

ПОДРШКА И ТРЕТМАН

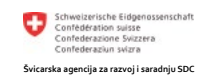
ДЕЦА

У РИЗИКУ

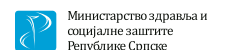
ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТУП



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске



Svicarska agencija za razvoj i saradnju SDC



Сва права су задржана. Садржај ове публикације може се користити у некомерцијалне сврхе уз обавезно навођење извора.

Израду и штампање ове публикације омогућио је УНИЦЕФ БиХ и партнери Швицарска агенција за развој и сарадњу и Шведска агенција за међународни развој и сарадњу, а у склопу пројекта „Правда за свако дијете“.

Ставови и мишљења изнесени у овој публикацији су ставови аутора и не представљају нужно ставове УНИЦЕФ-а у БиХ и његових партнера.

ПОДРШКА И ТРЕТМАН ДЈЕЦИ У РИЗИКУ
- холистички приступ -

Издавач:
Друштво психолога Републике Српске

Уредник:
др сци. Дијана Ђурић

Аутори поглавља:
Ранка Калинић, Сања Радетић Ловрић, Бранислава Поповић,
Татјана Прерадовић - Сјеница

Рецензија:
др Милан Латинковић, др Горан Рачетовић

Лектура и коректура:
Оља Стевић

Графички дизајн:
ДИГИТАЛУМ

Штампа:
Графомарк, Лакташи

За штампарију:
Јелена Ћеркета

ПОДРШКА И ТРЕТМАН
ДЈЕЦИ У РИЗИКУ
ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТУП

БАЊАЛУКА, 2020.

САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР	10	Друштвене реакције на поремећаје у понашању	44
УВОД	12	Када треба потражити помоћ стручњака у области менталног здравља?	45
Поглавље I	15	Важни аспекти третмана дјеце и адолесцената	47
ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА	15	у здравственим установама	47
Увод	16	Зашто је важно ментално здравље дјеце?	54
Дефиниција	16	ПРИЛОГ	58
Епидемиологија	16	Листа стресорса	58
Класификација	16	Поглавље III	63
Поремећај понашања ограничен на породичну средину (F 91.0)	17	КОГНИТИВНО-БИХЕЈВИОРАЛНИ ПРИСТУП У РАДУ СА ДЈЕЦОМ	63
Несоцијализовани поремећај понашања (F 91.1)	17	И АДОЛЕСЦЕНТИМА	63
Социјализовани поремећај понашања (F 91.2)	18	Когнитивно-бихејвиорална терапија за дјецу	65
Поремећај у виду противљења и пркоса (F 91.3)	18	Кораци у раду	65
Мјешовити поремећаји понашања и емоција (F 92)	19	Упознавање са клијентом и проблемом	66
Депресивни поремећај понашања (F 92.0)	19	Формулација проблема и одређивање циља третмана	71
Етиологија	19	Формулисање циља третмана	72
Генетски, неуроанатомски и биолошки чиниоци	19	Одређивање А И Ц	73
Карактеристике личности	20	Секундарни емоционални проблем	73
Средински чиниоци	20	Учење Б-Ц везе	73
Предиктори поремећаја понашања	21	Процјена ирационалних увјерења	74
Предшколски и млађи школски узраст	21	Откривање когниција код дјеце	75
Старији школски узраст	22	Оспоравање дисфункционалних когниција и формирање помажућих когниција	75
Клиничка слика	22	Учвршћивање помажућих увјерења	76
Недостатак кооперативности	22	Технике у раду са анксиозним проблемима	78
Конфликти и агресија	22	Интервенције код анксиозности	78
Крађа и лагање	22	Технике у раду са депресивним расположењем	80
Подметање пожара и вандализам	23	Самообезврјеђивање	81
Бјежање од куће и из школе	23	Специфичне интервенције у третману депресије	82
Дијагноза	23	Технике у раду са проблемима у понашању	83
Смјернице у испитивању дјеце са поремећајем понашања	24	Бијес	83
Коморбидитет	24	Интервенције у раду са бијесом	84
Диференцијална дијагноза	24	Ниска толеранција на фрустрацију	85
Прогноза	24	Тремман ниске толеранције на фрустрацију	85
Лијечење	25	ПРИЛОЗИ	89
Поглавље II	29	Недовршене реченице (Wild, 1962.)	89
СОЦИЈАЛНО-ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ РАЗВОЈА ПОРЕМЕЋАЈА	29	Тест рационалних увјерења	90
ПОНАШАЊА И ЕМОЦИЈА КОД ДЈЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА	29	Термометар за емоције	95
Социјализација дјеце	30	Мапа емоција	96
Фактори ризика у процесу социјализације дјеце	30	АБЦ	97
Ефекти процеса социјализације на задовољавање потреба дјеце	33	Поглавље IV	101
Стресна животна искуства дјеце и адолесцената као ризици развоја поремећаја понашања и емоција	35	РАД СА ПОРОДИЦОМ ДЈЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ПОРЕМЕЋАЈИМА ПОНАШАЊА И ЕМОЦИЈА	101
Васпитни ставови родитеља као ризици развоја поремећаја понашања и емоција	37	Породица	102
Поремећаји понашања и емоција дјеце и адолесцената	40	(појам, структура, функција, животни циклуси)	102
		Функционална и дисфункционална породица	102
		Границе	104

Породична правила	105
Породичне улоге	106
Животни циклуси породице	108
Системски приступ третману породица	112
Комуникацијска функција симптома	113
Најчешћи обрасци у симптоматским породицама	115
Циљ третмана и рада са породицама	116
Фазе третмана	117
Планирање третмана	118
Процјена	118
Третман	121
Завршетак третмана или редефинисање циљева третмана	121
Основни принципи ефективних терапијских интервенција	122
Технике у раду са породицама	125
Генограм	125
Преуоквиравање (енгл. reframing)	128
Чаробно питање	129
Екстернализација	129
Одигравање	130
Прописивање задатака	131
Психоедукација и развој вјештина	132
ПЛАН И ПРОГРАМ СТРУЧНЕ ЕДУКАЦИЈЕ	
“Третман поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената”	
у установама здравствене и социјалне заштите у Републици Српској	135
Увод	137
Врста програма	138
Реализација програма	138
Циљеви програма	138
Етичка начела едукативног програма	138
Утемељеност програма	139
Услови за похађање програма	139
Исходи едукативног програма	140
План извођења едукације	140
Сертификација	141
Садржај едукативних модула	142
БИОГРАФИЈЕ АУТОРА	146

ПРЕДГОВОР

Свеукупно здравље сваког појединца, поред изостанка физичког обољења или оштећења, није потпуно без непостојања сметњи у менталном здрављу било којег степена, али и адекватног социјалног функционисања и шире социјалне укључености. Све три поменуте компоненте су темељ савременим свеобухватним препорукама о бризи о менталном здрављу свих особа, без обзира на њихове природно или актуелно условљене различитости (старост, пол, раса, конституција, запослење, економске или породичне прилике и друге) и означавају као индивидуализовани, на особу усмјерени биопсихосоцијални приступ. Овај концепт не обухвата само третманске приступе, него се усмјерава на различите превентивне програме за општу популацију или вулнерабилне групе, ране интервенције и психосоцијалну рехабилитацију лица са развијеним сметњама у менталном здрављу, било које врсте или било ког степена.

Дјеца и адолесценти, као специфична група становништва, представљају посебно сензитивну популациону групу, која током свог психофизичког развоја неријетко бивају изложена различитим стресогенима или другим факторима ризика, а који могу довести до широког спектра психолошких, али и психијатријских поремећаја (просјечна преваленца у свијету је 3%), међу којима су нарочито сложени и веома специфични поремећаји емоција и понашања. Ова група сметњи менталног здравља дјетета или младе особе представљају додатни ризик за наставак сазријевања и олакшавају могућност развијања других или трајних психијатријских поремећаја и/или обољења, али и криминогених понашања.

У склопу свеобухватних реформских процеса у здравственом систему Републике Српске, започетих у деведесетим годинама прошлог вијека, уочена је и истакнута као есенцијална потреба стварање темеља за развијање напреднијег и, прије свега, становништву доступног система пружања свих врста здравствених услуга усмјерених на заштиту менталног здравља (превентивно-промотивних, дијагностичко-терапијских и психосоцијално-рехабилитационих). Стратешки документи Владе, односно Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске истакнуле су неопходност усвајања концепта психијатрије у заједници и у периоду од уназад двадесетак година обезбиједиле могућност креирања мреже специјализованих служби у домовима здравља-центара за заштиту менталног здравља, тако да је до краја 2019. године у Републици Српској формирано 28 центара за заштиту менталног здравља.

Сваки од центара за заштиту менталног здравља ради на принципу мултидисциплинарних тимова, гдје уз љекаре специјалисте Психијатрије или дјечије и адолесцентне Психијатрије, заједнички раде психолози/специјалисти медицинске психологије, медицинске сестре, окупациони терапеути, социјални радници, али и дефектолози, логопеди и други здравствени сарадници. Центри за заштиту менталног здравља су акредитоване и сертификоване службе у својим установама и, поред међусобне сарадње унутар тимова, успостављају партнерске

односе са службама унутар домова здравља (интрасекторска сарадња), али и успостављају интерсекторску сарадњу са свим институцијама, установама или организацијама у локалним заједницама које су у уској вези са заштитом менталног здравља становништва у свакој од заједница (центри за социјални рад, школе, болничко-клиничке здравствене установе, организације цивилног друштва која окупљају лица са сметњама у менталном здрављу, судско-тужилачке институције, полицијске службе), као неодвојив дио свог рада. Свакако, још увијек је у различитим заједницама степен развијености тимова у центрима за заштиту менталног здравља различит (различит број тимова, разлике у саставима тимова), али је и различит степен успостављене сарадње и њених конкретних резултата.

Са друге стране, мањак специјализованих тимова за рад са дјецом и адолесцентима у центрима за заштиту менталног здравља (један у цијелој Републици Српској), али и мањак хоспиталних капацитета или клиничких тимова за третман дјече и адолесцената (једно одјељење и једна консултативно-специјалистичка болничка амбулантна служба) су потенцијал за сагоријевање професионалаца у тим службама, али и један од разлога да се указује потреба за специјализованим обукама тимова у центрима за заштиту менталног здравља за рад са дјецом и адолесцентима, нарочито са онима који су у ризику или имају развијене сметње у менталном здрављу из области поремећаја емоција и понашања. Слично је и са стручњацима у осталим институцијама или установама, нарочито центрима за социјални рад, али и школама. У пољу заштите менталног здравља започети су позитивни процеси који обухватају курикулуме специјализације из дјечје и адолесцентне психијатрије, као и доедукација (мастер студије) за десет тимова центара за заштиту менталног здравља за рад са дјецом и адолесцентима (психијатар, психолог, медицинска сестра) из Републике Српске. Принципи координисане бриге, специјализована едукација из окупационе терапије за дјецу и адолесценте, основе музикотерапије, такође, су позитивни реформски помаци у приступу раду са овом популационом групом у локалној заједници, укључујући и дјецу и адолесценте.

Заједно са тимовима из припадајућих центара за социјални рад, тимови у центрима за заштиту менталног здравља би се кроз едукативне циклусе специјализоване обуке фокусирали на адекватан и тимски рад са дјецом и адолесцентима са поремећајем емоција и понашања, али и оних са криминогеним понашањем (и из тих разлога изречених судских мјера), држећи се принципа да третмански и рехабилитациони програми треба да буду провођени у заједници и окружењу у којем дијете или млада особа живи. Свакако, све поменуто би било усмјерено и на борбу против стигматизовања дјече и адолесцената са поремећајима емоција и понашања, али и њихових породица, као трајном опредјељењу свих јавних радника и једном од, можда, најважнијих фактора опоравка и успјешног одрастања и сазријевања.

Надамо се да ће овај програма третмана поремећаја понашања и емоција код дјече унаприједити рад професионалаца у здравственим и социјалним установама те помоћи дјецу и адолесцентима.

МИНИСТАР
Ален Шеранић, др мед.

УВОД

Брига о дјечи је заједничка одговорност и обавеза родитеља и старатеља, али и институција и организација васпитно-образовног система, система здравствене и социјалне заштите, правосуђа, полиције и свих других институција и организација на нивоу локалне заједнице. Сви који радимо са дјецом или за дјецу смо у законској, професионалној и моралној обавези да преуземо одговорност у пружању подршке и заштите дјечи. Понекад због неправовремене интерсекторске сарадње поједине институције остају усамљене у рјешавању питања интереса дјече, а сви заједно губимо драгоцену вријеме да дјетету пружимо помоћ. Савремени услови живота и рада утицали су на динамику и функционисање породице, што је уједно поставило више захтјеве и обавезе према институцијама система да прате развој дјече и интервенишу у случају уочених промјена које могу неповољно да утичу на остаривање дјечијих развојних потенцијала. Брига о дјечи захтјева холистички приступ, блиску интерсекторску сарадњу и свеобухватни механизам подршке у свим фазама њиховог одрастања. Заштита и брига о дјечи не смије бити питање дифузије друштвене одговорности.

Прије четири године у Републици Српској је покренута иницијатива Брига о дјечи: заједничка одговорност и обавеза, а од стране Републичког-педагошког завода Републике Српске. Наиме, образовни систем суочен са многобројним дилемама у васпитању дјече настојао је да овом иницијативом унаприједи васпитну функцију школе. У оквиру наведене иницијативе а уз подршку Друштва психолога Републике Српске креиран је програм Рефералног механизма подршке дјечи у школама Републике Српске и формирани су мултисекторски тимови у оквиру свих школа чиме су се остварили услови за унапређење интерсекторске сарадње и подстицање мултидисциплинарног приступа подршке дјечи и породици између школе, здравствене установе, установе социјалне заштите, полиције и локалне заједнице. Основна наmjена програма рефералног механизма је да се правовремено, функционално и на прагматичан начин у пракси примјени холистички приступ подршке дјечи. Програм спроводе све основне и средње школе у Републици Српској и његова почетна примјена показује пуну оправданост и успјешност. Нажалост, понекад уочене промјене у понашању или емоцијама код дјече у контексту школског живота превазилазе могућности васпитно-образовног система да их правовремено и успјешно уоче, превенирају, као и да се носе са посљедицама истих. У том случају је потребна подршка установа здравствене и социјалне заштите. У оквиру програма рефералног механизма стручне службе школа и наставници су едуковани како да препознају промјене у понашању и емоцијама које могу бити индикативне за настанак озбиљнијих проблема у развоју дјече. Међутим, у одређени случајеви неопходна је сарадња између школе и установа здравствене и социјалне заштите, како би подршка и помоћ дјечи била свеобухватна и учинковита.

Публикација која је пред вама је намијењена за едукацију здравствених радника и сарадника, те запослених у установама социјалне заштите са циљем унапређења садржаја и квалитета услуга у третману дјече која су у ризику

од настанка поремећаја понашања и емоција, здравствених, социјалних и психолошких стања неповољних за цјелокупан раст и развој дјече, а која су као таква препозната од стране васпитно-образовних установа, правосудних установа и/или установа и организација на нивоу локалне самоуправе. Садржај ове публикације може послужити и студентима хуманистичких и друштвених наука (примарно помагачких професија) у стицању усмјерених знања о поремећајима понашањима и ризицима њиховог настанка.

Публикација садржи четири поглавља. Прво поглавље говори о медицинским аспектима, а друго о социјално-психолошким аспектима ризика за настанак промјена у понашању код дјече која могу бити неповољна за остваривање њихових пуних развојних потенцијала. Треће и четврто поглавље приказује основе два психотерапијска приступа: породичног системског и когнитивно-бихевиоралног приступа. Когнитивно бихевиорални приступ у раду са децом изабран је јер омогућава да се на врло јасан и једноставан начин дијете учи управљати сопственим емоцијама и понашањем, а ове технике често и самим родитељима помажу у превазилажењу сопствених блокада и усвајању ефикаснијих родитељских вештина. Дијете је немогуће посматрати изоловано од система у ком одраста, те је неопходно у третману рада са дјететом укључити и чланове породичног система коме оно припада. Оквир системске породичне терапије управо омогућава разумевање детета у породичном систему, као и деловање на дисфункционалне факторе у оквиру система. Управо су се ова два приступа у пракси показала као веома учинковита у раду са дјецом и породицом у оквирима нашег културног окружења. На крају публикације представљен је Програм и план специјалистичке едукације намјењен професионалцима у систему здравствене и социјалне заштите. Сврха програма је да сензибилизира професионалну јавност за усмјерено бављење третманом понашања и емоција која могу бити неповољна за даљи ток дјечијег развоја. Едукација и публикација у области стручног рада на подршци и третману дјече у ризику од поремећаја понашања и емоција може не само да омогући усвајање одређених професионалних вештина, већ и да подстакне интерсекторску сарадњу између здравствених установа, установе социјалне заштите и васпитно-образовних установа, али и полиције и правосуђа на нивоу локалне заједнице а све у циљу унапређења холистичког приступа остварености посебне заштите дјече. У исто вријеме едукација ће се наставити и за стручне сараднике у школама, а обухватиће специјализована знања за професионално пружање подршке дјечи и породицама. Очекује се да ће програм рефералног механизма ујединити све релевантне институције да остваре блиску интерсекторску сарадњу и одреде своје улоге и одговорности у пружању свеобухватне подршке дјечи на путу њиховог одрастања.

Поглавље I ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА

Ранка Калинић

Увод

Поремећаји понашања представљају хетерогену групу поремећаја са вишеструким чиниоцима настанка. Један су од најдоминантнијих поремећаја дјече и адолесцената, како по учесталости појаве (процјењује се да се око 20% свих поремећаја у оквиру дјечије психијатрије односи на поремећаје понашања), тако и у односу на ране и касне посљедице које са собом носе.

Дефиниција

Поремећаје понашања карактерише понављано и трајно присуство антисоцијалног, агресивног и изазивачког понашања, које се у значајној мјери разликује од социјално очекиваног понашања за узраст и по чему се разликују од дјечијег несташлука или адолесцентног бунта. Ова понашања одликује изражена склоност ка започињању туча, крађе, вандализма, подметању пожара, бјежању од куће, супротстављању ауторитету и сличном. Да би се поставила дијагноза неопходно је да постоје екстремни и трајни обрасци оваквог понашања који имају негативне посљедице по дијете или његову околину. У ову групу поремећаја се убрајају и она понашања која се одликују негативистичким, хостилним и измијењеним понашањем, израженом вербалном агесијом, тврдоглавошћу и провоцирањем других.

