaja i samostalnosti) a time i percepcije emocija. Čini se da djeca s posebnim jezičnim teškoćama koja su povučenija možda i ne traže za sebe pažnju na spavanju ili ne dobivaju zbog slabijeg majčinog kapaciteta.

Također smo našli povezanost slabijeg *izražavanja emocija* kod majki djece urednog razvoja sa *povučenostu* djeteta. Dijete može imitirati majčin način i/ili stjecati naviku rješavanja izazova povlačenjem ili s majkom postoji genetska sličnost. Isto tako majka povučenog djeteta može poštivati djetetov način funkcioniranja i usklađivati se s njim.

6.5.3. *Kanonička korelacija između faktora emocionalne kompetencije majke i varijabli koje se odnose na djecu*

Postupkom kanoničke korelacije potražili smo zajednički faktor koji povezuje dvije grupe varijabli; grupu varijabli koje se odnose na djecu i grupu varijabli koje se odnose na pojedine faktore majčine emocionalne kompetencije. Varijable koje se odnose na djecu su: razumijevanje govora, afektivne teškoće, anksioznost, pervazivne razvojne teškoće, teškoće pažnje/hiperaktivnost i prkos. Varijable koje se odnose na majku su: percepcija emocija, izražavanje emocija i upravljanje emocijama.

Našli smo jedan značajan kanonički faktor koji je visoko koreliran s razumijevanjem govora djece, a negativno koreliran s pervazivnim razvojnim teškoćama i teškoćama pažnje/hiperaktivnosti.

Izdvojeni kanonički faktor visoko korelira u drugoj grupi varijabli s *izražavanjem emocija*, a značajna je i korelacija s percepcijom emocija, dok s upravljanjem emocijama nema značajne korelacije. *Čini se da su u određenoj mjeri isti neurorazvojni procesi dismaturacije djeteta u pozadini razumijevanja govora, pažnje/hiperaktivnosti i pervazivnih razvojnih teškoća, a koji su u određenoj mjeri povezani s majčinim izražavanjem emocija.*

6.6. Emocionalne teškoće/teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i kod neurorizične djece (NRD)

Obzirom da djeca s posebnim jezičnim teškoćama imaju u svojoj anamnezi i neurorizičnih čimbenika željeli smo razjasniti sličnosti i razlike djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD) u njihovom ponašanju.

Iako se ponašanje neurorizične djece slabije istražuje nego ponašanje djece s PJT, ipak meta-analize pokazuju da se u većini studija neurorizične djece pronalazi također povećani broj problema u ponašanju, podjednako internaliziranih i eksternaliziranih (Butta i sur, 2002.).

Naši rezultati pokazuju da grupa djece s posebnim jezičnim teškoćama ima statistički značajno više teškoća u ponašanju od neurorizične djece na svim CBCL ljestvicama (prema DSM V), osim na ljestvici anksioznosti (tablica 36). Također smo uspoređivali ove dvije kliničke skupine s djecom urednog razvoja (DUR). Pokazalo se da djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju značajno više teškoća na svim ljestvicama osim u anksioznosti, dok grupa neurorizične djece (NRD) ima značajno više problema od djece urednog razvoja (DUR) samo u pervazivnim razvojnim teškoćama.

Rezultati našeg istraživanja mogli bi ići u prilog dosadašnjim nalazima. Povećani broj teškoća u ponašanju kod djece s posebnim jezičnim teškoćama u skoro svim područjima ponašanja u usporedbi s neurorizičnom djecom i djecom urednog razvoja mogao bi značiti da su te **teškoće ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama dio njihove kliničke slike**. Bitno je napomenuti da se pokazalo da djeca s posebnim jezičnim teškoćama kao grupa imaju klinički značajno povišen rezultat ($T > 65$; > 93 centila) prema Achenbachu na ljestvici pervazivnih razvojnih teškoća ($M = 65,41$; $SD = 15,22$), dok su ostali rezultati u granicama normale. Ponašanja koja su kriterij za pervazivne razvojne teškoće su: povučенost, slabije druženje s vršnjacima, uznemirenost kod promjene i strah od isprobavanja novog, izbjegavanje kontakta očima, slabije razumijevanje i problemi u govoru, slabije odgovaranje na poticaje, slabije uzvrćanje i pokazivanje osjećaja, samoozljeđivanje te čudno ponašanje.

U kliničkoj slici djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), često se javljaju brojni simptomi prevazivnih razvojnih teškoća iako djeca ne zadovoljavaju kriterije za tu dijagnozu. U našem istraživanju, 44% djece s posebnim jezičnim teškoćama pred polazak u školu ima klinički visok rezultat ($T > 65$) na Achenbachovoj CBCL ljestvici pervazivnih razvojnih teškoća prema DSM V. Naglašene teškoće iz pervazivnog razvojnog spektra, a koje nisu dijagnostički potvrđene od strane psihijatra kao dijagnoza, često su prisutne u kliničkoj praksi

kod djece predškolske dobi s posebnim jezičnim teškoćama. To je u skladu sa autorima koji zagovaraju stajalište da **temeljni deficiti u autizmu predstavljaju kontinuitet, a ne krutu kategoriju** (Bishop, 1989.; Brook i Bowler, 1992.). U ovom istraživanju se pokazalo da bi se **pervazivne razvojne teškoće mogle smatrati dijelom kliničke slike posebnih jezičnih teškoća**. Neki navode da su posebne jezične teškoće u ranoj dobi mogući prediktor za kasnije pervazivne teškoće (Eisenmayer i dr., 1998.).

U grupi neurorizične djece (NRD) djece 17,1% ima klinički visok rezultat na ljestvici pervazivnih razvojnih teškoća, što je također značajno više u usporedbi s djecom iz redovnog vrtića. U skupini neurorizične djece bilo je 47% prematurusa, slično kao i u grupi djece s posebnim jezičnim teškoćama gdje ih je 44%. Grunau i sur. u svojim istraživanjima nalaze značajno povišenu povučenost kod prerano rođene djece (2004.). Povučенost je jedan od osnovnih simptoma kod pervazivnih razvojnih teškoća.

Kod prerano rođene djece često su prisutne teškoće izvršnih funkcija, npr. slabije preusmjeravanje pažnje (Aarnoudse-Moens i sur., 2009.), što može otežati prilagođavanje na nove situacije. Isti simptom je karakterističan i za pervazivne razvojne teškoće. Izvršne funkcije su bitne u regulaciji djetetovog kognitivnog funkcioniranja, vanjskog ponašanja (eng. overt behaviour), emocionalne kontrole i socijalne interakcije (Anderson, 2002.; Gioia, Epsy i Isquith, 2003.). Kako se simptomi preklapaju, potrebna je dobra diferencijalna dijagnostika kako bi se prepoznalo koja je dijagnoza primarna.

Teškoće pažnje, sa ili bez hiperaktivnosti, također su česti kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT). U našoj skupini djece s PJT pred polazak u školu 24% djece ima klinički značajne teškoće pažnje/hiperaktivnosti. Ovaj podatak je u skladu s drugim autorima koji su pronašli veći broj djece sa teškoćama pažnje/hiperaktivnim simptomima u skupini djece s posebnim jezičnim teškoćama (Snowling i dr., 2006.). U grupi neurorizične djece bilo je 10,5% u kategoriji klinički značajnih teškoća pažnje/hiperaktivnosti. To se donekle razlikuje od nekih drugih studija, gdje su autori pronašli još veći broj teškoća iz domene ADHD (npr. Johnson, 2007.) ili pažnje. Moguće je da je u našem istraživanju stupanj neurorizičnosti blaži u odnosu na djecu iz dosadašnjih istraživanja.

Aarnoudse-Moens i sur. pronalaze kod prerano rođene djece značajnu prisutnost teškoća u ustrajnosti, radnom pamćenju, preusmjeravanju pažnje, otpornosti na distrakcije i inhibiciji (2009.). To je još jedno područje preklapanja simptoma djece s posebnim jezičnim

teškoćama, neurorizične djece, djece s ADHD-om i s pervazivnim razvojnim teškoćama. Zbog toga je moguće njihovo slabije razlikovanje, kako od strane roditelja, tako i stručnjaka.

Prepoznavanje simptoma djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) i neurorizične djece (NRD) je dodatno otežano zbog činjenice da se ista ponašanja koja su karakteristična za normalni razvoj djece predškolske dobi smatraju teškoćama ako su prisutna u većem intenzitetu. Tako se smatra normalnim i prihvatljivim da svako predškolsko dijete; očekuje pažnju, ne može imati dugo koncentraciju, lako mu je povrijediti osjećaje, ne podnosi čekanje, sve želi odmah, ne može mirno sjediti. Ovih pet ponašanja smo pronašli kao najčešća i kod djece s posebnim jezičnim teškoćama i neurorizične djece, a također su najčešća i u Achenbachovom normativnom uzorku djece urednog razvoja.