Епидемиологија

Преваленца поремећаја понашања у општој популацији дјече и омладине креће се између 1,5 и 3,4%, односно 4% у узрасту од 13-16 година. Дјечаци чешће од дјевојчица испољавају овај поремећај. Око 40% дјече са поремећајем понашања развије антисоцијални поремећај личности у старијем животном добу.

Класификација

Поремећаји понашања у Десетој ревизији Међународне класификације болести (МКБ-10) налазе се у групи F 90-F 98 која се назива Поремећаји понашања и емоција са почетком у дјетињству и адолесценцији. Дијагностичке категорије поремећаја понашања приказане су у Табели 1.

Табела 1. Дијагностичке категорије Поремећаја понашања (МКБ-10)

Шифра	Категорија
F 91.0	Поремећај понашања ограничен на породичну средину
F 91.1	Несоцијализовани поремећај понашања
F 91.2	Социјализовани поремећај понашања
F 91.3	Поремећај понашања у виду противљења и пркоса
F 91.8	Други поремећај понашања
F 91.9	Поремећаји понашања, неспецификовани

Поред наведених категорија постоје и други клинички ентитети који, како по етиологији, тако и по клиничкој слици (дијагностичким критеријумима), припадају групи поремећаја понашања. То су, прије свих, Хиперкинетички поремећаји понашања (F 90.1) и Мјешовити поремећај понашања и емоција (F 92).

Основни облици понашања који представљају дијагностичке смјернице ове групе менталних поремећаја су:

- учестале туче или застрашивања других,
- суровост према људима или животињама,
- деструктивна понашања према имовини,
- подметање пожара,
- крађе и лагања,
- изостајање из школе, уз бјежања од школе и куће,
- необјашњиви и непровоцирани напади бијеса,
- провокативна и пркосна понашања и
- непослушност и дрскост у понашању.

Сви наведени облици понашања, уколико су наглашени, могу бити довољни за постављање дијагнозе само уколико се понављају током одређеног временског интервала (минимум током 6 мјесеци).

Поремећај понашања ограничен на породичну средину (F 91.0)

Ова врста поремећаја понашања обухвата антисоцијално или агресивно понашање (а не само супротстављајуће, пркосно, рушилачко понашање), у коме је измијењено понашање у потпуности или скоро у потпуности ограничено на кућу и интеракције са члановима најуже породице или домаћинства.

Могу да се јаве крађе из куће, често усмјерене на новац или ствари једне или двије одређене особе. Ово може бити праћено намјерним деструктивним понашањем, такође, често усмјереним ка одређеним члановима породице, попут ломљења играчака или украса, цијепања одјеће, гребања по намјештају или уништавања вриједних ствари. Насилно понашање усмјерено само на чланове породице (али не и према другима) и намјерно подметање ватре ограничено на кућу, такође, представљају дијагностичку подлогу.

У већини случајева ови породично специфични поремећаји понашања настају у контексту неког облика израженог поремећаја односа између дјетета и једног или више чланова уже породице.

Несоцијализовани поремећај понашања (F 91.1)

Овај поремећај понашања карактерише комбинација трајно присутног дисоцијалног или агресивног понашања (задовољава опште критеријуме за поремећаје понашања – F 91, а не састоји се само од супротстављајућег, изазивачког, рушилачког понашања) са знатно израженим поремећајем односа са другом дјецом.

Мјешовити поремећаји понашања и емоција (F 92)

Ово је група поремећаја које карактерише комбинација трајно агресивног, антисоцијалног или опречног понашања са јасним и наглашеним симптомима депресије, анксиозности или других емоционалних сметњи. Морају бити задовољени критеријуми за оба поремећаја, тј. за поремећаје понашања у дјетињству и за емоционалне поремећаје у дјетињству, или одрасли тип неуротских поремећаја или поремећај расположења.

Депресивни поремећај понашања (F 92.0)

Ова категорија захтијева комбинацију поремећаја понашања у дјетињству уз трајно и наглашено депресивно расположење, које се испољава симптомима као што су изразита биједа, губитак интереса и задовољства у свакодневним активностима, самооптуживање и безнадежност, могу бити присутни и поремећаји спавања или апетита.

Етиологија

Етиологија поремећаја понашања је мултифакторска, при чему се сви фактори могу подијелити на оне везане за појединца и срединске факторе.

Генетски, неуроанатомски и биолошки чиниоци

Све су јаснији докази да је поремећај понашања генетски детерминисан, али конкретни маркери овог детерминизма још увијек су недовољно јасни.

Новија истраживања указују на удруженост генетски условљеног снижења нивоа серотонина са импулсивношћу и иритабилношћу појединца, што се сматра значајним у модификацији понашања појединца. Друге студије наглашавају постојање мутације гена који контролише продукцију моноаминоксидазе-а (MAO-A), ензима који је одговоран за разградњу моноамина, допамина и норадреналина. Агресивни мушкарци, код којих је доказана ова генетска аномалија, имају смањену MAO-A активност.

Чест коморбидитет између поремећаја пажње са хиперактивношћу (ADHD) и поремећаја понашања указују на сличну етиологију поремећаја. Како је код хиперактивног поремећаја показан јасан генетски детерминизам, претпоставља се да по сличном моделу може да постоји и у поремећају понашања. Ове студије углавном су фокусиране на истраживање гена везаних за допамин: допамин транспортер – DAT (енгл. Dopamine Active Transporter) и допамин D4 рецептор гена (DRD4). Ова истраживања су у основи употребе специфичних медикамената у лијечењу одређених форми поремећаја понашања.

Дјевојчице са конгениталном надбубрежном хиперплазијом, изложене високим дозама андрогена, показују маскулино понашање и склоније су започињању туча.

Код овог поремећаја интеграција у групу вршњака је веома лоша или не постоји и то чини кључну разлику од „социјализованих“ поремећаја понашања. Поремећај односа са вршњацима је најочљивији у виду изолације, одбацивања или непопуларности код остале дјеце, уз недостатак блиских пријатеља или трајних добрих односа са другима у истој старосној групи. Односе са одраслима карактеришу неслагање, непријатељство и озлојеђеност. Међутим, са одраслима могу да постоје и добри односи (обично без квалитета блискости и повјерљивости), али и ако постоје, то не искључује дијагнозу. Уколико постоји преступништво оно је појединачно. Типична понашања обухватају: силеџиство, експресивне туче (и код старије дјеце), изнуђивање или насилничке испаде, изражену непослушност, грубост, несарадњу и отпор према ауторитету, јаке нападе бијеса и неконтролисаног гнијева, уништавање имовине, подметање пожара и суровост према другој дјечи и животињама. Поремећај обично обухвата све ситуације, али може бити најочљивији у школи.

Социјализовани поремећај понашања (F 91.2)

Ова врста поремећаја понашања обухвата стално антисоцијално или агресивно понашање (задовољава критеријуме за поремећаје понашања – F 91, а не састоји се само од супротстављајућег, изазивачког, рушилачког понашања) код дјеце и адолесцената који су углавном добро интегрисани у групу вршњака.

Основна особина за разграничење овог облика поремећеног понашања је постојање адекватних пријатељстава у групи вршњака. Та група вршњака може (али и не мора) да се састоји од младих који су укључени у делинквентне или антисоцијалне активности (када дјететово социјално неприхваћено понашање може бити добро прихваћено од групе вршњака). Са друге стране, дијете може да припада и неделинквентној групи вршњака, при чему се његово антисоцијално понашање одвија изван овог контекста. Односи са одраслим ауторитетима имају тенденцију да буду лоши, мада могу да постоје и добри односи са извјесним одраслим особама.

Поремећај у виду противљења и пркоса (F 91.3)

Ова врста поремећаја понашања обично се јавља код млађе дјеце и карактерише га назначено непокорно, непослушно и провокативно понашање уз одсуство делинквентних поступака или екстремнијих облика агресивног или дисоцијалног понашања. Уобичајено се среће код дјеце млађе од 10 година, а основна карактеристика овог поремећаја понашања је постојање трајно негативистичког, непријатељског, пркосног, провокативног и рушилачког понашања, које је јасно ван нормалних оквира понашања за дијете истог узраста. Код ове дјеце присутна је ниска толеранција на фрустрације. Кључна разлика од других облика поремећеног понашања је одсуство понашања које нарушава законе и базична права других испољеног кроз крађу, суровост, застрашивање, напаствовање и деструктивност.

Што се тиче неуроанатомских корелата, утврђено је да лезија хипоталамуса доводи до појаве неконтролисаног понашања у виду напада. Абнормална кортикална активност амигдала доводи до агресије. Лезије фронталног кортекса доводе до импулсивности, иритабилности или апатије, у зависности од локације. Лезије у дорзолатералном конвекситету фронталног кортекса удружене су са равнодушним или неодговорним понашањима, а оштећење орбиталне зоне повезано је са импулсивним понашањем. Због тога је важно приликом узимања анамнезе питати о евентуалним повредама главе дјетета или адолесцента.

Карактеристике личности

Теоретичари бихевиоралног опредјељења наглашавају важност раног учења у настанку абнормалног понашања. Најједноставнији (и свакако не једини) јесте модел учења социјализованог понашања. Способност учења социјалних норми, страхова и реакција избјегавања разликује се зависно од типа личности. Према Ајзенковој теорији, особе са ниским нивоом кортикалне будности (енгл. arousal) и инхибиционих потенцијала, као и оне са високо ексцитабилним вегетативним нервним системом (дакле, екстроверти са израженим неуротизмом) склони су развијању антисоцијалних образаца понашања.

Неуропсихолошке теорије наглашавају да су у настанку поремећаја понашања од пресудног значаја неразвијеност или оштећење дијелова мозга кључних у моралном резонувању и предвиђању посљедица, што је функција префронталног кортекса.

Бројна истраживања показала су удруженост нивоа интелигенције са проблемима у понашању. Умјерени и тешки облици поремећаја понашања удружени су са нижим интелектуалним функционисањем.

Дјеца са поремећајем понашања, нејасне ситуације интерпретирају на хостилан начин. Претпоставка за овакве налазе иде у правцу да је то резултат слабије координације између хипоталамопитuitarно-адреналне осе и аутономног нервног система, са једне стране, и емоционалног одговора, са друге стране.

Познавајући чињеницу да већина дјеце са поремећајем понашања потиче из проблематичних породица, може се очекивати да су она била изложена већем стресу него остала дјеца. Утицај перманентног стреса од кључног је значаја за поремећен развој неуробиолошких система мозга, прије свих хипоталамо-хипофизно-адреналне основе.

Средински чиниоци

Дјеца са поремећајима понашања чешће (али не и искључиво) потичу из породица нижег социоекономског статуса у којима су или један или оба родитеља незапослени, ниских зарада и нижег образовног нивоа, у односу на здраву дјецу. Издвајање дјетета из породице у раном периоду, злостављање од стране родитеља или најближих рођака/старатеља, као и емоционална занемареност, удружени су са раном појавом агресије код дјеце.

Као најчешћи породични чиниоци повезани са поремећајем понашања код дјеце помињу се неприпремљеност родитеља за сложу улогу у подизању дјетета, немотивисаност за родитељство и рађање дјеце, слаба родитељска брига или неадекватно праћење развоја и потреба дјетета, ускраћивање позитивних емоција, слаба заинтересованост родитеља за дијете и недостатак родитељске подршке, нестална или крута породична дисциплина, брачна неслога, нарушено здравствено стање родитеља, вишечланост породице и поремећени вриједносни систем породичне егзистенције.

Родитељи са дијагностикованим антисоцијалним поремећајем личности и/или родитељи који су зависници од алкохола и/или психоактивних супстанци, чешће имају делинквентне синове у односу на остале популационе групе. Агресивност родитеља усмјерена директно према дјетету (од крутих дисциплинских ставова до различитих форми злостављања дјетета) као и агресивни, насилни партнерски односи праћени сукобима, могу бити узроци насилничког понашања дјетета. Породице са једним родитељем чешће имају дјецу са поремећајем понашања. Такође, депресивне мајке чешће имају дјецу са поремећајем понашања.

Дјеца са поремећајем у понашању удружују се у групе са себи сличнима када заједно учествују у провалама, обијању кола или ситним крађама по продавницама. Према МКБ-10 поремећаји понашања се и дијеле према томе да ли се акције изводе самостално (несоцијализовани поремећај понашања) или у групи вршњака (социјализовани поремећај понашања). Као основна разлика између ове двије категорије узима се недостатак интеграције у групу вршњака и то у виду изолације, непопуларности у вршњачкој групи и недостатак реципрочних веза код дјеце са несоцијализованим поремећајем понашања.

Предиктори поремећаја понашања

Рани знаци насиља код дјеце и младих могу бити предиктори касније појаве озбиљних проблема понашања. Они су груписани у односу на узраст (предшколски и млађи школски, те старији школски узраст).

Предшколски и млађи школски узраст

Главни предиктори поремећаја понашања овог узраста дјеце обухватају следеће:

- изузетно повучено или депресивно дијете,
- дијете не одговара на пружање посебне пажње или покушава да се склони,
- регресивно понашање дјетета (сисање прста, мокрење у веш) током дужег временског периода,
- знаци повишене анксиозности (претјерана везаност за одрасле, раздражљивост, проблеми са храњењем или спавањем, а који трају дуже од мјесец дана),
- „тежак темперамент“ (импулсивно понашање, неосјетљивост за друге, лако се заплаши, дијете је агресивно или повучено),
- проблеми у социјализацији- однос према другима учи се у породици, од родитеља и

- емоционална траума негативно утиче на дјечије емоционалне стилове, односе са другима и начин доживљавања свијета око себе. Злостављање нарушава базично осјећање сигурности и често изазива агресивност дјецe.

Старији школски узраст

У овом узрасту важност имају сљедећи предиктори понашања дјетета:

- дуго је нефокусирано и деконцентрисано,
- озбиљно је депресивно или утучено, агитирано или у немиру,
- показује знаке самоповређивања,
- понавља ритуална понашања,
- није у стању да обавља свакодневне активности или доноси важне одлуке и
- показује заокупљеност једном мишљу или идејом, посебно ако је њен садржај везан за повређивање себе или других.

Клиничка слика

Основне карактеристике поремећаја понашања су: претјерано учествовање у тучама и њихово започињање, застрашивања, суровост према другим људима или животињама, жестока деструктивност према имовини, подметање пожара, крађе, склоност ка лагању, изостајање из школе, бјежање од куће, необично чести и тешки напади бијеса без јасног повода или на безазлен повод, пркосно и провокативно понашање и непослушност.

Недостатак кооперативности

Учење заједничком раду је неопходно за опстанак у сложенем друштву. Најосновнији нивои кооперативности су самозбрињавање и хигијена, сарадња, одржавање пријатељства, поштовање личног простора и права других. Одбијање кооперативности може проузроковати страх од неуспјеха, губитак основних социјалних вјештина и губитак способности за рјешавање проблема.

Конфликти и агресија

Најчешћи узроци конфликта су: родитељски страхови везани за дјецу и потреба дјецe за слободом, дјечији страхови од родитељског неодобравања који воде љутњи, неконтролисаним нападима бијеса, потреба за осветом било ког учесника конфликта (дјецa, родитељи, наставници, рођаци), било која врста малтретмана (физички, сексуални, емоционални).

Крађа и лагање

За многу дјецу лагање је главни механизам избјегавања злостављања, задобијања сопствене користи у кратком времену или освете постојећем ривалу. Крађа је начин за добијање онога што подразумијевају да легалним путем никада не би добили или онога што сматрају да им је неправедно одузето.

Подметање пожара и вандализам

Ове активности се обично дешавају у групама, а ријетко појединачно. Уколико се искључе психијатријски поремећаји као што су депресија, психотични поремећаји или органски поремећаји мозга, ову врсту понашања најчешће узрокује поремећај понашања.

Бјежање од куће и из школе

Најчешће се дешава у оним породицама и код оне дјецe која живе у хаотичним условима и потичу из породица у којима постоји антисоцијално понашање, злостављање и занемаривање. За ту дјецу је карактеристично да су трауматизована и импулсивна.

Дијагноза

Као и у свим другим поремећајима у дјетињству и адолесценцији, неопходно је разматрати развојни ниво дјетета. Повремени напади бијеса на узрасту од три године старости нису кључни у постављању дијагнозе поремећаја понашања, као ни утврђивање постојања криминалних дјела код дјецe до седам година старости.

Процјена поремећаја понашања изводи се путем сакупљања информација о понашању дјетета у различитим окружењима и коришћењем различитих метода. Врши се процјена и дјетета и родитеља, наставника или других важних особа у животу дјетета. Приликом узимања анамнезе важно је узети детаљне податке о пренаталним и постнаталним чиниоцима ризика (злоупотреба супстанци мајке током трудноће, инфекције и коришћење медикамената у трудноћи), као и о чиниоцима раног развоја (проблем привржености, темперамент, бунтовничка понашања, пажња, контрола импулса, реаговања на фрустрације). Податке увијек треба допунити онима из школе (понашање, школска постигнућа, однос према наставницима и другој дјеци).

За дијагностиковање поремећаја понашања користе се бројне скале и упитници, који се могу подијелити у три велике групе, а служе за добијање информација о моделима понашања: упитници за родитеље, упитници за наставнике и упитници које попуњавању сама дјецa и адолесценти. Најчешће употребљаване скале и упитници су:

- Конерсова скала (енгл. Conners Comprehensive Behavior Rating Scale)
- Упитник о понашању дјетета (енгл. The Child Behavior Checklist) у форми за наставнике, родитеље и за самопопуњавања и
- Ревидирана скала бихејвиоралних проблема (енгл. Revised Behavior Problems Lists).

Смјернице у испитивању дјеце са поремећајем понашања

Током рада са дјецом, која имају поремећаје понашања, од нарочите важности је освртање на сљедеће:

а. Дијагнозу не треба постављати само у односу на тренутно присутна понашања. Неопходно је испитати развојни пут дјетета и испитати сва остала стања од значаја (нпр., повреда главе која је претходила поремећају понашања може указати на поремећај фронталног можданог лобуса). Исто тако, нагло настали поремећај понашања може указивати на почетак психотичног процеса или одговор на злостављање или неподношљиву породичну ситуацију.