I skupine prerano rođene djece i djeca s perinatalnim oštećenjima mozga imaju često oštećene verbalne funkcije poput razumijevanja govora i verbalne fluentnosti (Luu i sur., 2009.). Kod njih je također nešto slabija regulacija ponašanja, ali je na višem stupnju od djece s jezičnim teškoćama. Dakle, i kod njih bi jezik mogao imati važnu ulogu u regulaciji ponašanja, kao kod posebnih jezičnih teškoća, također više u smislu sporije maturacije, nego bazičnih kognitivnih deficita. Naši rezultati pokazuju da su neurorizična djeca (NRD) sličnija djeci urednog razvoja (DUR), dok se djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) više razlikuju od DUR, tj. imaju intenzivnije smetnje ponašanja i emocionalne teškoće (slika 18). Time naši nalazi ukazuju na važnu, ako ne i presudnu ulogu jezika i govora u regulaciji ponašanja i emocija što se slaže i s drugim autorima (Luria, 1973.; Vigotsky, 1983.; Barkley, 1997.).

Naime, sposobnost kontrole ponašanja djece je u sprezi s jezičnim razvojem. Istaknuti psiholog ranih tridesetih godina prošlog stoljeća, Piaget, iznosi teorije da se govor razvija prvenstveno kao sredstvo za izražavanje osjećaja i potreba. U ranom djetinjstvu jezik se koristi kao sredstvo komuniciranja, a tek na određenom stupnju razvoja (operacionalnom), govor i misao počinju se prožimati (1972.).

Vygotsky navodi da se samokontrola ostvaruje kroz proces unutarnjeg govora tijekom kojega se moguće posljedice nekog ponašanja važu i o njima se interno "raspravlja" (Vigotsky, 1983.), a pri tome pomaže djetetu i u regulaciji emocija. Npr. dijete si može ponavljati riječi koje je čulo od oca ili majke kako bi se smirio. Unutarnji govor omogućuje djetetu komunikaciju, unutarnje vodstvo, samoregulaciju i praćenje sposobnosti (Winsler, 2009.; Berk, 1999.), a Vygotsky navodi se da je unutarnji govor dio normalnog razvoja djeteta.

Dakle, postoji sprega emocija, govora, jezika i ponašanja. Djeca u dobi od dvije do sedam godina po Piagetu koriste egocentrični govor, odnosno govore naglas, iako taj govor nije nikome namijenjen (Piaget, 1962.). Kasnije, u školsko doba, taj se govor internalizira i postaje unutarnji govor (Vygotsky, 1986.). Internalizacijom govora počinje razvoj jezičnih sposobnosti. Tek razvijenim jezičnim sposobnostima može se uspostaviti samokontrola ponašanja. Iako se smatralo da ove teorije nisu dovoljno znanstveno potkrepljene, potvrđuju se i nadopunjuju rezultatima dobivenim u različitim istraživanjima razvojnih psihologa (Manning, 1991.; Winsler i sur., 1997.; Agres, 2012.). Tako i drugi potvrđuju da su djeca koja imaju razvijen unutarnji govor uspješnija u komunikaciji i rješavanju konflikata i zadataka (Azmitia i sur., 1992.; Bivens i Berk, 1990.; Lee, 1999.).

Istraživanja Guerina i Gotfrieda (1987.), te Bilac (1996.) povezuju verbalnu inteligenciju sa teškoćama neprilagođenog ponašanja, a Beitchman intenzivne jezične teškoće u predškolskoj dobi povezuje sa teškoćama socijalne kompetencije u školskoj dobi (1996.). Značajna istraživanja potvrđuju važnost izvršnih funkcija i u regulaciji cjelokupnog djetetovog funkcioniranja: kognitivnog, socijalnog i emocionalnog te nekih motoričkih i senzoričkih funkcija. Izvršne funkcije su presudne za svrhovito, cilju usmjereno ponašanje (Gioia, Epsy i Isquith, 2003.), a podrazumijevaju strateško planiranje, organizaciju, postavljanje ciljeva, rješavanje problema, inhibiciju, radno pamćenje i kognitivnu fleksibilnost (Anderson, 1998.; Fuster, 2002.; Temple, 1997.), ali neki autori uključuju u izvršne funkcije i empatiju, teoriju uma i emocionalnu regulaciju kao nužne komponente organizacije i izvođenja svrhovitog ponašanja (Kerr i Zelazo, 2004.).

Teškoće emocija, ponašanja i jezika u predškolskoj dobi pojavljuju se u intenzivnom razvojnom periodu. Neke teškoće su dio normalnog razvoja, neke su pojačane na razvojnom kontinuumu, a neke su patološke. Bez obzira na pojavnost i uzrok, trebamo ih promatrati kroz mogućnost rane intervencije i rehabilitacije. Neurološki sustavi za jezik i ponašanje su visoko plastični. Čak i kad postoji organska disfunkcija za neku teškoću, nove spoznaje o plastičnosti mozga sugeriraju da je rehabilitacija moguća do sedme godine pa i kasnije, sve dok se ne završi proces mijelinizacije (Kostović i dr., 2005.).

Naši rezultati mogli bi sugerirati nove zahtjeve u rehabilitaciji djece s jezičnim i govornim teškoćama. Diferencijalno-dijagnostička procjena kod ovih problema trebala bi se uz detaljnu procjenu ponašanja nadopuniti neuropsihološkom procjenom, koja uključuje procjenu izvršnih funkcija, što se nepotpuno i nesistematski radi u našoj kliničkoj praksi.

Bilać navodi da je kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) kao i kod neurorizične djece (NRD) potrebna neuropsihološka psihoterapija koja uključuje rehabilitaciju pažnje i izvršnih funkcija, te terapiju, odnosno trening socijalnih vještina, što je kod nas tek u začetku (Bilać, 2008.). Psihoedukativni rad psihologa s obitelji i stručnjacima koji rade s djetetom mogao bi se odnositi na razumijevanje djetetovog funkcioniranja, osvještavanje sposobnosti i teškoća djeteta. Naročito je važno prilagoditi se djetetovom razvojnem nivou, te usmjeravati cjelokupno ponašanje djeteta u svakodnevnom životu kako bi mu se *pomoglo u regulaciji ponašanja* (pravilno poticanje razvoja i primjereni odgojni poticaji, osobito u području komunikacije). Rezultati također sugeriraju potrebu rada na poticanju emocionalne kompetencije roditelja, posebno na vještinama izražavanja emocija.

6.7. Ograničenja ove studije

U odnosu na uzorke - djeca:

Uzorak djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) se razlikovao od usporednog uzorka po spolu. Unutar kliničke skupine bilo je preko 76% dječaka što je znatno veći broj dječaka nego djevojčica, ali što se slaže sa omjerima spolne zastupljenosti u rehabilitaciji. Čini se da su dječaci rizičnija skupina za posebne jezične teškoće. Nanova i sur. (2008.) ispituju spolne razlike u sazrijevanju mreže za procesuiranje slušnih informacija na djeci 7-10 godina koristeći metodu evociranih slušnih potencijala, a rezultati pokazuju da djevojčice ranije kognitivno sazrijevaju. Razlike u spolu također bi mogle utjecati na neka ponašanja kao agresivnost koja može biti povećana u skupini dječaka. Unutar usporednog uzorka podjednako je dječaka i djevojčica. U kliničkom uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) je bilo više rizičnih trudnoća, više prematurusa, kao i prenešenih trudnoća te više blažih perinatalnih problema. Također je bilo djece iz blizanačke trudnoće što u usporednom uzorku nije slučaj. Našli smo i razlike u obrazovanju roditelja, veće razlike kod majki, u korist usporedne skupine. Klinička skupina je imala manje jedinaca u obitelji i više od usporedne skupine troje ili više djece. Gledajući anamnestičke i demografske podatke našeg uzorka djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) vidimo da su vrlo šaroliki. Može se naći bioloških rizičnih čimbenika, kao i okolinskih. Naš uzorak odražava česte predmete diskusija među istraživačima. Tako Bishop, D.V.M. zaključuje da su posebne jezične teškoće poremećaji višestrukih osnovnih deficita i posljedica nepovoljnih razvojnih okolnosti (2006.),

a Locke također razmatra teoriju da je maturacija mozga kod jezičnog razvoja ovisna o genetskom programiranju, ali i pod utjecajem okoline (1994).

U odnosu na uzorke - majke: Ovo istraživanje nije obuhvatilo oba roditelja, nedostaju procjene očeva na CBCL ljestvicama. Brajša u svom istraživanju na preko 500 djece dobiva korelaciju između majki i očeva 0,57 za eksternalizirane i 0,49 za internalizirane probleme (2002.) što sugerira potrebu procjene oba roditelja. Ipak, ovaj nedostatak ne obezvrđuje naše istraživanje, tim više što smo povezanost razumijevanja govora, kao važnog simptoma posebnih jezičnih teškoća i teškoća pažnje/hiperaktivnosti dobili i u procjenama rehabilitatora/odgajatelja.

Ovo istraživanje nam također ne daje u potpunosti odgovor kako je emocionalna kompetencija oba roditelja povezana s djetetom. Uloge roditelja nisu više čvrsto podijeljene i očevi sve češće preuzimaju majčinsku ulogu u ranom djetinjstvu. Zato su isto tako važni za razvoj djeteta i u najranijem djetinjstvu pa bi bilo potrebno istražiti i međoodnos s očevom emocionalnom kompetencijom. Rezultati nam pokazuju potrebu da se povezanost emocionalne kompetencije roditelja i razvoja djeteta nastavi istraživati. Također bi trebalo istražiti i emocionalnu kompetenciju rehabilitatora i odgajatelja, s obzirom da zasigurno imaju određenu ulogu u djetetovom odrastanju i razvoju.

U odnosu na korištene instrumente:

Na kraju još treba napomenuti da sve pojedinačne ljestvice na CBCL i C-TRF nisu slijedile normalnu distribuciju na Kolmogorov-Smirnovom testu, te smo usporedno radili neparametrijsku statističku obradu. Izračunali smo osim Studentovog t-testa i Man Whitneyev U test i uz Pearsonov koeficijent korelacije, Spearmanovu korelaciju. Naši rezultati su ostali nepromijenjeni, osim što neparametrijskim testom dobivamo značajnu razliku među uzorcima i u percepciji emocija, na razini rizika manjoj od 5%. Neparametrijskom obradom dobili smo da je percepcija emocija, uz izražavanje emocija kod majki djece s posebnim jezičnim teškoćama niža od majki djece urednog razvoja. U regresijskoj analizi je zavisna varijabla - razumijevanje govora djece normalno distribuirana, te je bilo opravdano koristiti ovu metodu.

U cilju daljnjeg istraživanja mehanizama koji su povezani s problemima razumijevanja govora, bilo bi interesantno primijeniti i druge upitnike koji su namijenjeni mjerenju pažnje i hiperaktivnosti (ADHD test, Leiterov test), ispitati povezanost s drugim aspektima kognitivnog razvoja, ali i utjecaja okolinskih faktora.

6.9. Znanstveni doprinosi ovog istraživanja

Smatramo da se ovim istraživanjem:

1. Doprinijelo boljem razumijevanju posebnih jezičnih teškoća time što se utvrdila povezanost između razvoja govora i emocionalne kompetencije majki. Pokazalo se da postoji zajednički kanonički faktor koji je visoko povezan kako s majčinim izražavanjem emocija, tako i s razumijevanjem govora, ali je utvrđena i negativna povezanost s pervazivnim razvojnim teškoćama i teškoćama pažnje/hiperaktivnosti.
2. Regresijskom analizom se također utvrdila povezanost emocionalne kompetencije majki, u faktoru sposobnosti izražavanja emocija s razumijevanjem govora, a što potvrđuje pretpostavku da je izražavanje emocija bitno za razvoj govora i jezika kod sve djece.
3. Obzirom na dobivene rezultate izražavanje emocija majki kao jednog od važnih prediktora razumijevanja govora kod djece sugerira se kao segment rehabilitacije razvijati emocionalnu kompetenciju roditelja, naročito sposobnost izražavanja emocija.
4. Razvoj emocionalne kompetencije roditelja mogao bi doprinijeti efikasnosti rehabilitacije djece s posebnim jezičnim teškoćama.
5. Utvrdilo se da djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) u odnosu na neurorizičnu djecu (NRD) bez jezičnih teškoća imaju značajno više emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja. Neurorizična djeca su po svom ponašanju sličnija djeci urednog razvoja. Ovaj nalaz može ukazivati da neurorizični faktori nisu presudni za poremećaje ponašanja, već se oni mogu povezati s nedostatkom govorno jezičnih sposobnosti, odnosno sa slabijom maturacijom djeteta.
6. Utvrđeno je da su teškoće iz pervazivnog razvojnog spektra dio kliničke slike djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) iako nisu zadovoljeni uvjeti za postavljanje dijagnoze iz pervazivnog razvojnog spektra. To sugerira postojanje kontinuuma na pervazivnom razvojnom spektru.
7. Prethodni navodi ukazuju na potrebu timskog pristupa u rehabilitaciji djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), ali i potrebu kontinuirane edukacije stručnjaka koji rade s djecom s PJT kako bi integrirali praktična znanja o dječjem razvoju, razvoju emocija i ponašanja, njihovih teškoća, posebno znanja iz pervazivnog razvojnog spektra.

8. Aktivnim sudjelovanjem roditelja u rehabilitaciji djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) vjerujemo da se sudjeluje u ranoj prevenciji psihopatologije djece u njihovoj kasnijoj dobi.
9. Rezultati sugeriraju da se emocionalne teškoće/teškoće ponašanja koje se pojavljuju u ranoj djetetovoj dobi promatraju više kroz razvojni model u dijagnosticiranju, nego kao psihopatologiju. To ukazuje i nadalje nužnost psihoterapije djeteta i obitelji u slučaju teškoća.

7. ZAKLJUČCI

1. Potvrđeno je da djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) imaju više emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja od djece urednog razvoja, ali i od neurorizične djece, osim u anksioznosti. Neurorizična djeca sličnija su djeci urednog razvoja od djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT), iako su i u neke djece s posebnim jezičnim teškoćama prisutni rizični faktori.
2. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da majke djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) u odnosu na majke djece urednog razvoja (DUR) imaju sniženu *emocionalnu kompetenciju (EK)*, zbog toga što *slabije izražavaju emocije*, dok u percepciji i upravljanju emocijama ne odstupaju. Izražavanje emocija se pokazalo važnim za govorno-jezični razvoj sve djece, djece s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja.
3. Dobiveni rezultati statistički značajno povezuju razumijevanje govora prije svega s problemima pažnje/hiperaktivnosti, a i s pervazivnim razvojnim teškoćama na Achenbachovim ljestvicama.
4. Nađen je i jedan zajednički kanonički faktor koji visoko korelira s izražavanjem emocija kod majki djece s posebnim jezičnim teškoćama i isti faktor visoko korelira s razumijevanjem govora kod djece. Isti faktor negativno korelira s pervazivnim razvojnim teškoćama i teškoćama pažnje/hiperaktivnosti.
5. Može se zaključiti da su isti neurorazvojni procesi dismaturacije djeteta u pozadini jezičnih teškoća, pažnje/hiperaktivnosti i pervazivnih razvojnih teškoća, a koji su u djelomično povezani s majčinim izražavanjem emocija.
6. Prosječni grupni rezultat djece s posebnim jezičnim teškoćama na ljestvici pervazivnih razvojnih poteškoća je klinički značajan ($T > 65$, odnosno > 93 centila). Može se zaključiti da su simptomi pervazivnih razvojnih teškoća dio osnovne kliničke slike djece s posebnim jezičnim teškoćama.
7. Rezultati pokazuju da je za djetetov normalan razvoj djetetu važno *izražavati emocije*. Zbog toga je, u cilju poticanja razvoja govora i jezika kod djece s posebnim jezičnim

teškoćama (PJT) i prevencije razvojnih emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja, poželjno u rehabilitaciju djece s posebnim jezičnim teškoćama uključiti rad na razvoju *vještina emocionalne kompetencije roditelja*. Naročito je bitan rad na vještinama *izražavanja emocija*, posebno kod majki, kao važne figure privrženosti.

8. Razlike u procjenama djetetovog ponašanja između različitih procjenjivača impliciraju da djetetovo ponašanje ovisi o odnosima i poticajima okoline. Stoga probleme djece treba promatrati kroz razvojni model u dijagnosticiranju, a ne nužno kao psihopatologiju.

8. SAŽETAK

Ovim istraživanjem željelo se doprinijeti boljem razumijevanju govorno-jezičnih teškoća koje nazivamo posebnim jezičnim teškoćama (PJT). Željeli smo istražiti da li majke djece s posebnim jezičnim teškoćama imaju smanjenu emocionalnu kompetenciju i da li su pojedinačne dimenzije emocionalne kompetencije povezane s razumijevanjem govora i emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja kod djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT). Zanimalo nas je da li postoji međudnos između razumijevanja govora i pojedinih sindroma na ljestvicama emocionalnih teškoća/teškoća ponašanja. Također smo željeli utvrditi da li se skupina djece s posebnim jezičnim teškoćama razlikuje od skupine neurorizične djece po emocionalnim teškoćama/teškoćama ponašanja.

Klinički uzorak se sastojao od 97 predškolske djece s posebnim jezičnim teškoćama (od toga 23 djevojčice i 74 dječaka), a usporedni od 60 djece (34 djevojčice i 26 dječaka) urednog razvoja. Usporedna skupina neurorizične djece imala je 76 djece (53 dječaka i 23 djevojčice). Emocionalna kompetencija se mjerila upitnikom emocionalne kompetencije UEK-45. Emocionalne teškoće i teškoće ponašanja kod djece su procjenjivale majke i rehabilitatori, odnosno odgajatelji u redovnom vrtiću upotrebom Achenbachovih CBCL i C-TRF ljestvica.

Djeca s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) pokazuju više problema na Achenbachovim ljestvicama ponašanja od djece urednog razvoja, ali i od neurorizične djece koja su po ponašanju sličnija djeci urednog razvoja. Prosječni grupni rezultat na ljestvici pervazivnih razvojnih poteškoća djece s posebnim jezičnim teškoćama je klinički značajan ($T > 65$; > 93 centila). Čak 44% djece je imalo klinički značajan rezultat na navedenoj ljestvici, iako nisu zadovoljili kriterij za dijagnozu iz pervazivnog razvojnog spektra.

Može se zaključiti da su simptomi pervazivnih razvojnih teškoća dio osnovne kliničke slike djece s posebnim jezičnim teškoćama. Problemi pažnje/hiperaktivnosti i pervazivne razvojne teškoće su značajno negativno povezane s razumijevanjem govora kod djece s posebnim jezičnim teškoćama. Rezultati navode na zaključak da su u određenoj mjeri isti neurorazvojni procesi slabijeg sazrijevanja djeteta u pozadini jezičnih teškoća, pažnje/hiperaktivnosti i pervazivnih razvojnih teškoća. Zajednički kanonički faktor povezuje ove tri varijable kod djece s majčinim izražavanjem emocija.