б. Кад год је могуће треба испитати коморбидитет. Анксиозност, депресија, посттравматски стресни поремећај и/или хиперкинетски поремећај само су нека стања која треба узети у обзир приликом постављања дијагнозе поремећаја понашања. Такође, и нека друга медицинска стања (повреде главе и слична) могу узроковати проблеме у понашању.

в. Злоупотреба супстанци може бити и узрок и резултат поремећаја понашања.

г. Исти феномен у адолесценцији може имати значајно бољу прогнозу од појаве у одраслом добу. Неопходно је феномен посматрати у оквиру развојног степена дјетета, односно адолесцента.

Коморбидитет

Поремећај понашања је у високом коморбидитету са поремећајем пажње и хиперактивности (око 50%), депресијом (око 30%), анксиозним поремећајима (30%) и тешкоћама учења (30% - 40%).

Диференцијална дијагноза

Постојање других емоционалних проблема везаних за доба дјетињства и младости као што су поремећаји сепарационе анксиозности у дјетињству, поремећаји фобичке или социјалне анксиозности или поремећаји супарништва са братом или сестром, требало би дијагностиковати у склопу мјешовитог поремећаја понашања и емоција. Уколико је најнаглашенији симптом хиперактивност, треба испитати критеријуме за хиперкинетски поремећај. Дијагнозу поремећаја понашања искључује постојање симптома који задовољавају критеријуме за афективне поремећаје (прије свега депресије), первазивне развојне поремећаје (прије свега неспецифични аутизам) или психотичне поремећаје.

Прогноза

Прогноза поремећаја понашања је релативно лоша, а они су често удружени са каснијом појавом психијатријских поремећаја, прије свих антисоцијалним поремећајем личности и злоупотребом супстанци. Ови поремећаји воде криминалном понашању, брачним проблемима (чешћи разводи), тинејџерским трудноћама,

слабој пословној продуктивности, али и смртним исходима, као посљедици насилничког понашања. Између 30 и 50 % дјеце са поремећајем понашања испуњава критеријуме за постављање дијагнозе антисоцијалног поремећаја личности, једини из групе поремећаја личности који се може дијагностиковати већ са 15 година старости. Код дјевојчица, поремећај понашања може у каснијем животном добу водити депресији и анксиозном поремећају, прије него антисоцијалном поремећају личности или злоупотреби супстанци, што је случај код дјечака.

Лијечење

Познато је да како дијете расте, проблеми у понашању се продубљују, а одговор на третман постаје све слабији и неуспјешнији. Због тога са третманом треба започети што је раније могуће, а третман мора бити мултимодалан и усмјерен и на дијете и на средину у којој живи. Што је дијете млађе, третман треба више усмјерити на родитеље, како због развојног нивоа дјетета тако и због објективних околности које су довеле до проблема у понашању. У различитим студијама показана је већа ефикасност когнитивно-бихевиоралне терапије у односу на друге психотерапије у третману поремећаја понашања. Ефекти когнитивно заснованих третмана значајно смањују агресивна понашања у кући, школи и друштву у цјелини.

Све терапијске интервенције поремећаја понашања се могу подијелити у сљедеће категорије:

а. Индивидуалне терапије дјетета/адолесцента са поремећајем понашања могу се користити самоинструкциони тренинзи, тренинг контроле љутње, вјештине контроле понашања, морално резонување, вјештине „играња улога“, социјалне вјештине, вјештине рјешавања проблема и друге методе, а истовремено је важно подстицати дијете на сагледавање својих добрих особина.

б. Групне терапије и терапије у оквиру вршњачке групе са сличним проблемима у понашању.

в. Интервенције у породици (породична системска терапија, тренинг родитељских вјештина, бихевиорална породична терапија). Терапеут би требало да подржи родитеље, јер критиковање родитеља обично узрокује њихов још већи критицизам. Идентификовање позитивних родитељских вјештина поспјешује напредовање родитељства, док би идентификовање негативних интеракција међу члановима породице требало да подстакне откривање и пружање позитивних алтернатива.

г. Интервенције које се спроводе у оквиру шире друштвене заједнице (циљ је да се дјеца и млади са поремећајем понашања третирају у оквиру сопственог окружења, а не издвојено, тј. појединачно).

д. Интервенције у школи (сарадња са педагошко-психолошким службама школе у циљу помоћи у учењу овој дјечи и младима, обезбјеђивање бољег мониторинга понашања, као и побољшање интерсекторске сарадње).

ђ. Мултимодалне интервенције (интервенције са дјецом и младима, интервенције са родитељима и школом и друго).

е. Медикаментозна терапија. У клиничкој пракси се у третману дјеце и младих са поремећајем понашања најчешће користе медикаменти из групе антипсихотика и стабилизатора расположења. Уколико постоји коморбидитет могу се користити антидепресиви и анксиолитици.

Литература:

- Бојанин С., Поповић Деушић С. Психијатрија развојног доба, Београд, 2012.
- Masi G., Manfredi A., Milone A. Predictors of nonresponse to psychosocial treatment in children and adolescent with disruptive behavior disorders
- Miller S, Malone PS, Dodge KA, Developmental trajectories of boys and girls delinquency: seks differences and links to later adolescent outcomes
- Nevels RM, Dehon EE, Alexander K, Gontkovsky ST, Psychopharmacology of aggression in children and adolescent with primary neuropsychiatric disorders: a rewiev of current and potentially promisin treatment options

Поглавље II

СОЦИЈАЛНО-ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ РАЗВОЈА ПОРЕМЕЋАЈА ПОНАШАЊА И ЕМОЦИЈА КОД ДЈЕЦЕ И АДООЛЕСЦЕНАТА

Сања Радетић Ловрић

Пут одрастања је стаза кроз коју се урођени потенцијали обликују у датим условима социјализације. Формира се личност са свим својим специфичностима, уче се осјећати, препознавати и изражавати пријатне и непријатне емоције, спознају се потребе и начини њиховог задовољавања или немогућности да се исте задовоље. Кроз пут одрастања спознајемо и друге људе и свијет око себе, стварајући слику о себи у друштвеним контекстима. Стиче се искуство. Колико ће бити успјешно пјешачење или трка кроз стазу живота зависи од нас самих, подршке коју имамо и од околности живота са којима се суочавамо. Некада ће стаза водити ка странпутицама, али и кроз њих ћемо стицати искуство. Некада ћемо се моћи вратити, а некада ћемо лутати, мање или више успјешно.

Социјализација дјеце

Процес социјализације почиње од самог рођења дјетета, чак се вјерује и од периода зачећа дјетета и траје читав живот. То је процес у којем појединац путем социјалног учења, у интеракцији са средином, усваја одређене обрасце и облике понашања, развија и формира личност са својим специфичним карактеристикама (Милосављевић, 2004). У првим годинама живота дјетета, доминантан преносник (фактор) социјализације су родитељи. Њихова доминација је потпуна до поласка дјетета у школу или предшколску установу, када у социјализацији дјеце учествују васпитачи, учитељи и вршњаци, те медији. Сви они преносе и друштвено-културне обичаје и систем вриједности на дијете. Тада процес социјализације дјеце постаје динамичнији, а дијете отвореније за спољашње утицаје. Дијете учи из свега што види, чује, осјети, окуси и додирне. Процес социјализације постаје посебно динамичан и интензиван у адолесцентском периоду, које са собом носи низ биолошких, психолошких и социјалних промјена. У фокусу процеса социјализације је развој социјалног идентитета и индивидуализација појединца. Млада особа формира свијест о себи и свом положају у социјалном окружењу у оквиру процеса социјализације, док је базични циљ процеса индивидуализације развој и формирање личности. Основни циљ процеса социјализације је, до тог периода, усвојити пожељне друштвене стандарде и прихватљиве облике понашања у друштвено-културној заједници. Међутим, уколико се процес социјализације, и у оквиру њега процес индивидуализације, одвија у неповољним условима отворене су могућности генерисања непожељних друштвених стандарда, вриједности и друштвено неприхватљивих понашања (Радетић Ловрић, 2011). Ефекти дјеловања различитих аспекта социјализације остављају трајне печате на живот и понашање појединца. Због тога је важно стручну пажњу усмјерити на факторе социјализације и могуће ризике њиховог дјеловања.

Фактори ризика у процесу социјализације дјеце

Фактори ризика у процесу социјализације дјеце који доводе до неповољних промјена у понашањима и емоцијама најчешће се проналазе у динамичком дјеловању породице, школе и вршњачке групе, као и начину провођења слободног времена дјеце (Радетић Ловрић, Нинковић, 2018).



Графикон 1. Основни фактори (агенси, преносници) социјализације

Одређени динамични процеси који се одвијају под утицајем примарних фактора социјализације повећавају ризик за развоја неповољних промјена и поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената. На њих стручњаци менталног здравља требају обратити посебну пажњу када разумијевају, објашњавају и предвиђају дјечија понашања.

Издвојићемо неколико фактора ризика који могу бити значајни за схватање промјена понашања и емоција код дјеце и адолесцената (Радетић Ловрић, Нинковић, 2018):

Фактора ризика у породици на које стручњаци треба да обрате пажњу:

Неадекватност родитељске (старатељске) бриге и одсуство надзора са посебним нагласком на идентификовање могућег занемаривања и злостављања дјеце;

- Непримјерени родитељски (старатељски) потенцијали за бригу о дјетету;
- Неадекватни васпитни ставови родитеља;
- Нарушен квалитет и квантитет интерперсоналних односа у породици (недостатак блискости, породица не учествује заједно у породичним активностима);
- Лоша социјално-психолошка клима у породици;
- Недостатак квалитетне комуникације између чланова породице (недостатак отвореног односа и повјерења);
- Породична правила и границе одговорности нису успостављени;
- Присутност, учесталост и интензитет физичког кажњавања дјеце;
- Присутност социјално патолошких појава међу члановима породице (нпр. алкохолизам, насиље, проституција, кориштење дрога, покушај самоубиства);
- Присутност душевних и других обољења међу члановима породице;
- Губици у породици и други породични стресори;
- Лоше материјално-стамбене прилике у породици.

Фактори ризика у школи на које треба обратити пажњу:

- Нередовност у извршавању школских обавеза;
- Неоправданост изостајања са наставе, кашњење на часове, навођење непримјерених и непоткрепљених изговора;
- Непоштовање школских правила и непреузимање одговорности, кажњавање од стране наставника и снижено владање ученика;
- Недостатак мотивације за учењем и школским постигнућем;
- Нагло слабљење школског успјеха;
- Конфликтан или индиферентан однос између ученика и наставника;
- Конфликти са другим ученицима;
- Неприхваћеност и одсуство подршке од стране ученика и наставника;
- Социјално искључивање од стране ученика;
- Неучествовање у школским активностима (школским секцијама);
- Тешкоће у савладавању наставног градива;
- Неодолажење родитеља на информативне и родитељске састанке, нарочито неодазивање позиву школе;
- Оштећење школске имовине;
- Бјежање са наставе (не подразумемијева групно одлучивање).

Фактори ризика у вршњачкој групи на које треба обратити пажњу код дјече:

- Дружење са вршњацима који се понашају на социјално неприхватљив начин или са дјецом у сукобу са законом;
- Прекид или слабљење ранијих пријатељских веза;
- Дружење са дјецом старијег узраста (нарочито три и више година);
- Доживљен било који вид насиља од стране вршњачке групе и учешће у насиљу;
- Честе промјене вршњачких група (нпр. због промјене мјеста становања);
- Раније присутни облици друштвено неприхватљивог понашања (припадност и доказивање групи).

Начин провођења слободног времена као фактор ризика:

- Скитња, лутање улицама, насељем и градом без одређеног циља;
- Недостатак заинтересованости за одређене активности и хобије;
- Доколичарење;
- Провођење времена у кафићима, кладионицама и компјутерским играоницама;
- Учешће у навијачким групама;
- Касно долажење ноћу кући (непримјерено вријеме за узраст дјетета);
- Незаинтересованост за учешће у конвенционалним активностима (школске и спортске секције);
- Садржаји за које се дијете интересује на интернет каналима или их размјењује (слике непримјереног садржаја за доб);
- Друштвене мреже и искуства (изопштавање из група, креирање лажних профила).

Задатак стручњака менталног здравља је да идентификују факторе ризика, њихов интензитет, дужину трајања и учесталост дешавања, те сагледају њихове међусобне односе. Фактори ризика обично нису изоловани у свом дјеловању. Најчешће су удружени, те не пружају јасну слику узрочно-посљедичних односа.

Пажљиво прикупљене информације о факторима ризика омогућавају стручњаку:

- да разумије и објасни понашање дјетета,
- да креира или предложи индивидуални план третмана,
- да подстакне интересекторску сарадњу и
- да оствари услове за аргументовану предикцију понашања дјетета у будућности и ефикасност третмана.

Утицај фактора социјализације обликује дјететове урођене потенцијале, утичу на формирање личности, социјални и емоционални развој, а манифести тих утицаја преносе се на дјететово понашање. (Радетић Ловрић, Нинковић, 2018).

Ефекти процеса социјализације на задовољавање потреба дјече

Већина родитеља теже бити довољно добри родитељи. Довољно добар родитељ је онај који настоји правовремено задовољити основне потребе своје дјече: потребе првог реда, као што су физиолошке потребе, потреба за сигурношћу и потреба за љубављу и припадањем, а затим и потребе вишег реда, а то су (само)поштовање и самоостварење (Радетић Ловрић, 2020). Задовољење потреба дјече захтијева оптимизацију. Оптимизација у задовољењу потреба може да подразумемијева одређивање мјере у задовољењу дјечијих потреба и одређење приоритета у хијерархији њиховог задовољавања. Претјеривање у њиховом начину задовољавања може имати супротан ефекат од пожељног, те бити ометајући чинилац успјешног васпитања дјече. Задовољење одређених потреба и прије него што су се исте појавиле, дјецу може учинити рањивом на животне околности. Таква дјеца се уобичајено перципирају као осјетљива или размажена. На жалост, савремено родитељство је све више усмјерено ка претјераном задовољавању и потпуној контроли дјечијих потреба, па чак и прије него дијете само искаже сопствену потребу. Супротно, незадовољеност дјечијих потреба може да у крајњем случају води нарушавању дјечијих права и спада у занемаривање или злостављање. Неадекватан начин задовољења дјечијих потреба утиче на дјечије поимање свијета око себе, емоционалну свијест и усвајање одређених облика понашања.

Табела 2. Најчешће посљедице незадовољених потреба дјече и адолесцената:

РЕД ПОТРЕБА	ПОТРЕБЕ	ФАКТОРИ РИЗИКА	МОГУЋЕ ПОСЉЕДИЦЕ НЕЗАДОВОЉЕНИХ ПОТРЕБА
ПОТРЕБЕ ПРВОГ РЕДА	Физиолошке потребе	родитељска небрига, сиромаштво, неимаштина, незапосленост, низак социо-економски стандард, лоши хигијенски услови, занемарујући васпитни стил	неухрањеност, разне болести, хигијенска запуштеност, едукативна запуштеност, занемаривање ...
	Потреба за сигурношћу	породични стресори, стресори у вршњачкој групи, стресори у школи (изложеност вршњачком насиљу), попустљив васпитни стил	беспомоћност, страх, неповјерење у свијет око себе, поремећај емоција и понашања широког спектра, несигурност у себе, доживљај некомпетентности ...

ПОТРЕБЕ ПРВОГ РЕДА	Потреба за љубављу и припадањем	одбаченост од других, алијенација, ауторитарни васпитни стил, емоционално условљавање дјеце, високо-конфликтни разводи, лоша социјално-психолошка клима у породици	усамљеност, туга, разочарење, повлачење, избегавање, осјећање одбачености, кривице, социјална изолација – повлачење у себе, поремећаји понашања и емоција широког спектра ...
ПОТРЕБЕ ДРУГОГ РЕДА	Потреба за (само) поштовањем	искљученост из групе, маргинализација, дискриминација, болести ...	негативна слика о себи, разочарење, повлачење, деперсонализација, одуство алтруизма, незаинтересованост за свијет око себе, емоционална празнина, доживљај неостварености и промашености живота, губитак смисла живота, очај, покушаји самоубиства, доживљај безизлазности ...

Потребе се задовољавају хијерархијски, по реду приоритетности. Задовољавање потреба нижег реда, омогућава прелазак на виши ниво задовољења мотива. Тада говоримо о адаптивној хијерархијској организацији мотива (потреба). Адаптивно задовољавање потреба је компатибилно друштвеним стандардима прихватљивог и пожељног, покреће на активност и позитивно поткрепљује психолошки развој дјетета. Међутим, уколико потребе нижег реда нису адекватно задовољене, прелазак на виши ниво потреба је онемогућен (Maslow, 1982). Чак и дјелимично задовољење потреба битно успорава прелазак на више нивое мотива. Уколико у датим околностима социјализације дјетета није могуће адекватно задовољити дјечије потребе, биће угрожени одбрамбени системи дјетета и квалитет његовог живота. У том случају, дијете неће моћи градити позитивну слику о себи и свијету који га окружује. Мотиви који га покрећу на активност се окрећу против личног и друштвеног просперитета. Таква организација мотива води ка појави неприлагођеног, неприхватљивог, социјалнопатолошког, преступничког или криминалног понашања, односно различитих видова понашања у основи којих стоји агресија према другима, али и према себи. Начини задовољавања основних потреба дјетета повезани су са промјенама у емоцијама и понашањима, а животне препреке које осујећују задовољавање потреба су многобројне.

Примјер

Дијете које је сваког дана у својој породици изложено различитим облицима породичног насиља, у својој породици неће осјећати сигурност, плашиће се да не буде повријеђено и налазиће различите начине да опстане у породичној динамици. Његова потреба за сигурношћу неће моћи бити задовољена, те ће и задовољавање потребе за припадањем породици и осјећајем вољености бити осујећено.

Сличан је примјер и са дјететом које је свакодневно у школи изложено изругивању, одбацивању и другим облицима насиља од стране вршњака. Школа у том случају неће бити сигурно мјесто за дијете, уколико се не примијети да је

потреба за сигурношћу дјетета угрожена и уколико се не предузму интервенције које ће довести до спрјечавања изложености насиљу и јачању одбрамбених капацитета дјетета. У супротном, дијете ће избегавати одлазак у школу, тражиће различите начине да избегне аверзивне ситуације. Међутим, уколико му се то не дозволи (јер у школу се мора ићи), наступиће промјене у понашању и емоцијама. На примјер, дијете ће се жалити на главобољу, болове у стомаку, плашљивост, одсуство пажње.