Majke u kliničkom uzorku djece s posebnim jezičnim teškoćama slabije izražavaju emocije (IE) dok u prepoznavanju (PE) i upravljanju emocija (UE) nema razlike od majki djece urednog razvoja. Također se izražavanje emocija pokazalo važnim za govorno-jezični razvoj sve djece, s posebnim jezičnim teškoćama i djece urednog razvoja. Naime, majčino izražavanje emocija sudjeluje u razvoju razumijevanja govora. Našlo se da je slaba emocionalna regulacija majki povezana s emocionalnom reaktivnošću, anksioznošću i depresivnošću kod djece s posebnim jezičnim teškoćama.

Naši rezultati sugeriraju da bi u rehabilitaciju djece s posebnim jezičnim teškoćama (PJT) trebalo uključiti preventivni rad s roditeljima na izgradnji njihove emocionalne kompetencije, posebno na vještinama izražavanja emocija zbog međudnosa sa razvojem razumijevanja govora kod djece i njihovim teškoćama pažnje/hiperaktivnosti i teškoćama iz pervazivnog razvojnog spektra.

9. SUMMARY

Ana Gregl, PROBLEMS OF BEHAVIOUR IN PRESCHOOL CHILDREN WITH SPEECH AND LANGUAGE IMPAIRMENT AND EMOTIONAL COMPETENCE OF THEIR MOTHERS, dissertation, 2015

This research was meant to contribute to better understanding of speech and language impairment called specific language impairments (SLI). We wanted to explore whether mothers of children with specific language impairments (SLI) had reduced emotional competence and whether individual dimensions of maternal emotional competence were related to speech comprehension and emotional/behavioral problems in children. This research aimed to investigate speech comprehension and emotional/behavioral problems in SLI children. We were also interested whether children with SLI and children at risk were different in their emotional/behavioral problems.

The clinical sample comprised 97 preschool children (23 girls) with SLI, while the peer sample comprised 60 (34 girls) developmentally normal preschool children. Sample of neuro ristic children comprised 76 (23 girls) preschool children with normal language development. The emotional competence of mothers was evaluated using the Emotional Competence Questionnaire (ESCQ-45). Emotional and behavioral difficulties in children were assessed by mothers, speech therapists, and teachers using Achenbach's CBCL and CTRF scales.

Children with SLI had significant delays in speech comprehension and more emotional/behavioral problems than peers. In children with SLI, speech comprehension significantly negative correlated with scores on Attention Deficit/Hyperactivity Problems (CBCL and C-TRF), and Pervasive Developmental Problems scales (CBCL).

We found more problems in SLI children than in children „at perinatal risk“ except on the Anxiety Problems scale. On the Pervasive Developmental Problems scale, average scores for children with SLI were clinically significant ($T > 65$), while 44% of these children individually had clinically significant scores.

It is possible that, to a certain degree, the same neurodevelopmental process lies in the background of problems with speech comprehension, problems with attention and

hyperactivity, and pervasive developmental problems. Common canonical factor links these three variables in SLI children and mothers emotional expression.

Lower emotional competence was found in mothers of children with specific language impairments. Mothers in clinical and peer samples differed in their ability to express emotions, while there was no statistically significant difference in their ability to recognize and manage emotions. Poor emotional regulation in mothers was linked to increased emotional reactivity, anxiety and depressive manifestations in children with SLI, as well as to their speech comprehension.

Our findings suggest that, in addition to the rehabilitation of children with SLI, clinical practice should implement preventive work with parents to enhance their emotional competence.

Key words: specific language impairment, preschool children, emotional problems, behavioral problems, maternal emotional competence, CBLC and C-TRF scales

10. LITERATURA

Aarnoudse-Moens CSH, Smidts DP, Oosterlaan J, Duivenvoorden HJ, Weisglas-Kuperus N. Executive Function in Very Preterm Children at Early School Age. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37:981–93.

Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987; 101:213-232.

Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior profile*. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington 1983.

Achenbach TM. Assessment of psychopathology. In Sameroff A, Lewis M, Miller S (eds): *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd edition), Plenum 2000; 41-56.

Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. Burlington, VT 2000.

Ainsworth MDS. Attachment beyond infancy. *American Psychologist* 1989; 44: 709-716.

Albano AM, Detweiler MF. The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In Hofmann SG i Di Bartolo PM (Eds), *Social phobia and soicial anxiety: An intergration*. New York: Plenum Press 2001; 162-178.

Alexander FG. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. 2nd. ed., New York; London: Norton. 1987.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.

Anderson DJ, Williams S, McGee R i Silva PA. DSM III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 69-76.

Anderson P. Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychol* 2002; 8:71-82.

Anderson V. Assessment of executive function in children. *Neuropsychological Rehabilitation* 1998; 8:319-349.

Anisfeld E, Casper V, Nozyce M, Cunningham N. Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Dev* 1990; 61(5):1617-27.

Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014; 78:323-329.

Aslin RN, Smith LB. Perceptual development, *Annual Review of Psychology* 1988; 39: 435-73.

Asperger H. („Autistic psychopathy“ in childhood. In U. Frith (Ed. and Trans.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 37-92) Cambridge, England: Cambridge University Press. 1991 (Original work published 1944).

Azmitia M, Diaz RM, Berk LE. ed. *Private speech: From social interaction to self-regulation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1992; 101–122.

Baker L, Cantwell DP. Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders. *J Commun Disord*. 1982; 15(2):113-26.

Balter L, Spencer JH jr. Observation and theory in psychoanalysis: the self psychology of Heinz Kohut. *Psychanal*. 1991: 361-95.

Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977; 84(2): 191-215.

Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997; 121(1): 65-94.

Batshaw ML. *Children with Disabilities*, 5th edition. Brookes Publishing Company, Baltimore US, 2002.

Beates E. Comprehension and production in early language development. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1993; 58: 222-242.

Bee H. *Lifespan development*. New York: Harper Collins 1994

Beitchman JH, Hood J, Inglis A. Familial transmission of speech and language impairment: a preliminary investigation. *Can J Psychiatry* 1992; 37:151-156.

Beitchman JH, Nair R, Clegg M, Ferguson B, Patel PG. Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1986; 25:528-535.

Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M. Empirical classification of speech/language impairment in children. II Behavioral characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(1):118-23.

Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Walters H, Inglis A, Lancee W. Long-term consistency in speech/language profiles: II Behavioral, emotional and social outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35(6):815-25.

Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, Wild J, Ferguson B, Schachter D, Lancee W, Wilson B, Mathews R. Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37(8):961-70.

Bell-Dolan D, Brazeal TJ. Separation anxiety disorder, overanxious disorder and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1993; 2, 563-580.

Belsky J, Putnam S, Crnic K. Coparenting, parenting, and early emotional development. In: McHale JP, Cowan PA, editors. *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families. New directions for child development. Vol. 74.* San Francisco: Jossey-Bass; 1996; 45– 55.

Benson PR, Daley D, Karlof KL, Robison D. Assessing expressed emotion in mothers of children with autism. The Autism-Specific Five Minute Speech Sample. *Autism* 2011; 15:1 65-82.

Berg-Niesen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. Preschoolers' Psychosocial Problems: In the Eyes of the Beholder? Adding Teacher Characteristics as Determinants of Discrepant Parent-Teacher Reports. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43:393–413.

Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl AA. When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev* 2003; 29:207–213.

Berk LE. *Child Development.* Boston, Pearson Education 2006.

Berk LE. Children's Private Speech: An Overview of Theory and the Status of Research. In Llyod, P. *Critical Assessments: Thought and Language, Vol. II.* Taylor & Frances/Routledge. 1999; 33–70.

Bilać S. Relation between some cognitive variables and some aspects of maladjustment in pre-school children. *Rev Psychol* 1996; 3:55-58.

Bilać S. Intelektualne sposobnosti djece pred polazak u školu i uspjeh u njoj. *Paediatrica Croatica* 2008; 52 (3).

Bishop DVM, Edmundson A. Specific language impairment as a maturational lag: Evidence from longitudinal data on language and motor development *Developmental Medicine & Child Neurology* 1987; 29(4): 442-459.

Bishop DVM. Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries? *British Journal of Disorders of Communication* 1989; 24: 107-121.

Bishop DVM. What Causes Specific Language Impairment in Children? *Curr Dir Psychol Sci.* 2006; 15(5): 217–221.

Bishop DVM, Adams C. Comprehension Problems in Children With Specific Language Impairment. Literal and Inferential Meaning. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1992; 35: 119-129.

Bishop DVM, Norbury CF. Speech and language impairments. In Rutter M (ed): *Child and Adolescent Psychiatry.* Blackwells, 2008; 782-801.

Bivens JA, Berk LE. A longitudinal study of the development of elementary school children's private speech. *Merrill Palmer Quarterly* 1990; 36: 443-463.

Blandon A, Calkins SD, Grimm K., Keane SP, O'Brien M. Testing a developmental cascades model of emotional and social competence and early peer acceptance. *Development & Psychopathology* 2010; 22: 737-748.

Bleuler E. *Dementia Praecox or a group with the shizophrenias* (j. Zintkin, Trans.) New York: International Universities Press. 1950 (Original work published 1911).

Bloom L. Language acquisition in its developmental context. U:Kuhn D i Siegler R (Ur), *Handbook of Child Psychology, Vol. 2: Cognition, Perception and Language.* New York: Wiley, 1998; 309-370.

Bornstein MH, Tal J i Rahn C. Functional analysis of the contents of maternal speech to infants of 5 and 13 months in four cultures: Argentina, France, Japan, and United States. *Development Psycholog* 1992; 28(4): 593-603.

Botting N. Non-verbal cognitive development and language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46:317–326.

Botting N, Conti-Ramsden G. Pragmatic language impairment without autism, *Autism* 1999; 3(4): 371–396.

Botting N. Semantic-Pragmatic Disorder as a Distinct Diagnostic Entity: Making Sense of the Boundaries (a Comment on Boucher). *International Journal of Language and Communication Disorders* 1998; 33(1): 71–108.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 2 Separation, anxiety and anger.* London: Hogarth, 1973.

Bowlby J. *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment* (2nd ed.) New York: Basic Books, 1982.

Brajša-Žganec A. Roditeljske meta emocije i socio/emocionalni razvoj djece. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, FF, Odjel psihologije, Zagreb, 2002.

Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment: A construct revisited. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* New York: Guilford, 1999; 89-111.

Breton J, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St. Georges M, Houde L, Lepine S. Quebec Children Mental Health survey: Prevalence of DSM III- R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999; 40, 375-384.

Brook S, Bowler D. Autism by Another Name? Semantic and Pragmatic Impairments in Children. *J Autism Dev Disord* 1992; 22:61–81.

Brown R. *A first language, the early stages*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

Butta AT, Cleves MA, Casey PH, Craddock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002; 288:728-37.

Calkins SD, Fox NA. Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, Cambridge, MA: Harvard University Press 2002; 14:477–498.

Campos JJ, Barrett KC, Lamb ME, Goldsmith HH, Sternberg C. *Sociomental development* (Vol. 2) New York, Wiley, 1983.

Capone NC, McGregor KK. Gesture development: a review for clinical and research practices. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2004; 47: 173-186.

Carlson E, Sroufe LA. The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental processes and psychopathology: Volume 1. Theoretical perspectives and methodological approaches*. New York: Cambridge University Press. 1995; 581-617.

Carranza JA, Gonzales-Salinas C, Ato E. A longitudinal study of temperament continuity through IBQ, TBAQ and CBQ. *Infant Behav Dev* 2013; 36:749-61.

Carvey S. The Child as word learner. In M. Halle, J. Bresnan, & G.A. Miller (Eds.), *Linguistic theory and psychological reality*. Cambridge, M.A.: MIT Press. 1978; 265-293.

Case R. *The mind 's staircase: Exploring the conceptual underpinning of children's thought and knowledge*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1992

Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press, New York. 1999.

Chapman RS. Children's Language Learning: An Interactionist Perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41:33-54.

Chi TC, Hinshaw SP. Mother-child relationships of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30:387-400.

Ciarrochi JV, Chan AYC, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct, *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 539-561.

Cicchetti D. Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review* 1993; 13:471-502.

Clark EV. Meanings and concepts. In J. H. Flavell & E.M. Markman (Eds.), *Handbook of child psychology: Cognitive development* (Vol. 3), New York: Wiley, 1983; 787-840.

Clark EV. The principal of contrast: A constraint of language acquisition. In B. MacWhinney (Ed.), *Mechanisms of language acquisition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1987; 1-34.

Clark KE, Ladd, GW. Connectedness and autonomy support in parent- child relationships: links to children's socioemotional orientation and peer relationships. *Developmental Psychology*, 2000; 36: 485-498.

Clegg J, Hollis C, Mawhood L, Rutter M. Developmental language disorders - a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46 (2):128-149.

Chomsky N. *Aspects of a theory of syntax*. Cambridge, M.A: MIT Press. 1965.

Chomsky N. *Reflections on language*. New York: Pantheon Books. 1975.

Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 644-663.

Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 42-50.

Cornell DG, Delcourt, AB, Bland LC, Golberg MD, Oram G. Low incidence of behavior problems among elementary school students in gifted programs. *Journal for the Educations of the Gifted* 1994; 18(1): 4-19.

Costello EJ i Angold A. (1995). Epidemiology in anxiety disorders in children and adolescents. In J.S. March (Ed), *Anxiety disorders in children and adolescents*, New York, Guilford Press 1995; 109-124.

Crnic KA, Gaze C, Hoffman C. Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Inf Child Dev* 2005; 14:117-132.

Čeponiene R, Cummings A, Wulfeck B, Ballantyne A, Townsend J. Spectral vs. temporal auditory processing in specific language impairment: A developmental ERP study. *Brain and Language* 2009; 110: 107-120.

Deak A. Brain and emotion: Cognitive neuroscience of emotions. *Rev Psychol* 2011; 18:71-80.

De Los Reyes A, Kazdin AE. Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychol Assess* 2004; 16:330-334.

De Los Reyes A, Goodman KL, Kliwer W, Reid-Quiñones K. Whose depression relates to discrepancies? Testing relations between informant characteristics and informant discrepancies from both informants' perspectives. *Psychol Assess* 2008; 20:139-149.

Deng S, Liu X, Roosa MW. Agreement between parent and teacher reports on behavioral problems among Chinese children. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:407-414.

Denham SA, McKinley M, Couchoud EA, Holt R. Emotional and behavioral predictors of preschool peer ratings. *Child Development*. 1990; 61:1145-1152.

Deniz CB. History of research methods in private speech. Session presented at the annual meeting of the National Council on Measurement and Evaluation, Seattle, WA. 2001.

Dodge KA, Murphy RR, Buchsbaum K. The assessment of intention-cue detection skills in children - Implications for developmental psychopathology. *Child Development*. 1984; 55:163-173.

Dunbar HF. *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*, Random House, (New York), 1947.

Eisenmayer R, Prior M, Leekam S, Wing L, Ong B, Gould J, Welham M. Delayed language onset as a predictor of clinical symptoms in pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disorder* 1998; 28:527-33.

Fenson L, Dale PS, Reznick J, Bates E, Thal D, Pethick S. Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994; 59: 1-173.

Fenson L, Dale PS, Thal D, Bates E, Hartung S, Reilly JS. *Mac Arthur Communicative Development Inventory: users guide and technical manual*. San Diego, CA: Singular Publishing Company, 1993.

Ferdinand RF, Hoogerheide KN, van der Ende J, Visser JH, Koot HM, Kasius MC, Verhulst FC. The role of the clinician: three-year predictive value of parents' teachers' and clinicians' judgment of childhood psychopathology. *J Psychol Psychiatry* 2003; 44:867-876.

Fernald A, Taeschner T, Dunn J, Papousek M, De Boysson-Bardies B, Fukui I. A cross-

cultural study of prosodic modification in mothers' and fathers' speech to preverbal infants. *J Child Lang* 1989; 16:477-501.

Fisher SE: Dissection of molecular mechanisms underlying speech and language disorders. *Appl Psycholinguist* 2005; 26:111-128.

Flavell JH. *Cognitive development* (2nd ed.). Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall, 1985.

Fridlung AJ. Evolution and facial action in reflex, social motive, and paralanguage. In Ackles PK, Jennings JR, Coles MGH. (Eds.), *Advances in psychophysiology*. Greenwich, C.T: JAI Press, 1990

Fuster JM, *Cortex and Mind: Unifying Cognition*. New York: Oxford University Press. 2003

Gallagher JM, Reid DK. *The learning theory of Piaget and Inhelder*. Monterey, CA: Brooks/cole, 1981.

Gallagher W. How we become what we are. *The Atlantic Monthly* 1994; 39-55.

Gardner F, Johnson A, Yudkin P, Bowler U, Hockley C, Mutch L, Wariyar U. Behavioral and emotional adjustment of teenagers in mainstream school who were born before 29 weeks' gestation. *Pediatrics* 2004; 114:676-82.

Gardner H. *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books, 1993.

Gelman SA, Wellman HM. Insides and essences: Early understandings of the non- obvious. *Cognition* 1991; 38: 213-244.

Gioia GA, Espy KA, Isquith PK. BRIEF-P, Behavior Rating Inventory of Executive Function - Preschool version, Professional manual. Psychological Assessment Resources, Lutz, FL, 2003

Glaser BA, Kronsoble KM, Warner-Forker CB. Parents and teachers as raters of children's problem behaviors. *Child & Family Behavior Therapy* 1997; 19:1-13.

Goldberg S i sur. Prediction of preschool behavioral problems in healthy and pediatric samples. *Developmental and Bibehavioral Pediatrics* 1997; 18(5): 304-312.

Goldin-Meadow S, Mylander C. Beyond the input given: The Child's role in the acquisition of language. *Language* 1990; 66: 323-355.

Goleman D. *Emocionalna inteligencija. Mozaik knjiga, Zagreb, 1998.*

Goleman D. *Working with Emotional Intelligence*. Bantam Books, New York, US 2000.

Greenspan S. *Developmentally Based Psychotherapy*. International Universities Press. 1997

Gregl A, Kirigin M, Bilać S, Sućeska Ligutić R, Jakšić N, Jakovljević M. Speech Comprehension and Emotional/Behavioral Problems in Children with Specific Language Impairment (SLI). *Coll Antropol* 2014; 38 (3): 871-877.