Широк је спектар промјена које могу наступити усљед аверзивних животних искустава и осујећења задовољавања дјечијих потреба, а условљени су индивидуализацијом сваког дјетета.

Стресна животна искуства дјеце и адолесцената као ризици развоја поремећаја понашања и емоција

Свако дијете може бити суочено са препрекама које нарушавају његову психолошку равнотежу. Нарушена психолошка равнотежа одражава постојање несклада између жеља и тежњи, са једне стране, а могућности са друге стране. То су препреке које настају када задовољавање примарних дјечијих потреба: физиолошких потреба, потреба за сигурношћу, љубављу и припадањем, постаје угрожено. Такве ситуације обично представљају различите неконтролабилне или аверзивне животне догађаје које дијете процјењује као другачије, непознате, неповољне, опасне, које га повређују или чак угрожавају. Животне препреке на које дијете наилази могу бити повезане и са његовим особинама, на примјер, недостатком самопоуздања, неодлучношћу, физичким недостатком. Додатно, дјеца су изложена многобројним захтјевима околине, првенствено родитеља и школе, често немајући могућност избора и самосталног одлучивања.

Када је суочено са животним препрекама, дијете схвата да се дешава нешто што је за њега непријатно и активно мисли о томе, иако се нама одраслима, чини да дјеца не разумију многе животне ситуације. Заправо је истина да дјеца примјећују промјене у свијету око себе, у својој породици, на својим родитељима, на себи. Они схватају проблемске ситуације на себи својствене начине и о њима граде сопствену слику. Такве животне околности га збуњују, фрустрирају и воде нарушавању дјететове психолошке равнотеже. Уколико дијете нема психолошких капацитета да се сноси са изазовима живота, уколико нема изграђен близак однос повјерења са бар једним родитељем, уколико се дјететове промјене не уоче на вријеме, доћи ће до промјена које ће се испољити на здравственом, понашајном и емоционалном плану.

Животне околности које неповољно утичу на дјечији психолошки развој најчешће називамо животним стресорима. Стрес и стресне околности доводе до специфичних реакција и промјена на физиолошком, когнитивном, емоционалном и понашајном нивоу. Такве промјене нам могу указати да су дјеца под стресом.

Табела 3. Учестале реакције на стрес код дјече и адолесцената

ФИЗИОЛОШКЕ ПРОМЈЕНЕ	знојење дланова, појачано лупање срца, црвењење лица, стомачне тегобе, главобоље, сухоћа уста и др.
КОГНИТИВНЕ ПРОМЈЕНЕ	одсутност пажње, заборавност, слабљење концентрације, претјерана самокритичност или губитак самокритичности, присилне мисли, немогућност учења и др.
ПРОМЈЕНЕ ЕМОЦИЈА	промјене уобичајених расположења, туга, тјескоба, паника, љутња и др.
ПРОМЈЕНЕ У ПОНАШАЊУ	плакање, агресивне реакције: лупање, ударање, повређивање усмјерено ка другима или себи, повлачење, изолација из друштва или промјене вршњачких група и др.

Како ће дијете реаговати на стресоре, односно колика ће бити отпорност дјетета према стресорима зависи од низа чинилаца: природе стресора, његове учесталости, трајања и интензитета, субјективних, психолошких капацитета дјетета и социјалне подршке. Тако можемо да разликујемо велике, интензивне стресоре и свакодневне стресоре. Интензивни, изненадни јаки стресори могу представљати трауматска искуства на која се може развити и посттрауматски стресни синдром. Стресори се могу појављивати у различитим временским контекстима, трајати у континуитету одређено вријеме или се, пак, десити једном, али оставити незабораван траг у нашем памћењу. Важно је обратити пажњу и на увремењеност стресора када су у питању дјеца и млади. Различиту тежину са собом носи стресор који се десио у нарочито вулнерабилним развојним фазама одрастања дјетета. Стресоре можемо посматрати и кроз различите животне контексте и социјалне вриједности: породицу, школу, вршњачке групе или здравље, љубав, подршку, солидарност, успјех и друге. Промјене у понашању и емоцијама дјетета могу бити посљедице стресора, али могу представљати и узроке стреса. За потребе идентификације стресора корисно је сачинити Листу стресора (у Прилогу), у којој се могу евидентирати и одређене карактеристике стреса како би стручњаци у области менталног здравља на систематичнији начин могли стећи јаснији увид у природу проблема дјече и адолесцената. Изложеност стресорима увијек се повезује са потребама, те може да доведе до дефицита у задовољавању потреба.

Нека дјеца су отпорнија, толерантнија на стресне ситуације од друге дјеце. Начини суочавања и превазилажење стресних околности живота одређени су урођеним потенцијалима дјеце, али и стеченим у процесу социјализације наученим обрасцима реаговања на стрес. Стресори са којима дијете није у могућности да се функционално суочи и разријеша их на повољан начин, јер није довољно зрело, не посједује потребно искуство и вјештине за суочавање са аверзивним стимулусима или нема одговарајућу подршку блиске особе, представљају озбиљан ризик за развој поремећаја у понашањима или емоцијама. Интензивни, понављајући или учестали стресори захтијевају посебан опрез у третману, јер ометају здрав психолошки и општи развој дјетета.

Правовремена стручна подршка помаже да дијете на адаптивне и функционалне начине превазиђе неповољне животне околности. Уколико дијете има подршку стручњака и/или блиске особе (бар једног родитеља) суочавање са

стресом има позитивније исходе. Одсуство подршке у важним, битним животним околностима може, такође, представљати стресор. Због тога је веома важно приликом укључивања дјеце у третман, остварити сарадњу са дјететовим родитељима и другим блиским особама, које су дјетету од повјерења, којима дијете вјерује. Сарадња са родитељима у одређеним ситуацијама подразумева и укључивање родитеља у третман или психоедукацију родитеља о битним аспектима пружања подршке, што веома повољно утиче на исход третмана. Начини обраћања пажње родитеља на дјечије потребе и подршка коју им пружају у савладавању стресора повезана је са родитељским компетенцијама и усвојеним ставовима васпитања. Зато је битно размотрити и васпитне ставове родитеља.

Васпитни ставови родитеља као ризици развоја поремећаја понашања и емоција

На путу свог одрастања дјеца се сусрећу са бројним изазовима и препрекама. Превазилажење препрека и савладавање изазова оспособљава дијете за каснији самосталан живот. Како дијете расте, животне препреке и изазови постају комплекснији, али и његове способности за проналажење рјешења и доношење одлука постају израженије. Због тога је веома важно подстицати дјецу на самосталност, у складу са њиховом развојном доби и не чинити за њих оно што могу урадити или покушати сами за себе урадити. У томе је пресудна васпитна улога родитеља.

Примјер

Родитељи облаче и обувају своју дјецу и након треће године живота, спремају за њима играчке, те дјеца, касније, у школском узрасту не умију да заокупају кошуљу, вежу пертле, сложе своју одјећу и сл. Носе им торбе у школу, јер су претешке, заборављајући да и сам живот носи одређене тешкоће које је потребно самостално савладати. Родитељи долазе по дјецу у школу аутомобилом, занемарујући колико су сналажење дјетета у простору или неформални разговор са другарима на путу од куће до школе важни за одрастање и касније социјално функционисање њиховог дјетета. Услјед родитељске тежње да се свакодневно сервисирају дневне и школске обавезе дјеце, изостају међусобни разговори родитеља и дјеце, активно и квалитетно вријеме проведено у заједничким слободним породичним активностима.

У васпитању дјеце посебна пажња се обраћа на емоционални однос на релацији дијете-родитељ и родитељски надзор и контролу дјечијих потреба, стања и понашања (Радетић Ловрић, 2020). Афективна димензија подразумева успостављен емоционални однос родитеља према дјетету. Емоционални однос се поларизује на континууму топло-хладно васпитање, односно топао или хладан емоционални однос родитеља према дјетету. Димензија контроле се односи на родитељски надзор и контролу над дјететом, родитељско дозвољавање, односно ограниченост дјечије слободе, како у психичком, тако и у физичком смислу, односно захтјеве и очекивања која родитељи постављају пред дјецу. Димензија контроле се поларизује на попустљиво и ограничавајуће васпитање. Дводимензионални модел васпитних ставова родитеља је више

пута емпиријски испитиван и показао је постојање везе васпитних ставова родитеља и промјена понашања и емоција код дјеце и адолесцената, склоност ка друштвено неприхватљивим понашањима, повезаност са самопоуздањем, школским постигнућем и академским успјехом дјеце (Пиорковска-Петровић, 1991, Генц, 1994; Коџопељић, 2009, Egberts et al., 2015, Павићеви и Стојиљковић, 2016). Комбинацијом полова двију димензија добијају се четири различита васпитна стила, односно родитељска става у васпитању.

Табела 4. Дводимензионални модел васпитних ставова родитеља

КОНТРОЛА	ЕМОЦИОНАЛНИ ОДНОС	
	топао	хладан
попустљивост	топао– попустљив став ПЕРМИСИВНИ	хладно–попустљив став ИНДИФЕРЕНТАН (ЗАНЕМАРУЈУЋИ)
ограничење	топао– ограничен АУТОРИТАТИВНИ	хладно–ограничен АУТОРИТАРНИ

Карактеристике ауторитарног васпитног става:

- Емоционално хладан, дистанциран и неприступачан родитељ;
- Родитељ поставља строга правила која се морају поштовати и не постоји „не, нећу, не могу“;
- Родитељ очекује покорност дјетета његовом ауторитету у свим ситуацијама и дијете нема избора за супротстављен став;
- У случају непоштовања родитељских правила и захтјева, дјеца ће бити кажњена или у проблему;
- Дјеца уче да је једини начин без поговора послушати родитеља;
- Родитељска очекивања и захтјеви од дјеце су високи, без обзира на дјететове могућности и потенцијале;
- Родитељи ријетко похваљују своју дјецу, грле, мазе;
- Дијете је послушно, добро, али не развија потребно самопоуздање. Научено је да послуша и да се покори одраслом без размишљања.

Карактеристике ауторитативног васпитног става:

- Родитељ дјецу поставља јасне границе, којих се досљедно држи, али и објасни дјетету зашто су важне и корисне;
- Родитељ очекује од дјетета да поштује правила уз исказивање разумијевања и допуштања да дијете има свој став и да се међусобно усагласе и договоре;
- Родитељ не спутава, већ подстиче дијете на самосталност, дозвољавајући му слободу;
- Међусобни однос је прожет топлином, исказивањем љубави, подршке и уважавања;
- Дијете се похваљује за уложен труд;
- Родитељ познаје могућности и потенцијале дјетета, подстиче га, али не инсистира, уколико то није дјететова потреба;
- Дијете је самопоуздано у социјалним везама;
- Дијете критику схвата као позитивно поткрепљење за промјену.

Карактеристике пермисивног, попустљивог васпитног става:

- Родитељ не поставља захтјева пред дијете или има веома мало захтјева, попустљив је;
- Родитељ ради све умјесто дјетета. Размишља за њега, учи за њега.
- Родитељ претјерано размишља о дјечијим потребама, планира их и задовољава, прије него је дијете осјетило саму потребу;
- Пред дијете се не постављају правила, угађа му се;
- Дјетету се не упућује критика у ситуацијама у којима је то потребно;
- Родитељ претјерано брижан, „облијеће“ око свих потреба које дијете може да има;
- Претјерана брига и руминирање за дијете;
- Родитељ и дијете оправдања и изговоре виде у спољашњем локусу контроле (увијек су други или ситуације одговорне);
- Дијете постаје несигурно, нарочито у социјалним контактима;
- Дијете има проблем у прихватању ауторитета.

Карактеристике занемарујућег, индиферентног става васпитања:

- Родитељ не поставља јасне границе у понашању дјеце;
- Родитељ је незаинтересован или је заинтересован само за одређене ствари (нпр. само да дијете није гладно);
- Родитељ према дјетету не исказује емоционалну топлину и разумијевање за дјечије потребе;
- Не разговара се са дјететом, нема интереса за његове жеље;
- Родитељ нема времена за дијете, усмјерен је на сопствене потребе;
- Код дјеце је изражено несамопоуздање, присутан осјећај личне несамоефикасности;
- Дјеца имају потешкоће са уклапањем у социјану, вршњачку групу;
- Родитељ не одлази на родитељске састанке или се не одазива на позив школе.

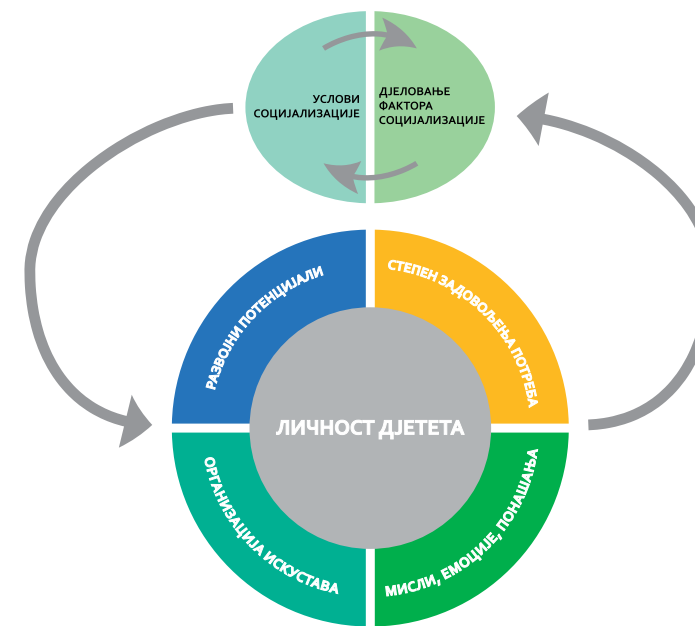
Адекватна родитељска улога у одрастању дјеце увијек може бити извор заштите од свих животних неповољности. Због тога је важно говорити и о васпитним ставовима родитеља у изградњи отпорности дјеце на стресне животне околности. Ауторитативни васпитни став родитеља пружа дјецу емоционалну топлину, уз јасно постављање граница и одговорности у понашању дјеце. Такође, задовољава дјечије потребе на адекватан начин, а евентуално одлагање потреба компензује разумијевањем и топлином. Васпитни став родитеља којима се исказује топлина, али и јасна одговорност у постављању граница, представља дјецу добар модел понашања, који их чини мање подложним за неповољне утицаје у секундарној социјализацији. Такав васпитни став ће омогућити дјетету да се лакше суочи са животним препрекама и да одабере функционалан начине суочавања са стресом кроз одабир да се повјери својим родитељима, јер ће очекивати топлину и разумијевање. Остали васпитни ставови или мијешање различитих ставова родитеља од ситуације до ситуације, може продуковати нестабилне обрасце афективне везаности, те неповољне обрасце у понашању дјеце и адолесцената. Суштинска потреба сваког дјетета је емоционална топлина родитеља и јасна досљедност успостављања граница дозвољеног понашања. Предуслов за успостављање оваквог васпитног става је

квалитетно вријеме које проводе дјеца и родитељи у отвореној комуникацији и односу повјерења. Заправо, количина времена није пресудна у односу на његов квалитет који треба да је усмјерен на топлину, разумијевање и препознавање потреба дјетета.

Савремено друштво наметнуло је убрзан темпо живота у којем је родитељ фокусиран на обезбјеђивање животне егзистенције, а дијете на испуњеност родитељских очекивања. Све је мање отворене комуникације на релацији дијете-родитељ. Слободно вријеме дјетета испуњено је ваннаставним активностима: различитим спортовима, учењем страних језика и слично. Дјеца остају ускраћена за вријеме у којима ће социјалне вјештине стицати кроз слободну дјечију интерактивну игру. Замјена за вршњачке слободне игре надомјестио је бескрајан и неконтролисан свијет информационо-комуникацијских технологија. Комуникација са техничким уређајем је углавном једносмјерна, те онемогућава дјетету да развија свој говор и вјештине комуникације, што се неповољно одражава и на комуникацију са вршњацима, усвајање вокабулара, писменост и учење читања. Вријеме дјетета испред рачунара или са телефоном у рукама, је одлазак у непредвидив, али привлачан свијет у којем недостаје заштита и надзор родитеља. С друге стране, виртуелни свијет нам омогућава брз приступ информацијама, олакшано учење и долажење до спознаје и остваривање контакта са физички удаљеним, али нама блиским значајним другим особама. Неријетко, родитељи (п)остају немоћни пред изазовима савремених услова социјализације, усљед чега ментално здравље дјеце постаје рањиво.

Поремећаји понашања и емоција дјеце и адолесцената

Дакле, да би се разумио психолошки свијет дјеце и адолесцената треба упознати услове социјализације у којима дијете одраста, утицаје фактора социјализације на развој дјетета, дјететове мисли, емоције и понашања, али разумјети и њихове међусобне везе. Уколико дијете одраста у неповољним условима социјализације у којима је изложено факторима ризика, те уколико нема достатну отпорност на животне стресоре, у његовој когницији ће се јавити мисли о њему као бићу које није довољно добро или вриједно и које због тога осјећа непријатне емоције. Из таквих мисли и непријатних емоција произилазе и промјене у понашању. Дјечије мисли, емоције и понашања су међусобно повезана и у повратној су спрези са условима социјализације. На основу њих дијете гради слику о себи, а та слика утиче на дјететов свеукупни психолошки развој. Негативна слика о себи нарушава психолошку равнотежу дјетета. Дијете тежи да је поврати користећи различите механизме одбране. Међутим, дјеца најчешће, не посједују достатно животну искуство које би му омогућило да употреби ефикасне механизме одбране у превазилажењу комплексних животних проблема.



Слика 1. Фактори психичког развоја дјетета

Промјене у понашању су често одговор на околности живота и тежња да се поврати доживљај самоефикасности и поново успостави психолошка равнотежа. Промјене понашања могу да упозоре на незадовољене дјечије потребе, повреду права и да се схвате као апел за подршку и помоћ.