Gregl A, Bilać S, Čarija D, Dejanović D. Teškoće u ponašanju djece predškolske dobi: neurorizična djeca i djeca s govorno jezičnim teškoćama, 21. Dani R. Bujasa, sažetak, Zagreb, 2013.

Grunau RE, Whitfield MF, Fay TB. Psychosocial and academic characteristics of extremely low birth weight (≤ 800 g) adolescents who are free of major impairment compared with term born control subjects. *Pediatrics* 2004; 114:725-32.

Guberina P, Asp CW. *The verbo-tonal method for rehabilitating people with communication problems*. World Rehabilitation Fund, International Exchange of Information in Rehabilitation, New York, US 1981.

Guerin D, Gottfried AW. Minnesota child development inventories: predictors of intelligence, achievement and adaptability. *J Pediatr Psychol* 1987; 12:595-609.

Guerin DW, Gottfried AW, Thomas CW. Difficult temperament and behavior problems: A longitudinal study from 1.5 to 12 years. *International Journal of Behavioral Development* 1997; 21(1):71-90.

Guerin DW, Gottfried AW. Developmental stability and change in parent reports of temperament: A ten-year longitudinal investigation from infancy through preadolescence. *Merrill-Palmer Quarterly* 1994; 40:334-355.

Guilford JP. *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill. 1967.

Gurley D, Cohen P, Pine DS, Brook J. Discriminating anxiety and depression in youth: A role for diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders* 1996; 39:191-200.

Hannesdottir H, Einarsdottir S. The Icelandic Child Mental Health Study: An epidemiological study of Icelandic children 2-18 years of age using the Child Behavior Checklist as a screening instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 4: 237-248.

Harris M. *Language Experience and Early Language Development: From Input to Uptake*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates. 1992.

Harkness S, Super CM. The cultural context of gender segregation in children's peer groups. *Child Development* 1985; 56:219-224.

Hazan C, Shaver PR. Love and work: An attachment- theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59:270-280.

Herschensohn J. *Language Development and Age*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

Hetherington EM, Parke R. *Child psychology: A contemporary viewpoint*. New York: McGraw-Hill, 1975.

Humpel N, Caputi P, Math GD. Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8(5):399-403.

Hunt E, Agnoli F. The Whorfian hypothesis: A cognitive psychology perspective. *Psychological Review* 1991; 98(3): 377-389.

Hurley A. "Cognitive Development: Overview." 2012: 2.

Innocenti GM, Price DJ. Exuberance in the development of cortical networks; *Nature* 2005; 6: 955-965.

Johnson S. Cognitive and behavioural outcomes following very preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007; 12:363-73.

Kagan J, Snidman N. Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science* 1991; 2:40-44.

Kagan J, Arcus D, Snidman N, Wang W F, Hendler J, Greene S. Reactivity in infants. *Developmental Psychology* 1994; 30:342-45.

Kagan SL, Weissbourd B. *Putting families first: America's family support movement and the challenge of change* (Eds.). San Francisco: Jossey-Bass. 1994.

Kanner L. Autistic Disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943; 2, 217-250.

Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ. Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001; 29, 357-367.

Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in midadolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145:960-964.

Keane SP, Calkins SD. Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2004; 32:409-423.

Keenan K, Shaw D, Delliquadri E, Giovanelli J, Walsh B. Evidence for the continuity of early problem behaviors: application of developmental model. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26(6): 441-452.

Kerr A, Zelazo PD. Development of “hot” executive function: The children’s gambling task. *Brain and Cognition* 2004; 55:148-157.

Kerr DCR, Lunkenheimer ES, Olson SL. (2007). Assessment of child problem behavior by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *J. Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 967-975.

Klahr D. Information processing approaches to cognitive development. In MH Bornstein and ME Lamb (Eds.) *Developmental psychology: an advanced textbook*. 3rd edition, Hillsdale. Nj: Erlbaum, 1992; 273- 335.

Klahr D, Wallace JG. *Cognitive development: an information processing view*. Hillsdale, Nj: Erlbaum 1976.

Klein MT. „Simposium on Child A“, *international Journal of Psychoanalysis*. 1927, 8: 339-370.

Klein M. (1955), *The psychoanalytic play technique: its history and significance“*, in *Envy and Gratitude and other works 1946-63: The Writings of Melanie Klein, Vol. III*, London, Hogarth, 1975.

Kolko DJ, Kazdin AE. Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:991–1006.

Kostović I, Jovanov-Milošević N, Kostović-Srzić M, Petanjek Z. Development and Structural plasticity of Human Brain, *Medicina* 2005; 41:5-12.

Kwok SYCL. The moderating role of emotional competence in suicidal ideation among Chinese university students. *J Adv Nurs* 2014; 70:843-854.

Lanyado M, Horne A. *The handbook of child and adolescent psychotherapy, psychoanalytic approaches*, Routledge, London. 1999.

Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A, Weizman R, Cohen DJ. Israeli preschool children under SCUDs: A 30-month follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(3):349-356.

Leadbeater B i Bishop S. Predictors of behavior problems in preschool children of inner-city Afro-American and Puerto Rican adolescent mothers. *Child Development*, 1994; 65(2):638-648.

Lee J. The effects of 5-year-old preschoolers' use of private speech on performance and attention for two kinds of problem solving tasks. *Dissertation Abstracts International*, 60, 06A. 1999.

Leonard LB. *Children with specific language impairment*. Cambridge, Mass: The MIT Press. 1998.

Leonard LB. "Is expressive language disorder an accurate diagnostic category?" *Am J Speech Leng Pathol* 2009; 18(2):115-123.

Lerner RM, Kauffman MB. The concept of development in contextualism. *Developmental Review* 1985; 5: 309-333.

Lewis M, Saarni C. Culture and emotions. In M. Lewis & C. Saarni (Eds.), *The socialization of emotions*, New York: Plenum. 1985; 1-17.

Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. New Yor: Oxford University Press. 1995.

Lindström K, Lagerroos P, Gillberg C, Fernell E. Teenage outcome after being born at term with moderate neonatal encephalopathy. *Pediatr Neurol* 2006; 35:268-74.

Locke JL. Gradual emergence of developmental language disorders. *J Speech Hear Res* 1994; 37:608-616.

Locke JL. Phases in the child's development of language. *American Scientist* 1994; 82: 436-445.

Lopez PN, Salovey P, Straus R. Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationship. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 641-658.

Luria AR. *The Working Brain*. Basic Books, 1973.

Luu TM, Ment LR, Schneider KC, Katz KH, Allan WC, Vohr BR. Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years od age. *Pediatrics* 2009; 123:1037-44.

Mahler M, Pine F, Bergmann A. *The Psychosocial Birth of the Human Infant*. London: Hutchinson, 1975.

Manning BH. *Cognitive self-instruction for classroom processes*. State University of New York Press. 1991.

Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? U: P. Salovey iD. Sluyter (ur.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books. 1997.

Mayer JD, Gaschke YN. The experience and meta- experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 55:102-111.

Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence?. U:P. Salovey & D. Sluyter (ur.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books. 1997; 3-31, 747.

Mayer JD, Stevens A. An emerging understanding of the reflective (meta-) experience of mood. *Jornal of Research Personality* 1994; 28:351-373.

- MacWhinney B. *Mechanisms of Language acquisition*. Hillsdale, Nj: Erlbaum 1987.
- McCollum JA, Ostrosky MM. Family roles in young children's emerging peer-related social competence. In: Brown WH, Odom SL, McConnell SR, editors. *Social Competence of Young Children: Risk, Disability, and Intervention*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing 2008; 31–59.
- McShane J. *Cognitive Development: an information processing approach*. Oxford, Eng. B. Blackwell, 1991.
- Meier RP. Language acquisition by deaf children. *American Scientist* 1991; 79: 60-70.
- Menyuk P, Liebergott JW, Schultz MC. *Early Language Development in Full Term and Premature Infants*. Hillsdale, Nj: L. Erlbaum. 1995.
- Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and patterns of selfdisclosure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61: 321-332.
- Miller LT, Vernon PA. 1996. Intelligence, reaction time and working memory in 4- to 6-year-old children. *Intelligence* 22, 155–190.
- Mistry RS, Vandewater EA, Huston AC, Mc Loyd VC. Economic well-being and children's social adjustment: The role of family process in an ethnically diverse low- income sample. *Child Development* 2002; 73: 935- 951.
- MKB-10; Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Svjetska zdravstvena organizacija; 10. revizija, Svezak 1., drugo izdanje, 2012.
- Montgomery JW. Haptic recognition of children with specific language impairment: Effects of response modality. *J Speech Hear Res* 1993; 36:98-104.
- Mosenthal P. *Language and thought*. *Theory Into Practice* 1975; 14(5), 306-311.
- Mowrer O. *Learning theory and symbolic processes*. New York: Wiley.1960.
- Naigles L. Children use syntax to learn verb meanings. *J Child Lang.* 1990; 17(2):357-74.
- Naigles LG, Kako ET. First contact in verb acquisition: Defining a role for syntax. *Child development*1993; 64, 1665- 1687.
- Nigg JT, Huang-Pollock CL. An early-onset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In: Lahey BB, Moffit TE, Caspi A, editors. *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. New York: Guilford Press, 2003; 227–253.

Ninio A, Snow CE. Language acquisition through language use: The functional sources of children's early utterances. U: Levy, Y., Schlesinger, M. I Braine, M.D.S. (Ur.), Strategies and processes in language acquisition. Hillsdale, Nj. Erlbaum 1988; 11-30.