Примјер

Дјечак (8 година) након развода родитеља исказује повремену потиштеност. Након што настају конфликтни односи, унутар којих дијете заузима улогу инструмента за разрјешење родитељских емоционалних веза, дијете испољава манипулативне облике понашања кроз исказивање лојалности према оном родитељу у чијем присуству се налази, а уз испољавање изразито негативистичког става према другом родитељу. Промјене у понашању код дјетета иду у прилог томе да дијете не налази ефикасан механизам одбране усљед проблема у којем се нашао, јер исти превазилази когнитивне капацитете његовог развојног доба.

Када промјене понашања ометају социјално функционисање дјетета и адолесцената и утичу на његов оптимални развој, говоримо о поремећајима понашања. У литератури се најчешће прави разлика између активних или екстернализованих и пасивних или интернализованих промјена и поремећаја у понашању. Екстернализовани су они поремећаји понашања који су усмјерени ка другим особама, животињама или стварима, а резултат су недовољне контроле и неуспостављених прихватљивих граница у понашању дјеце и адолесцената. У екстернализоване поремећаје понашања спадају: наметљивост, одбијање послушности, хиперактивност, одсуство пажње, пркос, импулсивност, свађе, лагање, варање, агресивност, насиље, бјежање од куће, преступничка и

криминална понашања. Интернализовани поремећаји понашања, за разлику од екстернализованих, су усмјерени према себи, а резултат су претјеране контроле и заштите (најчешће од стране родитеља). У такве видове понашања спадају: повученост, плашљивост, плачљивост, потиштеност, повлачење и изолација, размаженост, самоповрјеђивање, неуротске сметње.

Наведене промјене понашања су веома разноврсне и не морају нужно да воде ка поремећајима, али требају бити схваћена као понашања од ризика за развој поремећаја. У пракси није ријеткост да се пасивне промјене понашања у каснијим узрастима претворе у активне. Могуће је и обрнуто. Такође, наведена понашања су различита према свом интензитету, трајању и односу према моралним и законским начелима друштвене заједнице. Нека понашања су по својој феноменологији специфична и веома комплексна, да их је веома тешко поларизовати на екстернализована и интернализована понашања.

Када се јаве одређене екстернализоване и интернализоване промјене у понашању код дјеце и адолесцената, али нису довела до битног ометања социјалног функционисања самог дјетета или угрожавања других, најчешће говоримо о ризичним понашањима. Таква понашања могу да буду социјално неприлагођена понашања и социјално неприхватљива понашања. Социјално неприлагођена понашања подразумевају она понашања која одступају од очекиваних и уобичајених друштвених реакција (нпр. млади се смију и снимају сцену вршњачког насиља). За разлику од неприлагођених, социјално неприхватљива понашања би подразумевала она понашања која одступају од опште прихваћених и увријезаних правила једне заједнице или друштва и која могу бити санкционисана формалним или неформалним казнама (нпр. бјежање од куће, из школе, оштећење школског инвентара). Виши степен манифеста промјена у понашању представљају социјално патолошка понашања, која се испољавају кроз различите агресије криминалног и суицидалног типа, зависности од алкохола, дрога, игара на срећу, зависности о интернету, сексуално промискуитетна понашања, просјачење, скитничарење. Социјално-патолошка понашања која су у супротности са законским нормама и за које закон предвиђа извјесне мјере или санкције представљају преступничка или криминална понашања. У таква понашања убрајају се различити видови насиља према другима (вршњачко насиље, сајбер насиље, сексуално насиље, физичко и емоционално насиље, крађе, разбојништва, али у саучесништво у насиљима). Дјеца која су починитељи прекршајних или кривичних дјела због којих су судски процесуирана су дјеца у сукобу са законом. Дјеца, која су жртве или свјedoци прекршајних или кривичних дјела, су дјеца у контакту са законом. Такође, дјеца која су свјedoци или странке у поступку у грађанским парницама (нпр. приликом развода родитеља), су дјеца која су дошла у контакт са законом.

Напомена

Стручњаци који раде са дјецом требају правити разлику између дјеце у ризику и дјеце у сукобу са законом, без обзира што понекад ситуацију ризика и стварно долажење у сукоб са законом, веже само танка нит. Дијете у ризику, никада не мора да дође у сукоб са законом, док ће дијете у сукобу са законом, у већини случајева, претходно бити атрибуирано као дијете у ризику. Међутим, у

пракси није непозната ситуација у којој дијете које је у сукобу са законом, никада раније није препознато као дијете у ризику, што свакако не значи да фактори ризика нису били манифестовани, већ се прије ради о томе да нису били правовремено препознати. Окружење у којем живимо је, с једне стране, склоно да индикаторе ризика не уочава правовремено или да га сматра пролазним, док, са друге стране, постоји склоност ка пребацавању одговорности, стигматизацији дјеце у ризику, означавању дјеце као аутсајдера или жртава система, лошег родитељства и лоших прилика. Оваква схватања нису стручна и професионална. Дјеца у ризику и дјеца у сукобу са законом захтијевају максималну професионалну ангажованост, јер сама нису спремна за рјешење проблема, као ни било која друга дјеца (Радетић Ловрић, Нинковић, 2018).

Такође, треба обратити пажњу да дјеца у контакту са законом, која су жртве кривичних дјела могу кроз неколико година доћи у сукоб са законом. Сматра се да управо непрерађена трауматска искуства или стресна искуства, уз недостатак социјалне подршке и осуду околине, представљају озбиљност ризика за развој поремећаја понашања.

Када процјењујемо да промјене у понашању и емоцијама дјеце, под одређеним околностима (или у ситуацијама одсуства реаговања, нечињења) и уз дјеловање особина личности, могу довести до ризика фиксирања поремећаја понашања, говоримо о дјецу у ризику. Свако осујећење задовољења потреба дјеце може представљати ризик за настанак поремећаја понашања и емоција. Да ли ће се то и десити, зависи од отпорности дјетета на стресоре, природе самог стреса, интензитета и дужине његовог дјеловања.

Примјер

Уколико родитељ не брине о здрављу дјетета, у ситуацијама болести не тражи љекарску помоћ, уколико је дијете хигијенски запуштено, уколико нема подршку у образовању, не одлази редовно у школу, родитељи му не купују школске књиге и прибор, говоримо о занемаривању дјеце. Занемаривање дјеце представља озбиљан ризик за развој поремећаја понашања и емоција. У овом случају занемарене су основне физиолошке потребе дјетета: потреба за очувањем здравља.

Дијете које је жртва породичног насиља (изложено је физичком насиљу од стране родитеља, увредама и пријетњама) је дијете чија је потреба за сигурношћу и потреба за љубављу незадовољена. Такво дијете је дијете у ризику од развоја поремећаја понашања и емоција. Какав ће пут тог развоја бити зависи од даљих околности, отпорности дјетета и правовремене стручне помоћи.

Дакле, промјене у понашању дјеце и адолесцената могу да обухватају широк распон промјена, од социјално неприлагођених понашања, социјално неприхватљивих до социјалнопатолошких, те на крају преступничких и криминалних понашања. Између набројаних промјена у понашању постоје извјесне разлике у погледу интензитета промјене, степена утицаја на развој поремећаја у понашању, те друштвене реакције и контроле. Међутим, свако неприлагођено понашање, под одређеним околностима и утицајем биолошких и психолошких

фактора, може прећи пут од неприхватљивог, преко социјалнопатолошког до криминалног понашања. Исто тако, циљ третмана у здравственим установама је спријечити даљи развој поремећаја понашања и емоција и максимално ублажити посљедице насталих промјена.

Некада саме промјене у понашању и емоцијама код дјеце и адолесцената могу да представљају стресоре, генеришу нове факторе ризика и утичу на промјене у социјализацији дјетета. То су оне ситуације у којима, метафорички речено, не знамо шта је старије „кока или јаје“ или у којима мијешамо „бабе и жабе“. Стога је понекада и самим стручњацима разумијевање настанка промјена у понашању и емоцијама веома комплексно питање, које захтијева дубљу анализу.

Друштвене реакције на поремећаје у понашању

Промјене у понашању су лакше уочљиве за разлику од когнитивних, емоционалних и мотивационих промјена. Због тога су и друштвене реакције више усмјерене на видљиве промјене понашања и захтјева за њиховом корекцијом. На жалост, културолошки смо слабије сензитивни на препознавање манифеста емоционалних промјена, него промјене понашања. Мисли других свакако не можемо да прочитамо. Међутим, уколико смо довољно сензитивни и отворени према дјечијим искуствима, лакше ћемо уочити промјене, било да се испољавају на емоционалном или понашајном нивоу, а у том случају, дјеца ће чешће бирати да нам се повјере.

На примјер:

Учитељи и наставници у разреду су склонили да примјете и упозоре дјецу која су немирна, врпоље се на столицу, устају, често запиткују вршњаке. Дјецу која су мирна и повучена, слабије примјећују и обично изостаје реакција. Док им прва дјеца ометају извођење наставе, друга не. Реакција наставника је усмјерена на оне манифесте које се лакше уочавају, јер ометају извођење процеса за који су они одговорни.

На примјер:

Средњошколац износи своје критичке ставове о одређеној појави, коју наставница схвата као провоцирање, а не изношење критичког мишљења.

Поремећаји понашања се развијају постепено у одређеном временском трајању, од благих које непримјетно или мање ометају социјалнопсихолошко функционисање поступно, ка тежим, јасније уочљивијим, и по појединца и друштво опасним поремећајима понашања. Прва ризична понашања се могу јавити у породичном окружењу, у којем се тумаче као пролазна, те се наставити у предшколској установи, насељу, игралиштима, међу вршњацима. Одсуство правовремене реакције, негирање или минимизирање проблема, недосљедност васпитања, неуспостављање граница од стране родитеља, али и стручних лица (нпр. у вртићима, школама) продубљује проблем, који временом постаје интензивнији, учесталији и видљивији. Продубљивање проблема условљава и настанак више различитих видова поремећаја у понашању. Са протоком времена, поремећај у понашању се фиксира, али се проширује спектар појавних облика различитих поремећаја, што умањује шансе за успјешност третмана.

Примјер

Дјечак (11 година) је тужан због развода својих родитеља. Адаптира се на нове услове живота. Родитељи су, након развода, у конфликтним односима, те неријешене партнерске емоционалне везе преносе кроз своје ставове у опхођењу према дјетету. Дијете почиње да се манипулативно понаша према родитељима. Долази до пада концентрације и слабљења школског успјеха. Постаје незаинтересован за наставно градиво. Родитељи такве околности користе за даље продубљивање међусобних конфликта. Дијете почиње осјећати да је оно криво за свађе између родитеља. Убрзо постаје агресиван у вршњачким групама. Адолесцентски период доноси са собом и наглашену потребу за припадањем вршњачкој групи. Ради доживљаја личне ефикасности дјечак почиње испољавати агресивне облике понашања.

Понекад смо склонили одређене видове понашања тумачити као поремећаје, јер нас особа која их испољава иритира, а да прије тога нисмо разумјели дијете. С друге стране, социјално неприхватљива понашања изазивају осуду што нас удаљава од пружања подршке. Неријетко нам недостаје знања како помоћи дјецу са поремећајима у понашању, па родитељи и наставници посежу за непопуларним васпитним методама: забране излазака, забране одласка на екскурзије, лоше оцјене, пребацивање у друга одјељења, школе. Овакве реакције за дјецу и младе представљају осуду околине, потврду да је свијет неправедно мјесто за њих, гради неповјерење, фиксира и подстиче друштвено неприхватљива понашања, те појавне облике чини комплекснијим. Стручна подршка дјецу са поремећајима у понашању и емоцијама, подразумева посвећеност у разумијевању и објашњењу, те кориштење стратегија и интервенција које подстичу когнитивну и социјално-емоционалну функционалност, отпорност на стресоре и изградњу позитивне слике о себи.

Када треба потражити помоћ стручњака у области менталног здравља?

Као што смо већ нагласили одређене промјене у емоцијама и понашањима су развојно очекиване и адаптивне, те повољно утичу на психолошки развој дјетета. Суочавање и превазилажење таквих промјена помаже дјетету и адолесценту у каснијим адаптацијама на животне околности. Помоћ стручњака менталног здравља није нужна у таквим случајевима, изузев уколико развојно очекиване промјене ометају социјално функционисање дјетета и након очекиваног периода адаптације. Период адаптације на развојне промјене је индивидуалан, код неке дјеце траје дуже, а код неке је манифестно интензивнији. Помоћ стручњака се може потражити и када је родитељ несигуран у својим поступањима и потребне су му консултације. Савјете дјецу могу да пруже и стручњаци изван области менталног здравља (учитељи, наставници, васпитачи, стручни сарадници у школама), који имају искуства и изграђен сензибилитет у раду са дјецом (Јелић Тушчић и Буљан Фландер, 2018). У случајевима када се деси да стручњаци који раде са дјецом негирају проблем, одлажу да укажу родитељима на проблем или су родитељи незаинтересовани за сарадњу, не треба одустајати, већ треба истрајати у стручном и професионалном опхођењу. Вриједан савјет у право вријеме може да оснажи родитељске капацитете и олакша превазилажење развојних циклуса.

На жалост, некада се деси да због дилема или неусаглашености, у чијем домену надлежности треба третирати проблем дјетета, изгубимо драгоцену вријеме за пружање правовремене помоћи дјетету и породици, те да проблем ескалира и постане комплекснији проблем. Стручњаци не би смјели да одлажу интервенције када примијете промјене понашања и емоција код дјеце и треба да међусобно блиско сарађују у циљу заштите најбољих интереса дјеце.

У већини случајева родитељи уочавају промјене код своје дјеце и размишљају о узроцима њиховог настанка. Код неких родитеља се дешава да, иако свјесни промјена и могућих потешкоћа, одлажу да потраже стручну помоћ. Суочавање са проблемима код своје дјеце сваком родитељу представља тешкоћу, али одлагање рјешења интензивира проблем, те чини да оно што је могло бити ријешено једноставним стручним интервенцијама, постаје комплексан проблем за дијете и породицу. Стручњаци у области менталног здравља треба да укажу родитељима на важност правовременог рјешавања проблема.

Помоћ стручњака менталног здравља треба потражити када се ради о промјенама понашања и емоција које нису развојно очекиване, те у ситуацијама када развојни проблем омета свакодневно функционисање дјетета и породице.

Примјер

Дијете приликом поласка у школу испољава анксиозност и плачљивост. Уколико такве реакције престану након извјесног времена, а дијете се прилагоди на правила школског живота, радило се о адаптацији на нове околности. Међутим, уколико и више од мјесец дана једнаким интензитетом испољава анксиозност, одбија да иде у школу, уколико се анксиозност и одбијање одласка у школу интензивира, у школи за вријеме наставе плаче, не може да се сконцентрише, потребно је савјетовање са стручњаком.

Примјер

Адолесцент бурно и претјерано импулсивно реагује на родитељску контролу. Бурна реакција се огледа у међусобним свађама, одбијању послушности и неизвршавању обавеза. Послије смиривања реакција, адолесцент и родитељ поново сарађују. Након неког времена понавља се исти сценарио. У таквом случају се ради о адолесцентским промјенама. Међутим, уколико би адолесцент након препирке са родитељима посезао за реакцијама као што су бијег од куће, скитничарење, узимање алкохола и дрога, изостајање са наставе, опадање школског постигнућа, родитељ и адолесцент требају бити савјетовани о алтернативним начинима успостављања надзора и контроле и изградњи односа повјерења.

Важни аспекти третмана дјете и адолесцената у здравственим установама

Стручњаци у области менталног здравља у пружању подршке дјечи и њиховим породицама дјелују тимски. Тим стручњака у области менталног здравља углавном сачињавају специјалисти психијатрије, психолози, социјални радници, специјални педагози, дефектолози и медицинске сестре.

Стручни тим у здравственој установи треба да његује холистички и хуманистички приступ третману дјеце. Када стручњаци менталног здравља за корисника услуга у здравственој установи имају дијете, примарни циљ њиховог рада треба да буде свеобухватно разумијевање и објашњење дјететових схватања, понашања и емоционалних стања. То примарно подразумјева да се третирану проблем сагледава у његовој цјелости, те да се сви појединачни, а релевантни аспекти уважавају и посматрају као међусобно повезани. Субјективно благостање дјетета се, према холистичком приступу, посматра као равнотежа између физичког и менталног здравља дјетета. Хуманистички приступ третману дјеце подразумјева да се најбољи интереси дјетета поставе у фокус третмана. То значи да ће интерес одраслих бити секундаран у односу на интерес дјетета. Сам интерес дјетета се сагледава на основу степена задовољења његових основних потреба: физиолошких, потреба за сигурношћу, љубављу и припадањем, поштовањем и самоостварењем. Хуманистички приступ подразумјева уважавање слободне воље дјетета, усмјереност на остваривање дјететових потенцијала и способности.

Препорука је свим стручњацима који раде са дјецом да се у свом професионалном раду усмјере ка уважавању личности дјетета, те да сагледају цјелокупне услове социјализације дјетета од његове ране социјализације до почетка третмана, али да упознају и дјететове погледе ка будућности. Када дијете уочи однос поштовања у опхођењу према њему оно ће се осјетити важно, стећи ће повјерење у стручњаке, што ће пружити знатно веће шансе за успјешност третмана.

Примјер

Дјечак (7 година) је упућен од стране школе код стручњака, јер омета наставу својим неприлагођеним понашањем које се манифестује кроз честа запиткивања наставника, одсутност пажње, засмијавање другара, устајање и ходање по учионици за вријеме наставе. Дијете је у установу дошло у пратњи мајке. Стручњак је прво попричао са мајком, која је била веома отворена за сарадњу, док је дијете сачекало испред врата. Након тога, стручњак се обратио дијетету са ријечима: „Ајде, уђи да видимо какве проблеме правиш у школи?“. Након тога, дијете се затворило за отворену комуникацију и понашало се слично као и у учионици за вријеме наставе. Касније, на питање мајке зашто се није лијепо понашао код тете када су се договорили да ће бити добар, дјечак је одговорио: „Зато што је она одмах мислила да сам ја нешто крив“.

Напомена

Оно што је битно уочити, јесте да у остваривању контакта са дјецом, треба да искажемо поштовање, као и према одраслом човјеку, кога цијенимо и уважавамо!

Такав приступ омогућава дјетету да се осјети важним, а стручњаку да отвори врата унутрашњег свијета дјетета. На такав начин се остварују оптимални предуслови успјешности третмана.