Norbury C, Paul R. Speech, Language, and Social Communication Disorders. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6th edition. Blackwells, UK 2013.

Newbury DF, Bishop DVM, Monaco AP. Genetic influences on language impairment and phonological short-term memory. Trends in Cognitive Sciences. 2005; 9:528–534.

Orlebeke JF, Knol DL, Boomsma DI. Frequency of parental report of problem behavior in children decreases with increasing maternal age at delivery. Psychol Rep 1998; 82:395–404.

Ornitz EM. Autism at the interface between sensory and information processing. In G. Dawson (Ed.), Autism: Nature, Diagnosis and Treatment. New York, NY: Guilford Press. 1989.

Orvaschel H, Weissman MM. Epidemiology of anxiety disorders in children: A review. In R Gittelman(Ed), Anxiety disorders of childhood, New York, Guilford Press 1986; 58-72.

Palmović M, Kuvač J, Kovačević M. Istraživanje posebnih jezičnih teškoća metodom kognitivnih evociranih potencijala (KEP). Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2007; 43, 63-73.

Pessôa LF. Maternal speech in communicatives frames and the development of language: a longitudinal study. PHD Dissertation. Rio of Janeiro, UERJ. 2008.

Petz B. Osnove statističke metode za nematematičare, Naklada Slap, 1997

Piaget J. The Essential Piaget. Ed by Howard Gruber, Basic Books, New York. 1977.

Piaget J. The Language and Thought of the Child. Routledge and Kegan Paul, London, 1962.

Piaget J. The development of thought: Equilibrium of cognitive structures. New York: Viking Press. 1977.

Piaget J, Inhelder B. The Psychology of the Child (Vol. 5001). Basic Books. 1972.

Piaget J. The Child's conception of physical causality. Kegan Paul, London, UK 1930.

Rayner E, Joyce A, Rose J, Twyman M, Clulow Ch. Human Development (An Introduction to Psychodynamics of Growth, Marurity and Ageing), 4th edition, Routledge. London and New York. 2005.

Reijneveld SA, de Kleine MJK, van Baar AL, Kollee LAA, Verhaak CM, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birth weight infants at age 5 years. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2006; 91:423–28.

Reynell JK, Huntley M. Priručnik, Naklada Slap 1985.

Rice ML, Bode JV. GAPS in the verb lexicons of children with specific language impairment. *First Language* 1993; 13, 113–31.

Richman N, Stevenson J, Graham PJ. *Pre-School to School*. Academic Press: London. 1982.

Rubin KH, Coplan RJ, Fox NA, Calkins SD. Emotionality, emotion regulation, and preschoolers' social adaptation. *Development and Psychopathology* 1995; 7: 49-62.

Saigal S, Pinelli J, Hoult L, Kim MM, Boyle M. Psychopathology and social competence of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 2003; 111:969-75.

Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality* 1990; 9(3): 185-211.

Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta- Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.). *Emotion, disclosure and health* Washington, D.C.: American Psychological Association 1995; 125-154.

Salovey P, Stuyter JD. *Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija pedagoške implikacije*. Zagreb: Educa, 1999.

Sauter DA, Panattoni C, Happé F. Children's recognition of emotions from vocal cues. *Br J Dev Psychol* 2013; 31:97-113.

Schacter DL. *Psychology*. Catherine Woods. 2009; 430.

Schmitz S, Fulker DW, Plomin R, Zahn-Waxler C, DeFries JC. Temperament and problem behavior during early childhood. *International Journal of Behavioral Development* 1999; 23, 333-355.

Shatz M, Wellman HM, Silber S. The acquisition of mental verbs: A systematic investigation of the first reference to mental state. *Cognition* 1983; 14 (3):301-321.

Shaver PR, Hazan C. Adult attachment: Theory and research. In W. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal relationships*, London, England: Jesica Kingsley. 1993; 4: 29-70.

Shaver PR, Hazan C. Attachment. In A. L. Weber & J.H. Harvey (Eds.), *Perspective on close relationship* Boston: Allyn & Bacon. 1994; 6:110-130.

Shaw DS, Winslow EB, Owens EB, Vondra JI, Cohn JF, Bell RQ. The development of early externalizing problems among children from low-income families: A transformational perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26:95–10.

Siegler RS. *Emerging minds: The process of change in children's thinking*. New York: Oxford University Press. 1996.

Siegler RS. Information processing approaches to cognitive development. In W. Kessen (Ed.), *Handbook of Child psychology: History, theory, and methods* (Vol. 1). New York: Wiley. 1983.

Silva PA, McGee R, Williams SM. Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age seven. *Dev Med Child Neurol* 1983; 25:783-793.

Silva PA, Williams S, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. *Dev Med Child Neurol* 1987; 29:630-640.

Slobin DI. *Psycholinguistics* (2nd ed.) Glenview, IL: Scott, Foresman. 1979.

Snowling MJ, Bishop DV, Stothard SE, Chipchase B, Kaplan C. Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:759-765.

Snowling MJ, Bishop DV, Stothard SE, Chipchase B, Kaplan C. Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:759-65.

Sommerfelt K, Andersson HW, Sonnander K, Ahlsten G, Ellertsen B, Markestad T, et al. Behavior in term, small for gestational age preschoolers. *Early Human Dev* 2001; 65:107–21.

Sourander A, Piha J. Parent, teacher and clinical ratings on admission to child psychiatric, inpatient treatment: a study of cross-informant correlations using the CBCL, Rutter scales and the CGAS. *Nord J Psychiatry* 1997; 51:365–370.

Spearman C. General Intelligence, „Objectively Determined and Measured". *The American Journal of Psychology* 1904; 15 (2): 201–292.

Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1999; 11: 1-13.

Sternberg RJ (ur.). *Handbook of intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press. 2000.

Sternberg RJ. Intelligence and nonentrenchment. *Journal of Educational Psychology* 1981; 73: 1–16.

Sternberg RJ, Gardner MK. A componential interpretation of the general factor in human intelligence. In H. J. Eysenck (Ed.), *A model for intelligence* 1982; 231–254. Berlin, Germany: Springer–Verlag.

Sternberg RJ. The Theory of Successful Intelligence. *Interamerican Journal of Psychology* 2005; 39 (2): 189-202.

Sternberg RJ. *Beyond IQ: A triadic theory of human intelligence*. New York: Cambridge University Press. 1985.

Strayer J. Children's attributions regarding the situational determinants of emotion in self and others. *Developmental Psychology* 1986; 22:649-654.

Szatmari P. The epidemiology of attention- deficit hyperactivity disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1992; 1(2), 361-372.

Šikić N, Vrača A, Božičević D, Tudorić N. Some Etiologic Factors of Speech Comprehension Disturbances, *Collegium Antropologicum* 2002; 26 (1):129-136.

Šimleša S. Međudnos izvršnih funkcija, teorije uma i jezičnog razumijevanja u djece predškolske dobi. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, 2013.

Takšić V. Upitnici emocionalne inteligencije (kompetentnosti). U: K. Lacković-Grgin, A. Bautović, V. Čubela i Z. Penezić (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* 2002; b:27-45, Filozofski fakultet u Zadru

Takšić V. Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta, 1998.

Takšić V, Morović T, Munjas R. Emocionalna inteligencija: Teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. *Društvena istraživanja* 2006;15, br. 4-5 (84-85): 729-752.

Takšić V, Jurin Ž, Cvenić S. Operationalization and factor--analytic study of the emotional intelligence construct. *Psihologijske teme* 2001; 8:95-109.

Taylor HG, Klein N, Hack M. School-age consequences of birth weight less than 750g: a review and update. *Dev Neuropsychol* 2000; 17:289-321.

Temple C. *Developmental Cognitive neuropsychology*. London: Psychology Press. 1997

Templin M. *Certain language skills in children: Their development and interrelationships*. Minneapolis: The University of Minnesota Press. 1957.

Thatcher RW. Maturation of the human frontal lobes. *Psychological evidence for staging*. *Developmental neuropsychology* 1991; 7: 397-419.

- Thurstone L L. Primary mental abilities. Chicago, University of Chicago Press. 1938.
- Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40:1245–1260.
- Vargha-Khadem F, Gadian D, Copp A, Mishkin M. FOXP2 and the neuroanatomy of speech and language. *Nat Rev Neurosci* 2005; 6:131–138.
- Verhulst FC, Koot HM, van der Ende J. (1994) Differential predictive value of parents' and teachers' reports of children's problem behaviors: a longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 22:531–546.
- Volker S, Yovsi R, Keller H. Maternal interactional quality as assessed by non-trained raters from different cultural backgrounds. Paper presented at the XVth Biennial ISSBD Meetings, Bern, Switzerland. 1998.
- Volpe JJ. Neurology of the newborn. WB Saunders Company, Philadelphia, 2001.
- Vygotsky L. Thought and speech. Nolit, Beograd, 1983.
- Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment stability in infancy and early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Development* 2000; 71: 684-689.
- Weis E, Englis OS. Psychosomatic Medicine, Saunders Co, Philadelphia and London, 1943.
- Wellman HM, Estes D. Early understanding of mental entities: A reexamination of childhood realism. *Child Development* 1986; 57:910-923.
- Wenar C. Developmental psychopathology: from infancy through adolescence, 3rd edition. McGraw-Hill Education, Berkshire, UK 1994.
- Werke JF, Tess RC. Influences on infant speech processing: Toward a new synthesis. *Annual Review of Psychology* 1984; 50:509-535.
- Winnicott DW. The Maturation Process and the Facilitating Environment. London: Hogart Press and the Institute of Psychoanalysis. 1965.
- Winsler A, Diaz RM, Montero I. The role of private speech in the transition from collaborative to independent task performance in young children. *Early Childhood Research Quarterly* 1997; 12: 59–79.
- Winsler A, Fernyhough C, Montero I. Private Speech, Executive Functioning, and the Development of Verbal Self-regulation. Cambridge University Press. 2009.
- World Health Organization The ICD-10 classification for mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO. 1993.