Креирање и провођење третмана са дјецом и адолесцентима у здравственим установама може да се заснива на сљедећим сегментима:

1. Упознавање са проблемом

Упознавање са проблемом подразумева прикупљање информација из свих релевантних извора и спровођење иницијалног интервјуа са дјететом и њему блиским одговорним особама (најчешће родитељима и старатељима). Крајњи циљ је стицање увида у проблем и његово дефинисање. Улазне информације које нам могу обезбиједити cjеловит увид у проблем су најчешће сљедеће:

- Основни подаци о дјетету: доб, узраст, подаци о родитељима/старатељима;
- Подаци о породици: с ким дијете живи, гдје живи, услови живота, материјални статус породице, раздвојеност породице, губици у породици, недавне промјене у породичној динамици, префериране породичне вриједности и друге релевантне информације, алкохолизам у породици, болести у породици и друге релевантне информације;
- Подаци о родитељима и васпитним стилима: степен образовања и занимање родитеља, квалитет комуникације на релацији дијете-родитељ, степен подршке дјечи од стране родитеља, очекивања родитеља од дјече, афективна везаност дјече и родитеља, да ли је присутно физичко кажњавање дјетета и друге релевантне информације;
- Подаци о укључености у васпитно образовни програм (школа, предшколска установа): адаптацији на школску средину, школском постигнућу, прихватању ауторитета и правила школе, односу према учитељу/наставницима, релације са вршњацима и друге релевантне информације;
- Подаци о вршњачким односима: оствареним блиским пријатељствима, конфликтним односима, приступима рјешењу конфликта;
- Подаци о начинима провођења слободног времена, склоностима и интересовањима дјетета;
- Подаци о раном психомоторном развоју, когнитивним способностима, особинама личности и емоционалним стањима дјетета;
- Подаци о животним стресорима и промјенама на понашајном и емоционалном плану.

Извори информација стручњацима у области менталног здравља су првенствено дјеца, њихови родитељи и старатељи, али и друге блиске особе (браћа, сестре, баке, деде, тетке и др.). Извори информација могу да буду и стручњаци у другим установама, најчешће школама и центрима за социјални рад. Важан извор информација може да буде и већ постојећа документација, као што су, на примјер, налази и мишљења стручњака менталног здравља из других институција, мишљења стручних сарадника школа, извјештаји, социјалне анамнезе и стручна мишљења надлежних органа старатељства, пресуда о изреченој васпитној мјери или кривичној санкцији од стране правосудних институција (судова). Са претходно постојећом документацијом стручњаци у

области менталног здравља треба да се упознају и да анализирају њен садржај. Анализа садржаја ће послужити да се поставе одређене радне претпоставке, али никако не може служити као водила за креирање третмана. Стручњаци у области менталног здравља креирају и планирају третман, преваходно на основу личног рада (интервјуа) са дјететом, а затим његовом породицом.

2. Остваривање интересекторске сарадње

Дијете које долази на третман у здравствену установу, у великом броју случајева је ученик, а понекад је уједно и корисник услуга надлежних органа старатељства. У циљу свеобухватне помоћи дјетету, веома је важно правовремено размијенити релевантне информације, извршити стручне консултације и заједно договорити одређене појединости које могу бити важне за провођење третмана. Пажљив приступ прикупљању информација о дјечи и интересекторска сарадња представљају веома битне аспекте, на којима се темељи будући третман. У одређеним случајевима (на примјер случајевима породичног насиља, извршења васпитне мјере или кривичне санкције лијечења или савјетовања у здравственој установи) потребна је континуирана сарадња између различитих сектора (здравства, образовања, социјалне заштите правосуђа), па чак и заједничко учешће у креирању плана третмана.

Примјер

Дјевојчица (12 година) има проблем са правилним изговарањем гласова. Усмена одговарања у школи за дјевојчицу представљају ноћну мору, усљед чега је често изложена вријеђањима од стране вршњака. Укључена је у логопедски третман у здравственој установи. Такође, уједно се ради на психолошкој подршци, с циљем јачања самопоуздања и оснаживања личних одбрана за суочавање са реакцијама вршњака. У циљу успјешности третмана обавијештен је психолог школе, која је у међувремену, организовала радионице са разредом који дјевојчица похађа. Циљеви у радионици су били смањења предрасуда према другачијим, значају вршњачке подршке, те указивања ученицима на осјећања других када су предмети изругивања. Третман у здравственој установи би свакако без подршке вршњака у разреду био мање успјешан.

3. Постизање стручног консензуса

Упознавање са релевантним информацијама, поред стицања увида у проблем, омогућава и идентификовање фактора ризика и сагледавање потенцијала дјетета за третман. О овим питањима расправља стручни тим путем заједничких консултација чији је крајњи циљ постизање стручног консензуса у погледу дефинисања проблема и третмана. Стечена слика омогућиће планирање третмана. Креирање плана третмана је важно, али се често у пракси занемарују. Најчешћи разлог томе су ставови да ће креирање плана, на нивоу стручног тима у здравственој установи, одузети доста времена, те да је довољно да се стручњаци међусобно усмено договоре. Међутим, креирањем заједничког плана омогућава се систематичан приступ проблему, постизање стручног консензуса оптимизације и праћења третмана, те расподјела професионалне одговорности.

4. Постизање договора о третману са дјецом/адолесцентима и њиховим родитељима/старатељима

Вријеме након првог сусрета са дјецом и породицом се користи за прикупљање релевантних информација из других извора, проучавање постојеће документације и постизање стручног консензуса ради доношења приједлога третмана. Док се први интервју обавља са дјецом и њиховим родитељима ради прикупљања свих релевантних информација, те стицања увида у проблем, други интервју се обавља након постигнутог стручног консензуса с циљем доношења приједлога и стицања договора између стручног тима и корисника услуга у вези третмана.

Веома је важно да самом дјетету буде предочен план, односно да само дијете учествује у креирању плана и да му се омогући да изнесе своје мишљење. На тај начин дјетету ће се омогућити право партиципације о важним питањима која га се тичу, што помаже почетну мотивацију за третман. Такође, укључивање дјетета у договор ће омогућити стицање увида у властити проблем и план његовог рјешења. Оно на шта је, такође, важно обратити пажњу јесте процјена потребе укључености родитеља у третман. На жалост, врло често се дешава да дијете укључујемо у третман, а да је кључни извор проблема дјетета заправо родитељ. У таквим случајевима свакако и сам родитељ треба бити укључен у третман. На примјер, неријетко се дешава да дијете промјене понашања манифестује у школи због конфликта који се дешавају између родитеља. Тада обично износимо стручни поглед на проблем родитељима (или учесталије, једном од родитеља), објаснимо шта да чине са дјететом, те их убјеђујемо да се морају промијенити, али их не обавезујемо да се и они укључе у третман. Уобичајено, родитељима пружамо савјет и препуштамо одлуку на њихову вољу, иако, основано претпостављамо да се ствари неће битно промијенити. У таквим случајевима треба да отворено и директно саопшtimo родитељима њихова права и обавезе, као и посљедице за њихово неизвршавање, те неизоставно нашу професионалну одговорност да о свему обавијестимо надлежни орган старатељства. Постизање договора треба да буде окончано потписивањем сагласности родитеља о плану третмана и његовом провођењу, односно давањем родитељског пристанка.

Уколико се деси да су родитељска или дјететова очекивања у погледу третмана нереална и у супротности са могућностима, са дјецом и родитељима треба радити на прихватању реалних могућности или на прихватању извођења третмана по сегментима. Родитељима се, у том случају, предочи поступност третмана, корак по корак. Први корак свакако треба да буде онај који је усклађен са реалним могућностима.

Уколико постоји отпор обавезно треба са дјететом провести мотивациони интервју. Посебну пажњу треба обратити на дјецу која су починиоци прекршајних или кривичних дјела, јер је за очекивати да се код њих развило неповјерење према свијету око себе, па самим тиме и институцијама система и помагачима различитих професија. Неповјерење се уочава и код дјеце која су дужи период била излагана различитим видовима злостављања и занемаривања, а изостајала је помоћ одраслих. Мотивациони интервју треба да се спроводи прије постизања договора са дјететом и родитељима о третману, а може бити и саставни дио договора.

5. Процјена мотивације за третман

Мотивација за третман дјеце и родитеља треба бити процијењена прије креирања плана третмана и активно подстакнута од стране стручњака менталног здравља, јер мотивација битно утиче на повољне исходе третмана. Мотивација за третман је промјенљива и свој интензитет мијења у зависности од дужине третмана, остварених резултата, постављених циљева, природе самог дјетета, тежине и врсте проблема и околности под којим је настао, али и процијењених ризика и евалуације третмана.

Дјеца која долазе на третман, у највећем броју случајева, нису дошла на третман сопственим избором и жељом. Њихов долазак на третман најчешће је одлука одраслих коју дјеца морају да слиједе. Због тога је за очекивати постојање отпора у одређеној мјери код сваког дјетета. Отпор је увијек праћен одређеном емоцијом, а најчешће анксиозношћу. Међутим, код већине дјеце се већ након првог оствареног контакта са стручњаком менталног здравља, отпор ублажава или потпуно смањује. Један број дјеце има амбивалентан став према третману и дјелује незаинтересовано, те је потребно учинити одређене интервенције како би се стекла почетна мотивација. Дјеца која долазе „по казни“, најчешће заузимају став неповјерења, омаловажавања, незаинтересованости, показујући јасан отпор према третману. Њихов локус контроле је спољашњи за све проблеме, па и за сам долазак на третман окривљују друге или околности. Јасног су става да они нису утицали на проблем и да не требају третман. Са дјецом чији је отпор према третману изражен, прије свега се ради на стицању увида у проблем, те на освјештавању бенефита промјене и јачању мотивације за промјеном. У случају да се не може остварити увид у проблем због којег је дијете на третману, прихвата се проблем који дијете нуди, јер се вјерује да ће третман тог проблема водити ка почетном.

Примјер

Дјевојчица (14 година) долази на третман због промјена у емоцијама и понашању које се манифестују у виду испољавања љутње, бијеса, кориштења ПАС и повремених самоповрјеђивања. Евидентно је неприхватање третмана, негирање проблема и спољашњи локус контроле. Дјевојчица у иницијалном интервјуу исказује своје виђење проблема, те своје проблеме види у проблемима насталим након развода родитеља, висококонфликтним односима родитеља и њеном немогућношћу да испуни родитељске супротстављене захтјеве.

Вођење мотивационог интервјуа са дјететом има за циљ да дијете стекне сопствени увид у предности промјене и прихвати третман. Крајњи исход је да се обезбиједи успјешност третмана. Оваква врста интервјуа представља веома усмјерену савјетодавну интервенцију која користи приступе и методе рада различитих психотерапијских праваца. За вођење мотивационог интервјуа са дјецом и адолесцентима, стручњаци менталног здравља се посебно едукују.

Основно и почетно правило сваког стручњака менталног здравља јесте да дјецу не треба нудити увид у проблем како га види стручњак или дјететов

родитељ, већ га подстицати да самостално стекне увид у сопствени проблем. Интервју треба усмјерити на личност дјетета, а не на сам проблем. Важно је да се дијете активно саслуша, да се не осуђује, нарочито ако се ради о дјецини починиоцима прекршајних или кривичних дјела. Увјерење дјетета да је промјена потребна и да је третман могуће рјешење је најважнији корак до успјешног третмана. Стручњак треба да помогне дјетету да аргументује разлоге за и против промјена понашања и прихватања третмана. Изградња повјерења на релацији стручњака и дјетета повећава мотивацију за промјене. Дјетету не треба наметати готова рјешења, јер ће се иста касније неповољно одразити на третман. Са дјецом се не треба убјеђивати, препирати, нудити им рјешења која одрасли сматрају за њих најповољнија, већ их стручно водити кроз отворена питања, процјене, сумирање, рефлектовање, конфронтацију како би жеља за промјеном припадала њима, а не постала жеља других коју они треба да испуне. Када дијете дође до увида, нека жеља за промјеном буде његов избор. Тада ће дијете осјетити самоефикасност, што углавном представља довољну мотивацију за прихватање третмана и промјену понашања.

6. Креирање плана третмана

Пажљивим посвећивањем претходно описаних фаза стичу се услови за планирање третмана. Стручни тим креира план третмана у којем се наводе следећи сегменти:

- Корисници третмана;
- Временски оквир трајања третмана;
- Опис промјена понашања и емоционалних стања;
- Дефинисање проблема (на основу претходног идентификовања, разумијевања и објашњења проблема);
- Одређивање циља и исхода третмана;
- Временски оквир трајања третмана;
- Дефинисање задатака третмана;
- Избор метода, стратегија, техника и интервенција у третману;
- Расподјела радних задатака стручног тима;
- Вођење евиденције о провођењу третмана.

7. Процјена ризика за провођење третмана

Сваки план третмана треба креирати на основу стручног консензуса и у договору са корисницима услуга. Међутим, реализација сваког плана носи са собом извјесне ризике који могу утицати на успјешност провођења третмана. Због тога је веома важно, у припремној фази, прикупити све релевантне информације, остварити интерсекторску сарадњу и процијенити реалне могућности сваког дјетета и његове породице, те доћи до спознаје о њиховој мотивацији за третман. Што су циљеви третмана реалистичнији, то су ризици мањи. Поред процјена ризика, треба идентификовати и заштитне факторе, на које треба редовно у третману усмјеравати пажњу. Уколико дође до дјеловања фактора ризика и неповољног утицаја на третман, постиже се стручни договор о модификацији плана третмана. У оквиру плана третмана могу да се додају и процјене ризика.

Примјер

Адолесцент (14 година) долази у здравствену установу ради савјетовања, које му је као васпитна мјера изречена одлуком суда. Приликом процјене за третман уочено је да адолесцент има изражене комуникацијске и лидерске способности, те да му пријају ситуације у којима може да испољава управо те особине које можете идентификовати као заштитне факторе, те у третману планирати активности које подстичу такве особине, на примјер, учешће у радионици као моделу групног рада.

8. Провођење и евалуација третмана

Спровођење третмана се одвија према утврђеном плану, те се приликом сваког сусрета биљеже примијећене промјене, уочени ризици, остварени резултати, потребе за модификацијом плана и друге. Стручни тимови се редовно састају, упознају и међусобно савјетују о реализацији плана. Током провођења третмана веома је важно дјецини и родитељима обезбиједити повратне информације о успјешности третмана, те их подсјећати на даље кораке и циљеве третмана, како би се одржала оптимална мотивација. Уколико је постојала потреба за модификацијом претходно договореног третмана потребно је отворено разговарати о факторима ризика који су неповољно утицали на остваривање жељеног исход третмана, те објаснити и усагласити сврху потребе за модификацијом плана. Свакако треба саслушати мишљење дјетета и родитеља и дозволити им да сами учествују у евалуацији исхода третмана. На тај начин се уједно стиче и слика о квалитету сарадње, међусобном повјерењу и преузимању одговорности дјецини и родитеља у погледу исхода третмана.

9. Извјештавање о третману

Приликом завршетка третмана, потребно је написати извјештај о његовој реализацији. Ово се посебно односи на ситуације у којима је услуга у здравственој установи пружана у сврху извршења судске мјере или кривичне санкције. Свакако је добро током цијелог третмана водити евиденцију о остварености циљева, како би се по завршетку третмана изнио закључак и процијенила успјешност. Стручни тим може вршити и извјесна предвиђања, те иста забиљежити у извјештају.

Примјер

Стручни тим закључује да је постављени циљ третмана успјешно постигнут, али је процјена да живот у нефункционалном породичном окружењу, у којем је отац повремено агресиван усљед узимања алкохола, може да представља ризик за јављање поновног поремећаја у понашању, због чега се износи посебан опрез и савјетује наставак третмана са дјететом у циљу изградње резилентности и јачања функционалних механизма.

Зашто је важно ментално здравље дјеце?

Када се дијете повриједи у игри, задобије модрицу или посјекотину, родитељи му прискоче у помоћ, уколико је потребно одведу га доктору и дјетету се пружи љекарска помоћ. Када је дијете болесно, има високу температуру, повраћа, кашље, родитељи потраже љекарску помоћ. Када је дијете тужно, потиштено, забринуто, шта чине родитељи? Обично поразговарају са дјететом. Уколико се такве емоционалне промјене наставе манифестовати, родитељи одлажу налажење стручне помоћи, тражећи алтернативне начине (укључивање у спорт, салијевање страве, убјеђивање да не треба тако да се осјећа). Уколико и након упозорења од стране наставника, дијете у неколико наврата агресивно иступа према вршњацима у разреду, родитељи не потраже стручну помоћ, бар не одмах. Зашто је физичко здравље перципирано као важније од менталног здравља дјеце у нашој култури? Зашто се више посвећујемо и више бринемо о физичком здрављу?

Какав би одговор родитеља био када би их учитељи, наставници, стручњаци упитали: „Шта је за вас важније, школски успјех вашег дјетета или задовољство вашег дјетета његовим свеукупним животом?“ и тражили само један одговор. На одговор родитеља требали би да поставимо само још једно питање: „Понашате ли се тако према вашем дјетету?“

Ментално здравље дјеце је једнако важно као и физичко здравље и веома често су међусобно повезана! Зато је потребно унапређивати свијест о важности менталне хигијене! У томе одлучујућу улогу имају стручњаци менталног здравља!