Yew SG, O'Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54:516-524.

Zahner G, Daskalakis C. Modeling sources of informant variance in parent and teacher ratings of child psychopathology. *Int J Method Psych* 1998; 7:3–16.

Zilber N, Auerbach J, Lerner Y. Israeli norms for the Achenbach Child Behavior Checklist: Comparison of clinically-referred and non-referred children. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1994; 31: 5–12.

Zhou Q, Eisenberg N, Lasoya SH, Fabes RA, Reiser M, Gutrie IK, Murphy BC, Cumberland AJ, Shepard SA. The relationship and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: A longitudinal study. *Child Development* 2002; 73: 893-915.

11. BIOGRAFIJA

Ana Gregl, zaposlena u Poliklinici SUVAG sa statusom kliničkog i dječjeg psihologa. Rođena je 16.7.1957. u Zarilcu, općina Požega. U Požegi završava opću gimnaziju, a potom studij psihologije i pedagogije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, gdje je diplomirala 1981. godine. Poslijediplomski studij Psihoterapija upisuje 2003. na Medicinskom fakultetu, a zatim nastavlja na znanstvenom doktorskom studiju Biomedicina i zdravstvo.

I u psihoterapiji ima integrativno obrazovanje. 2001. dobiva certifikat sistemskog terapeuta i savjetnika u psihoterapijskoj školi „Change“ pod vodstvom Wenera Herena, Švicarska. Osim toga prolazi i niz stručnih edukacija iz raznih psihoterapijskih pristupa kao bihevioralnog, bihevioralno-kognitivnog, transakcionog, realitetnog, psihodrame, EMDR- Eye Movement Desensitisation Reprocessing, play terapije, floor time, te kriznih intervencija i kratke savjetodavne terapije u radu na blokadama, fobijama i traumama. Tijekom svog radnog staža surađivala je na znanstvenom projektu (prof. dr. sc. Bašić) i radila na nekoliko projekata psihosocijalne pomoći prognanicima (Kupljensko, Gašinci, Zagreb, Vukovar) i djeci onkološkim bolesnicima na Klinici za dječje bolesti u Zagrebu. Održala je preko dvjesto radionica za roditelje djece s teškoćama; govorno-jezičnim, oštećena sluha, onkoloških bolesnika i cerebralne paralize, te radionice za djecu traumatiziranu ratom. Aktivno je prezentirala na 33 stručna i znanstvena skupa, a objavila je 21 rad ili sažetak. Predavala je na tečaju stalnog medicinskog usavršavanja „Solidni maligni tumori dječje dobi“ 2004. i 2005. godine na Klinici za dječje bolesti u Zagrebu. Osnivač i donedavno predsjednik Udruge za sistemsku psihoterapiju i savjetovanje „Change“. Vanjski je suradnik Filozofskog fakulteta, mentor studentima psihologije i psiholozima pripravnicima.

Majka je kćerkama Gorani i Barbari i baka unuci Dari.

12. RADOVI I SAŽETCI

1. Gregl A, Čepulić M: Modeli psihosocijalne podrške djetetu, obitelji i osoblju za vrijeme liječenja djece onkoloških bolesnika. Međunarodni simpozij komplementarnih suportivnih terapija Umjetnost i znanost u razvoju ljudskih potencijala. Hrvatska udruga za psihoonkologiju i ERF, Sveučilište u Zagrebu, Hvar 1999., knjiga sažetaka.
2. Gregl A: Primjena terapijskih postupaka za oslobađanje od stresa, Međunarodni simpozij komplementarnih suportivnih terapija Umjetnost i znanost u razvoju ljudskih potencijala. Hrvatska udruga za psihoonkologiju i ERF, Sveučilište u Zagrebu, Hvar 1999., knjiga sažetaka.
3. Petrinić I, Gregl A, Čepulić M.: Davanje i primanje, kreativna terapija na dječjem onkološkom odjelu, poster. Međunarodni simpozij komplementarnih suportivnih terapija Umjetnost i znanost u razvoju ljudskih potencijala, Hrvatska udruga za psihoonkologiju i ERF, Sveučilište u Zagrebu, Hvar 1999., knjiga sažetaka.
4. Gregl A: Kidanje veza, 7. godišnja konferencija psihologa, Split, listopad 1999., knjiga sažetaka.
5. Gregl A: Iskustva u radu sa roditeljima djece sa cerebralnom paralizom. Zbornik radova „Vodič kroz cerebralnu paralizu“, Zagreb, 03.-04. svibnja 2002., ISBN: 953-97057-7-0.
6. Gregl A, Paškvalin M: Svjetlo u terapiji Change-promjena. 19. hrvatski psihoterapijski seminar „Psihoterapija danas i sutra“, Zagreb, 12.-16. lipnja 2002. godine., knjiga sažetaka.
7. Gregl A: Svjetlo u terapiji Change, psihoterapijski pravac orijentiran rješavanju i resursima. 10. godišnja konferencija psihologa „Psihologija i psiholozi u prevladavanju krize“, Plitvička jezera, studeni 2002., knjiga sažetaka.
8. Gregl A, Gavrilović Z, Jukić B: Podrška roditeljima predškolske djece u Poliklinici SUVAG kroz radionice za roditelje, 11. godišnja konferencija psihologa, listopad 2003., knjiga sažetaka.
9. Gregl A, Jusugbegović S, Gavrilović Z, Jukić B, Paškvalin M: Može li roditelj djece s T.U.R. živjeti kvalitetno? 11 godišnja konferencija psihologa „Psihologija u poboljšavanju kvalitete življenja“, listopad 2003., knjiga sažetaka.
10. Runjić N, Mildner V, Horga D, Šindija B, Gregl A: Dominantna hemisfera kod djece sa umjetnom pužnicom, Neurologia Croatica, 2003. UDK 616.8, knjiga sažetaka.
11. Gregl A, Čepulić M, Stepan J: Psihosocijalna rehabilitacija djeteta nakon završenog liječenja tumora mozga, Peditria Croatica, stručni članak, 2004; 48(3) 55-57.
12. Gregl A: Intervencije i psihološka procjena okruženja djeteta u sklopu kompleksne rehabilitacije djece u predškolskom odjelu Poliklinike „Suvag“, 12. godišnja konferencija psihologa „Psiholog i zajednica“, Opatija, 10.-13. studenog 2004., zbornik sažetaka.

13. Gavrilović Z, Jukić B, Gregl A: Program of hearing and speech rehabilitation for preschool age children with cochlear implant. II međunarodni kongres verbotonalne metode, Moskva, 13.- 15. listopada 2005., zbornik sažetaka.
14. Gregl A, Radovančević Lj: Arhetipska i mitološka sreća u ovisničkom imaginariju kockara, 1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem „Kockanje“ (zbornik sažetaka) ISBN 978-953-55005-0-6.
15. Radovančević LJ, Gregl A: Prilog etiopsihopatogenezi i fenomenologiji kockanja, 1. hrvatski interdisciplinarni simpozij s međunarodnim sudjelovanjem „Kockanje“, zbornik sažetaka. ISBN 978-953-55005-0-6.
16. Gregl A: Svjetlo u terapiji „Change“ Knjiga postera stručnjaka Poliklinike SUVAG, 2001.- 2009., Zagreb ISBN 978- 953-95195-4-2.
17. Gregl A, Radovančević Lj: Ovisnici o kocki u viktimološkom svjetlu, zbornik radova petog hrvatskog žrtvoslovnog kongresa, 18.- 20. lipnja 2010. u Voćinu.
18. Gregl A, Dulčić A, Bakota K: Verbotonalna metoda u radu s roditeljima djece sa slušnim oštećenjima, 4. kongres hrvatskih logopeda „Logopedija izazovi novog vremena“, održanom u Zagrebu od 22.-25. rujna 2010., knjiga sažetaka.
19. Gregl A, Bilać S, Čarija D, Dejanović D: Teškoće u ponašanju djece predškolske dobi: neurorizična djeca i djeca s govorno jezičnim teškoćama, 21. Dani R. Bujasa, znanstveni rad, knjiga sažetaka, Zagreb, 2013.; 97. ISBN 978-953-175-463-7.
20. Gregl A, Kirigin M, Bilać S, Jakšić N, Sućeska Ligutić R: Emotional Competence of Mothers and Psychopathology in Preschool Children with Specific Language Impairment (SLI), *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No 3, pp 261-270.
21. Gregl A, Kirigin M, Bilać S, Sućeska Ligutić R, Jakšić N, Jakovljević M: Speech Comprehension and Emotional/Behavioral Problems in Children with Specific Language Impairment (SLI). *Coll Antropol* 2014; 38 (3): 871-877.