Литература:

- Ајдуковић М. (2000). Еколошки мултидимензионални приступ сагледавању чинитеља ризика и заштите у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи. У: Башић, Ј. & Јанковић, Ј. (ур.), Ризични и заштитни чимбеници у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи. Повјеренство Владе Републике Хрватске за превенцију поремећаја у понашању дјеце и младежи и заштиту дјеце с поремећајима у понашању.
- American Academy of Pediatrics (APA). Mental Health Screening and Assessment Tools for Primary Care. 2012. Available from: URL: https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aaphealth-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.
- Barber, B. K., Olsen, J. E. & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120–1136.
- Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2010; 119: 739-751 [PMID: 20853919 DOI: 10.1037/a0019708]
- Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LA. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 26-36 [PMID: 23265631 DOI:10.1016/j.jaac.2012.10.001]
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113/ 3, 487-496.
- Egberts, M. R., Prinzie, P., Dekovic, M., de Haan, M. D., & van den Akker, A. L. (2015). The prospective relationship between child personality and perceived parenting: Mediation by parental sense of competence. *Personality and Individual Differences*, 77, 193–198. doi:10.1016/j.paid.2014.12.046
- Генц, Л. (1994). Перцепција заступљености васпитних поступака родитеља у зависности од пола, узраста, социо-економског статуса и школског успеха адолесцената. У Ђ. Ђурић (Ур.), Личност у вишекултурној средини (стр. 15–24). Нови Сад: Филозофски факултет, Одсек за психологију.
- Јелић Тушчић, С., Буљан Фландер, Г. (2018). Када је дјетету потребна помоћ психолога. У: Буљан Фландер, Г. и сар., Знаност и умјетност одгоја, пп. 609 – 620, Загреб: Геромар.
- Кларин, Ђ., Ђерда, В. (2014). Родитељско понашање и проблеми у понашању код адолесцената. *Љетопис социјалног рада*, Вол 21 (2), <https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i2.17>
- Коџопељић, Ј. (2009). Процена васпитних ставова (ВС-скала). У М. Биро, С. Смедеревац и З. Нововић (Ур.), *Процена психолошких и психопатолошких феномена* (стр. 165–178). Београд: Центар за примењену психологију
- Коллер-Трбовић, Н., Николић, Б., Дуганџић, В. (2009). Процјена чимбеника ризика код дјеце и младих у ризику или с поремећајима у понашању у различитим интервенцијским суствима: социо-еколошки модел. *Хрватска ревија за рехабилитацијска истраживања*, 45 (2), 37 – 54.
- Маглица, Д., Јерковић, Д. (2014). Процјена ризичних и заштитних чимбеника за интернализоване проблеме у школском окружењу. *Шк. вјесник*, 63 (3), 413 -431 УДК 159.922.2-057.874

- Маслов, А. Х. (1982). Мотивација и личност. Београд: Нолит.
- Милосављевић, Б. (2004). Социјална патологија и друштво. Бања Лука: Филозофски факултет.
- Мојић, Д., Радетић Ловрић, С., Унчанин, Г. (2020). Програм за унапређење партнерства са породицом – програм одговорног родитељства. Бања Лука: Министарство просвете и културе Републике Српске.
- Morton, T. L. & Mann, V. J. (1998). The relationship between parental controlling behavior and perceptions of control of preadolescent children and adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 159/4, 477-490.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians, *World J Clin Pediatr* 2018 February 8; 7(1): 9-26; ISSN 2219-2808 (online), DOI: 10.5409/wjcp.v7.i1.9
- Oland, A. & Shaw, D. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8/4, 247-270.
- Overbeek, G. (2003). Internalizing and externalizing problem behaviors in adolescence and young adulthood: Longitudinal studies on the role of co-occurrence and intimate bonds with parents and partners. Utrecht: ISED.
- Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol*, 44: 329-335, PMID: 2653143, DOI: 10.1037/0003-066X.44.2.329
- Павићевић, М, Стојиљковић, С. (2016). Перципирани васпитни ставови родитеља као предиктори интерперсоналне оријентације студената. *Примењена психологија*, Вол 9(3), стр. 293-311.
- Пејовић Милованчевић, М., Поповић Деушић, С. & Алексић, О. (2002). Дефинирање поремећаја у понашању у оквиру дјечје психијатрије. *Криминологија и социјална интеграција: Часопис за криминологију, педологију и поремећај у понашању*, 10, 139-152.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72/2, 583–598.
- Пиорковска-Петровић, К. (1991). Један модел за испитивање васпитних ставова родитеља, *Психологија* 24, 1-2, 170–179.
- Радетић Ловрић, С. (2011). Зависност од дрога младих: социјално-психолошки приступ и истраживања. Лакташи: Графомарк.
- Радетић Ловрић, С., Нинковић, О. Л. (2018). Дијете у правосудном поступку: психолошки приступ, Бања Лука: Друштво психолога Републике Српске и Филозофски факултет.
- Reitz, E., Deković, M. & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behavior in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, 29, 419-436.
- Sebastian CL, McCrory EJ, Cecil CA, Lockwood PL, De Brito SA, Fontaine NM, Viding E. Neural responses to affective and cognitive theory of mind in children with conduct problems and varying levels of callous-unemotional traits. *Arch Gen Psychiatry* 2012, 69: 814-822 [PMID: 22868935 DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2070]
- Shaw DS, Bell RQ. Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 493-518 [PMID: 8294650 DOI: 10.1007/BF00916316]
- Silk, J. S., Morris, A. S., Kanaya, T. & Steinberg, L. (2003). Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence*, 13/1, 113-128.
- Smetana, J. G. & Daddis, C. (2002). Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Development*, 73, 563–580.
- Стакић, Ђ. (2013). Приручник за стручњаке у систему малољетничког правосуђа. Интернационал Менаџмент Груп. ИМГ.
- Злоковић, Ј., Врцељ, С. (2010). Ризична понашања дјеце и младих. *Одгојне знаности*, 12 (1), 197-213.
- Зотовић, М. (2004). Превладавање стреса: концептуална и теоријска питања са становишта трансакционистичке теорије. *Психологија*, Вол. 37 (1), 5 -32.

ПРИЛОГ

Листа стресорса

У **првој** колони табеле наведени су различити СТРЕСОРИ, те је остављена и могућност да процјењивач допише специфичан стресор, који није наведен.

У **другој** колони процјењивач процјењује ПРИСУТНОСТ догађаја у животу дјетета, односно уписује знак „+“ ако се догађај десио. Ако се догађај није десио, процјењивач не уписује ништа у колону, као ни у друге колоне табеле које се односе на наведени догађај. Ако процјењивач нема сазнања о стресору, не може утврдити присутност стреса или се наведени стресор не односи на дијете, уписује се знак „-“.

У **трећој** колони је потребно да процјењивач наведе календарски УЗРАСТ дјетета у вријеме када се догађај десио. У случају да се догађај десио више пута или се континуирано дешавао у животу дјетета, процјењивач уписује годину када се догађај десио први пут или годину од које се, према сазнању или развоју дјетета, догађај почео дешавати а додатна пјашњења треба навести у напоменама (напомену означити кореспондентним редним бројем из листе).

У **четвртој** колони, процјењивач за сваки од означених стресора процјењује учесталост на сљедећи начин:

а.) Догађај се десио једном;
 б.) Догађај се десио више пута (уписати године);
 в.) Догађај се дешавао у одређеним интервалима-периодима живота (уписати интервале-периоде);
 г.) Догађај је трајао континуирано од одређене године живота (од које године).

Процјењивач у одговарајући ред колоне уписује ознаке а, б, в или г.

У **петој** колони табеле, процјењивач врши субјективну процјену степена интензитета стреса. Степен интензитета стреса се одређује на основу утицаја стресора на свакодневно функционисање дјетета.

а.) Догађај НИЈЕ БИТНО УТИЦАО на функционалност дјетета у свакодневним животним активностима.
 б.) Догађај ЈЕ УТИЦАО на функционалност дјетета у свакодневним животним активностима.
 в.) Догађај ЈЕ МНОГО УТИЦАО на функционалност дјетета у свакодневним животним активностима.

Процјењивач у одговарајући ред колоне уписује ознаке а, б или в.

Ако је регистрован већи број догађаја/случајева унутар исте категорије, који се набрајају у загради (нпр. ако је дијете било сексуално зостављано од стране више особа), процјене у трећој, четвртој и петој колони треба навести за сваки појединачни случај, одвојено зарезима а детаље навести у напоменама (напомену означити кореспондентним редним бројем из листе).

СТРЕСНИ ЖИВОТНИ ДОГАЂАЈ	ДА	УЗРАСТ	УЧЕСТАЛОСТ	ИНТЕНЗИТЕТ
ПОРОДИЧНИ СТРЕСОРИ				
1. Смрт мајке				
2. Смрт оца				
3. Смрт сестре				
4. Смрт брата				
5. Смрт друге особе значајне дјетету				
6. Развод или разилажење родитеља				

7. Покушај самоубиства члана породице				
8. Самоубиство члана породице, (уписати ко: _____)				
9. Душевна болест неког од чланова уже породице, _____				
10. Вишемјесечна болест члана уже породице (родитеља, сестре, брата)				
11. Дуже одсуствовање мајке или оца од куће (из пословних разлога, због одласка у болницу или затвор и сл.)				
12. Неслагање или свађе између родитеља (старатеља/кућана)				
13. Неко од чланова породице је претјерано користио алкохол				
14. Насиље у породици узроковано алкохолом				
15. Свађе између дјетета и родитеља				
16. Други догађај који није наведен на листи: _____				
ОДСУСТВО СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ				
17. Неразумијевање (одбацивање) од стране наставника				
18. Неразумијевање (одбацивање) од стране вршњака				
19. Раскид везе са вољеном особом (партнером/ком)				
20. Други догађај који није наведен на листи: _____				
МАТЕРИЈАЛНО-СТАМБЕНЕ ПРИЛИКЕ				
21. Незапосленост или губитак посла родитеља				
22. Дијете морало да се запосли (дијете ради)				
23. Живот у лошим стамбеним условима				
24. Живот у домовима, алтернативним смјештајима, хранитељским породицама				
25. Пресељење или промјена мјеста боравка				
26. Материјална (финансијска) несигурност, неимаштина у породици				
27. Бјежање од куће				

28. Други догађај који није наведен на листи: _____				
ЗДРАВСТВЕНЕ ПОТЕШКОЋЕ/ДОГАЂАЈИ				
29. Теже тјелесне повреде				
30. Дијете стекло видљиви деформитет (који: _____)				
31. Поремећај прехране				
32. Поремећај сна				
33. Боравак у болници или на психијатријској клиници				
34. Непланирана трудноћа или прекид трудноће у случају женског дјетета / непланирана трудноћа или прекид трудноће у којој је мушко дијете било отац („дијете направило дијете“)				
35. Дијете је интезивно конзумирало психоактивне или друге недозвољене супстанце, као што су анаболички стероиди (навести: _____)				
36. Хроничне и/или инфективне болести (које: _____)				
37. Акутне болести (које: _____)				
38. Други догађај који није наведен на листи: _____				
СОЦИЈАЛНОПАТОЛОШКЕ ПОЈАВЕ				
39. Дијете је било жртва насиља (од стране кога _____)				
40. Дијете је било жртва занемаривања (од стране кога _____)				
41. Дијете је било жртва сексуалног злостављања (од стране кога _____)				
42. Дијете је покушало суицид				
43. Дијете је чинило преступе/вршило понашања кажњиве/а према друштвеним и законским нормама (која/е _____)				
44. Дијете је прекршило законске прописе због којих је било привођено (ако је могуће, именовати и навести датуме за сваки преступ)				
45. Дјетету је изречена мјера полицијског упозорења				

46. Дјетету је изречена алтернативна мјера				
47. Дјетету је изречена васпитна мјера или друга санкција				
48. Дијете је случајем околности усмртило некога (кога: _____)				
49. Дијете је са намјером усмртило некога (кога: _____)				
50. Дијете је било насилно према другима (према коме: _____)				
51. Други догађаји или екстернализирајућа понашања: _____				
<p>Напомене од стране пророцјењивача</p> <ul style="list-style-type: none"> • процјењивач уписује све оно што би могао сматрати важном допуном листе стресних животних догађаја дјетета; нпр. губитак мајке насилном смрћу којој је дијете присуствовало; приликом навођења напомена, означити их одговарајућим редним бројем, који кореспондира ставки са листе: _____ • навести бројеве ставки са листе за које здравствени радник/сарадник процјењује да постоји сумња о вјеродостојности: _____ 				

Поглавље III

КОГНИТИВНО-БИХЕЈВИОРАЛНИ ПРИСТУП У РАДУ СА ДЈЕЦОМ И АДОЛЕСЦЕНТИМА

Бранислава Поповић

Когнитивно-бихејвиоралне терапије окупљене су око идеје да је утицај мишљења на осјећања и понашања значајан и велики, те да је ту отворен простор за рад на промјени. Когнитивно-бихејвиоралних терапија има велики број, а свака од њих има и неке своје специфичности. Овде ћемо се фокусирати на технике произашле из Когнитивно-бихејвиоралне терапије (КБТ) и Рационално емоционално бихејвиоралне терапије (РЕБТ).

Когнитивно-бихејвиорални приступ наглашава интеракцију психичких процеса. Когниције, емоције и понашање дјелују једни на друге, често уводећи особу у затворени круг. С обзиром на то да је на саме емоције немогуће директно дјеловати у правцу промјене, а често ни на понашање, управо због чврсте везе са емоцијом, простор и мјесто гдје је највећа шанса за директну промјену јесте когниција. Дјеловањем на промјену на когнитивном нивоу, као и увођењем стратегија за промјену понашања, те техника за прихватање различитих емоционалних реакција, дјелује се на више нивоа паралелно.

За разлику од многих терапијских праваца, који истичу утицај важних животних догађаја на развој емоционалних сметњи, когнитивно-бихејвиорална терапија акценат ставља на склоности људи да размишљају ирационално и дисфункционално. Ова склоност је, како тврди Елис, биолошки условљена (мада дјелује у интеракцији са спољашњим факторима). Лакоћа, брзина и глобална склоност људи самоодмажућем размишљању су тек неки од аргумената за овакав закључак. Промјене у околини доприносе и појачавају утицај ирационалног размишљања, а самим тим и емоционалне узнемирености.

Други важан и универзалан концепт код људи је конструктивистичка биолошка склоност да раде на промјени свог нефункционалног мишљења и дјеловања. Иако је биолошка склоност ка дисфункционалном размишљању, људи имају могућност избора и за различито дјеловање. Ова позиција је оптимистична и отвара простор и могућност за активан избор начина на који ћемо функционисати.

Да би дошло до промјене, потребно је доћи до сљедећих увида:

- Људи нису узнемирени непријатним догађајима као таквим, већ својим увјерењима о непријатном догађају.
- И када је непријатни догађај давно прошао, људи остају узнемирени, јер нису промијенили увјерења. Тако се одржава емоционални проблем.
- Чак и када имају прва два увида, тек ако вриједно раде и вјежбају на промјени ирационалних увјерења, упорно им се одупиру и раде на усвајању рационалног размишљања, имају шансу да постану мање узнемирени и функционалнији.

У односу на друге психотерапијске приступе когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) је:

- Краткотрајнија-очекивани психотерапијски резултати постижу се након краћег броја сеанси, што потврђује значајан број истраживања о ефикасности овог вида терапије.
- Директивнија-терапеут је веома активан, он слуша, подржава, поставља

питања, усмјерава, подучава, даје смјернице и задатке. Терапеут не говори клијенту шта би он „требало“ да осјећа или чему би „требало“ да тежи, већ му показује како и којим начином размишљања или понашања ће прво остварити своје циљеве.

Когнитивно-бихејвиорална терапија за дјецу

Интерес за когнитивно-бихејвиоралну терапију у раду са дјецом је у порасту. Тренд који је примијећен је да се све више литературе усмјерава на специфичне стратегије у раду са дјецом, са фокусирањем на конкретне акције које се могу предузети. Ово је добар тренд и помаже професионалцима да развијају креативност у раду с дјецом, али има и своја ограничења. Примјена техника без разумијевања теоријског модела и принципа когнитивно-бихејвиоралног приступа може се показати недјелотворном и дугорочно без већих ефеката. Разумијевање основних теоријских принципа и доступност различитих техника, уз супервизијску подршку и праћење ефеката третмана, пут је коме је добро тежити.

Кораци у раду

Предложене секвенце у вођењу терапије омогућавају терапеуту да има контролу над вођењем процеса неугрожавајући однос са клијентом, те спречавање лутања са једног на други проблем и омогућава клијенту фокусираност и ефикасност у рјешавању проблема.

Секвенце у вођењу терапијске сеансе КБТ су:

а. Упознавање са клијентом и проблемом

- Прављење листе и редослиједа проблема којима ће се бавити. Фокус когнитивних терапија је на рјешавању проблема. У овој фази о проблемима причамо терминологијом коју нам дијете нуди.
- Успостављање терапијског односа.
- Мотивација за рад на проблему.

б. Формулација проблема и одређивање циља терапије

- Појашњавање разлике између практичних и емоционалних проблема и појашњавање да радом на превазилажењу емоционалних проблема, повећавамо шансу да ефикасније рјешавамо практичне.
- Едукација о емоцијама и формулисање на којој одмажућој емоционалној реакцији се ће радити.

в. Процјена негативних активирајућих догађаја и реакција које се ради њих јављају

- Трагање за реакцијама („Како си се осјећао у тој ситуацији?“).
- Трагање за ситуацијама („Шта си радио, шта се дешавало, када си се тако осјећао?“).

г. Провјера постојања секундарног емоционалног проблема

- Када постоји емоционални проблем, развијен због примарног проблема, прво се ради на његовом превазилажењу.
- На примјер: ради депресивног расположења, јавља се анксиозност, кривица или стид. Ове емоције су симптом-стрес, секундарни проблем и могућа препрека у раду.

- д.** Учење везе између мисли, емоција и понашања
- Уколико не укажемо на везу мисли, емоција и понашања, дијете неће имати идеју зашто уопште тражимо мисли и шта радимо са њима.
- ђ.** Процјена увјерења која се односе на проблем
- Трагање за ирационалним увјерењима која изазивају емоционални проблем.
- е.** Учење везе између процијењених ирационалних увјерења и посљедица (емоција и понашања)
- Важно је направити везу између конкретних увјерења која су откривена и посљедица („Све док јако вјерујеш да си „изгубљен случај“, осјећаћеш се потиштено и безвољно. Ако желиш да се осјећаш другачије, шта треба да урадимо?“ „Да мијењамо мисли.“)
- ж.** Диспутација ирационалних увјерења
- Односи се на тестирање рационалности дјечијих увјерења, она се доводе у питање и провјеравају.
- з.** Јачање вјеровања у рационална увјерења
- Обично након промјене на сесији, дијете или „млако“ вјерује у нова увјерења или кратко траје увјереност у нова увјерења и брзо се враћа на старо. Да би се промјена учврстила, потребно је увјежбавање између сеанси. Домаћи задаци имају функцију у учвршћивању нових увјерења.
- и.** Подстицање да се научено примијени у пракси
- Важно је да домаћи задатак буде релевантан и да дијете разумије корист коју има од њега.
 - Може се разговарати и о могућим препрекама које могу спријечити рад задаће.
 - Обавезно је и важно провјерити задаћу и заједно са дјететом проћи и видјети да ли је било тешкоћа.

Упознавање са клијентом и проблемом

Терапијски однос

Иако се когнитивно-бихејвиоралне терапије ослањају на технике и теже изградњи техника које су ефикасне, однос са терапеутом се не може заобићи, посебно у раду са дјецом и адолесцентима.

Квалитетан терапијски однос подстиче ангажованост дјеце у задацима са усвајањем вјештина, подстиче ангажовање дјеце у емоционално захтјевним изазовима и показује се да је за дјецу са анксиозним и депресивним проблемима веома значајан (Chu и Kendall, 2004). Омогућава сигурно окружење за испробавање и увјежбавање нових и изазовних техника и вјештина, што је предуслов примјени научног у свакодневним ситуацијама.

Кључни принципи на којима се темељи терапијски однос у когнитивно-бихејвиоралном приступу су сљедећи (Stallard, 2010):

а. Партнерски однос

Подразумијева активно укључивање дјетета у све фазе рада: од трагања за проблемом, постављања циљева, формулације проблема, трагања за рјешењима, испробавања новоизграђених вјештина, како током третмана, тако и изван њега.

Да би овакав однос био успостављен, важно је да стручњак заиста разумије да једино кроз комуникацију и заинтересованост за дјететове садржаје може доћи до жељеног циља. Дјеца боље памте и брже уче садржаје до којих долазе сама, искуствено и својим закључцима. Праћењем и вођењем заинтересованог разговора са дјететом, уз стрпљење и прилагођавање језика и темпа дјечијем, овај начин увида може се постићи. Због јасне разлике у моћи између стручњака и дјетета, важно је да стручњак отвори тему сопствене погрешивости и да направи договор о начину како ће дијете сугерисати кад негде није добро схваћено или кад нешто не разумије.

б. Прилагођавање развојном нивоу дјетета

Примјена когнитивно-бихејвиоралних техника у раду са дјецом подразумева праћење и усклађивање са развојним могућностима дјетета (развој језика, когнитивни и социјално-емоционални развој). Како дјеца истог календарског узраста показују велике индивидуалне разлике, треба бити на опрезу и прије сваког сљедећег корака провјеравати да ли дијете правилно разумије, као и да ли је ниво задатих циљева у складу са дјететовим тренутним могућностима. Захтјеви од дјеце нижег школског узраста биће фокусирани на конкретну ситуацију, а једноставне, конкретне и врло одређене технике и терминологија прилагођена и усклађена са дјечијом, омогућиће успјешно одвијање третмана.

Код дјецe млађе од 6 година, акценат је на бихејвиоралним третманима и раду са родитељима, али и усвајању различитих техника дисања. На свим нивоима и узрастима могу се примјењивати различити режими поткрепљења у циљу усвајања или спутавања непожељних облика понашања, учење вјештина на начине прилагођене узрасту дјетета, као и различите технике дисања у циљу прихватања емоционалних реакција.

в. Емпатија

Имајући у виду разлике између дјецe и одраслих у емоционалном, когнитивном, као и на бихејвиоралном нивоу, овај задатак често није тако једноставан. Емпатија подразумева да на сваком од ових поља разумијемо дијете, како се осјећа, како разумије ситуацију, као и његове поступке. У односу са дјететом је, управо због наших разлика, важно стрпљиво и пажљиво, активно слушање, провјеравање да ли смо добро разумјели и постављање питања у вези онога што нисмо разумјели. Пажљиво слушање и праћење дјетета је услов за правилно разумијевање проблема. Валидација дјечијих емоција и искуства је током читавог процеса један од кључних чиниоца.

г. Креативност и забавна атмосфера

Креативност се огледа у примјени различитих форми рада са дјететом: цртање, попуњавање листића, играње улога, метафоре, причање прича, кориштење лутки и слично. Један од најтежих задатака је како учинити озбиљне и апстрактне формулације јасним и примјенљивим дјетету. Увијек је добар пут повезивање са садржајима који су дјетету блиски и интересују га (филмови, пјесме, рачунар, апликације и други).

д. Истраживање

Когнитивно-бихејвиорални изазови пред којима се дијете налази често нису потпуно лагодни и могу их пратити непријатне емоције. Формирање сигурног

и подржавајућег окружења и постављањем оптималних изазова пред дијете, подстичемо процес истраживања, радозналост и отвореност ка сопственим искуствима, те самоефикасност у крајњем исходу.

ђ. Самооткривање и самоефикасност

У раду са дјецом са различитим врстама проблема, окружење је најчешће фокусирано на грешке, недостатке, тешкоће, слабости и њихово поправљање. Уколико је дијете склоно проблематичном понашању, овај ефекат „гашења пожара“ биће још јаче изражен, а овај контекст је вишеструко лош. Један од разлога је доживљај неефикасности и лоша слика о себи кроз идентификацију управо са лошим понашањима. Излаз из беспомоћности, услјед немогућности препознавања ресурса и капацитета, се може пронаћи у моћи која произилази из све јачег и деструктивнијег понашања. Још један разлог јесте и пажња коју овакво понашање захтијева. Негативна пажња је, у недостатку позитивне, поткрепљујућа и може учвршћивати овакво понашање. На овакав начин формира се зачарани круг.

Ефикаснији и бољи модел је онај у коме се фокус пребацује на откривање снага и ресурса, ранијих ефикасних начина гдје се спријечило јављање проблема, вјештина које могу помоћи или научених техника и вјештина.

Спремност за промјену

На почетку клиничар се среће са дјететом и особама које га доводе, процјењује обим и природу проблема, те одређује циљеве које би третманом жељели постићи. Са одраслима су ови задаци много једноставнији. Дјеца ријетко сама траже помоћ, а и кад траже често разлог није оно око чега су одрасли забринути. Зато је један од првих задатака у раду са дјецом процјена спремности дјетета за промјену и мотивације да започне рад на проблему, као и процјена капацитета одраслих који дјетету могу да пружају адекватну подршку током рада са њим.

Када је у питању спремност дјетета за промјену, корисно је да промјену посматрамо као процес који можемо посматрати кроз стадијуме. Тек када одредимо гдје се дијете налази у процесу промјене, можемо адекватно планирати терапијске интервенције.

Стадијуми промјене су:

- а. Стадијум преконтемплације (не постоји намјера, нити дијете увиђа потребу за промјеном);
- б. Стадијум формирања намјере (почетак развоја свијести о могућој промени, али се јавља несигурност);
- в. Стадијум припреме (показује интерес и спремност, бар за малу промјену);
- г. Стадијум акције (максимална посвећеност другачијем понашању, испробавање и тестирање у реалности);
- д. Стадијум одржавања резултата (учвршћивање вјештина) и
- ђ. Стадијум рецидива (суочавање са самогућношћу повратка дисфункционалног понашања или ранијег проблема).

У прве три фазе акценат је на изградњи и повећању мотивације за промјену. У овим фазама циљ је да откријемо унутрашњи мотив, који би дијете могло

водити ка промјени жељеног понашања. Упоредивање позиција гдје је дијете сада и гдје би жељело бити, може водити до свијести о потреби за промјеном. Осим схватања значаја промјене за постизање жељених циљева, важно је процијенити и дјететову спремност да се упусти у овај процес. Уколико дијете увиђа да постоји проблем, али показује оклијевање, могуће је да постоје емоционалне блокаде (анксиозност, стид, ниска толеранција на фрустрацију и сличне) које га блокирају. Овде би то био добар показатељ одакле би требало почети са радом-на блокадама које се јављају већ при дефинисању циља. Важан сегмент је и увјерење дјетета да ли оно може ту промјену постићи. Слика о себи и неефикасност у ранијим покушајима да нешто промијени, недостатак адекватне подршке и различити ометајући фактори, као и оно што би му могло помоћи у процесу промјене, могу бити препознати већ у овом дијелу рада са дјететом, те усмјерити наше интервенције.

Технике које у овом дијелу могу помоћи:

Мотивациони интервју

Техника која има за циљ да појача унутрашњу мотивацију, подстичући особу кроз разрјешавање унутрашње амбиваленције и изградње вјеровања да је промјена могућа. Питања која могу бити од помоћи у вођењу мотивационог интервјуа:

- Који је твој циљ?
- Које бенефите имаш од остварења овог циља? Које бенефите имају други, ако га оствариш?
- Излистај специфичне кораке који су потребни да би остварио свој циљ. Постави временску одредницу за сваки корак.
- Који је крајњи рок за остварење првог корака?
- Како можеш себе да охрабриш како би остао посвећен остварењу циља?
- Шта можеш себи да кажеш?
- Који су докази да напредујеш у остварењу свог циља?
- Да ли имаш потешкоће у остварењу свог циља? Које блокаде стоје на путу ка остварењу циља? Излистај их и размисли о рјешењима.
- Када оствариш циљ, које специфичне кораке мораш да предузмеш да би одржао усвојену вјештину?

Анализа добити и штете

- Анализирају се разлози за и против постављања предложеног терапијског циља, шта дијете може да добије ако ради на проблему, а шта да изгуби.

„Чудо“ техника

- Дјеца добијају задатак да замисле да се десило чудо преко ноћи и да су све њихове муке нестале. Буде се ујутру и треба да опишу како би изгледао њихов дан. Како би знали да се десило чудо? Шта би све жељели да раде? Затим правите план како та прича може да се оствари.

Важно је да, када дођемо до стадијума припреме, формулишемо циљ који није презахтијеван за дијете, чак и ако одрасли у том процесу нису у потпуности задовољни. Примарни задатак у почетним фазама има за циљ да појача

мотивацију дјетета, доживљај самоефикасности, као и саму ефикасност, али и повјерење дјетета у ефикасност третмана, како би истрајало и остало до краја у процесу рада.

Примјер

Примарни циљ за дијете које бјежи из школе сваког дана, могао би бити да један дан у седмици остане на настави.

И остала три стадијума подразумевају повремену провјеру мотивације, као и свијест о могућим блокадама, које могу ометати процес рада и постизања очекиване промјене. Иако је циљ постићи унутрашњу мотивацију, током процеса рада, посебно усвајања вјештина и увјежбавања наученог, уводе се различити режими поткрепљења, те и само дијете се учи да се награђује за направљене кораке и уложен труд.

Укључивање родитеља у третман дјетета

Дијете је дио система и не можемо занемарити утицаје који систем или чланови система могу имати на појављивање и одржавање проблема код дјетета, као ни могући појачавајући или ометајући утицај на рад стручњака са дјететом. Улога родитеља у третману дјетета може бити различита.

- Помагач: присуствују на првих пар сеанси и добијају само основне информације;
- Котерапеут: учествује све вријеме у терапијском процесу, примарно је дијете, а родитељ је ту како би се убрзао трансфер и примјена вјештина у свакодневном функционисању;
- Суклијент: паралелно се ради и на проблемима родитеља и на проблемима дјетета и/или
- Клијент: примарни циљ је да родитељи направе промјену.

Без обзира на ниво укључености, психоедукација родитеља/старатеља о проблему дјетета, као и о објашњењу когнитивно-бихејвиоралног модела су основне информације које сваки родитељ треба да добије. Код веће укључености, са родитељима се ради на њиховој способности емоционалне регулације и унапређењу вјештина, како би однос родитељ-дијете био функционалнији, те како би родитељ адекватним поступцима подстицао промјену која се третманима постиже.

У ситуацијама када родитељ има емоционални проблем који омета дијете у напретку, важно је указати и предложити рад и са родитељем. Уколико су укључени у третман дјетета, могуће је да ће и сам родитељ радити на превазилажењу сопствених блокада.

Формулација проблема и одређивање циља третмана

Основна идеја когнитивно-бихејвиоралног приступа базирана је на идеји да људи нису узнемирени стварима самим по себи, већ својим виђењем тих ствари. Другим ријечима, двије особе у истој ситуацији могу доживјети различите емоционалне реакције и понашање. Да ли ће те реакције бити функционалне или не, зависи од начина како процјењују и размишљају о догађају. Овај концепт је приказан **АБЦ моделом** (Табела 5), који приказује како се поводом конкретне ситуације развијају одређене емоционалне реакције. Примјеном АБЦ модела кроз различите ситуације, препознају се уобичајене грешке и ирационална увјерења, па кроз рад са стручњаком дијете увјежбава како да их превазиђе.

Табела 5. АБЦ модел

А	негативни активирајући догађај
Б	увјерења о догађају
Ц	емоције, физиолошке промјене и понашање

Активирајући догађај је било која препрека на путу ка нашим циљевима. Када се препрека јави, покрећу се когниције и различити начини размишљања о ситуацији и имају за циљ различите емоционалне посљедице.

Тачка Б је мјесто избора и оно отвара могућност за различите емоционалне и понашајне реакције. Уколико су размишљања која су покренута искривљена, нереална, нелогична и наносе штету, посљедице су потешкоће у емоционалној регулацији и дисфункционална понашања која произилазе из њих. Промјена искривљених когниција води емоционалној промјени и могућности функционалног понашања. Да би се промјена учврстила, потребно је упорно и досљедно практиковање нове вјештине, увјежбавање, како би се нови функционалнији начин размишљања учврстио.

Тачка Ц приказује реакције које се јављају поводом активирајућег догађаја. Када наиђемо на сметње, окидаче и/или препреке, емоционалне реакције које се јављају су углавном непријатног карактера. Ипак, оне могу бити функционалне и подстицати на активности како би превазишли препреку или дисфункционалне и водити све дубље у емоционални поремећај и све већој нефункционалности. Важно је повезати емоционалне реакције и циљ који дијете има, те указати како одмажуће емоције воде све даље од циља.

Примјер

А - „Ишао сам психијатру.“

Б - „Сви ће мислити да сам луд и јадан, и одбациће ме. Не смије нико да сазна“.

Ц - Анксиозност, избјегавање другова из школе, повлачење.

Формулисање циља третмана

Главни циљ у раду са дјететом је промјена на нивоу емоције, јер та промјена отвара могућност и за промјену на бихејвиоралном нивоу. Дијете ове процесе најчешће не разликује. Препознавање, разумијевање и диференцирање емоција, когниција и понашања често ће дјетету бити нешто страно. Да би могли мотивисати дијете на рад, као и да би могло разумјети зашто радимо на овакав начин, важно је да упозна и научи да идентификује и изражава различите емоције.

Важан аспект емоционалних реакција јесу физиолошке промјене које прате емоционалне реакције, а у циљу препознавања и прихватања важно је освијестити и овај сегмент емоционалних реакција.

Емоције имају одређену функцију и имају јак утицај на понашање које их слиједи. Веза емоција и понашања је важна и може бити главни мотив за рад на емоционалној промјени код дјетета.

Психоедукативни дио о емоцијама може захтијевати одређено вријеме, али је нужан да би се могло радити на овај начин са дјецом.

Постоје различите могућности едукације о емоцијама:

- **Листићи о емоцијама:** разликовање различитих емоционалних реакција приказаних различитим изразима лица, повезивање са ситуацијама и понашањем;
- **Употреба емотикона** на мобилним телефонима;
- **Рјечници емоција:** изрезивање из новина слика које показују различите емоције;
- **Игра пантомиме емоција:** извлачи се карта са једном од емоција и дијете има задатак да је пантомимом прикаже и
- **Мапа тијела:** дијете се присјећа ситуација у којима је доживљавало неку од задатих емоционалних реакција и на цртежу силуете тијела, различитим бојама, уцртава гдје све на тијелу доживљава сензације које прате сваку од основних емоција. Након тога слиједи разговор о ситуацијама у којима се ова емоција најчешће испољава, а може се проширити и на мисли које је прате, као и на понашања која се јављају.

Приликом дефинисања циља третмана потребно је да јасно објаснимо зашто је наш циљ емоционална промјена и како она повећава шансу за постизање промјене у понашању, односно кретање ка остварењу конкретне циља.

Некада има више проблема и потребно је направити листу приоритета. Током третмана, треба имати у виду да ће се повремено јављати акутни проблеми, који ометају рад на постављеном циљу. Тада је веома пожељна флексибилност. Дјетету треба понудити могућност да изабере на ком проблему жели у том тренутку радити.

Одређивање А И Ц

У овој фази циљ је откривање конкретне окидаче и емоционалне и понашајне реакције поводом те ситуације. Дијете некада нуди Ц, а некада А. Циљ је открити оно што недостаје и повезати ситуацију и реакције поводом тога.

Уколико дијете говори о својим осјећањима, питања могу ићи у правцу трагања за околностима у којима их је доживјело. Уколико дијете говори о ситуацији коју је доживјело, питања могу ићи у правцу препознавања емоција које су се у том тренутку јавиле (можете користити Листу емоција да би дјетету олакшали препознавање). Када причају о околностима које им се дешавају, дјеца знају бити преопширна и правити дистракције у причи. Важно је суптилно враћати дијете на наш актуелни проблем. У сврху прекида беспотребног ширења приче, може се договорити са дјететом о начину како ћемо заустављати причу када одлази далеко од наше теме. То може бити знак руком или нека ријеч којом ће дијете или стручњак сугерисати да треба стати са причом и вратити се на циљ.

Секундарни емоционални проблем

Примијећено је да актуелни емоционални или понашајни проблем може постати извор (А) за развој новог емоционалног проблема. Оваква врста проблема се назива секундарни емоционални проблем или симптом-стрес. Уколико се утврди да постоји секундарни емоционални проблем, добро је почети од рада на њему. Уколико се не препозна и не ради на рјешавању секундарног емоционалног проблема, то може бити извор отпора у третману основног проблема, губитка мотивације и враћање старим обрасцима понашања. Секундарни проблем се најчешће током третмана активира када се догоди неуспјех или дијете не напредује темпом који само очекује или који други очекују.

Примјери

Дјеца често осјећају стид поводом својих анксиозних сметњи.

А - Збуњен је и спетљан са друговима, осјећа анксиозност поводом тога како га процјењују.

Б - „Јадан сам и безвриједан. Не бих смио да се осјећам и понашам овако.“

Ц - Стид, повлачење.

Може се јавити и депресивно расположење поводом било ког проблема који дуго не успијева успјешно превазићи.

А - Самоповређивање резањем по ногама.

Б - „Мој живот нема смисла. Никада неће бити боље.“

Ц - Депресивно расположење, суицидалне мисли

Учење Б–Ц везе

Да би дјетету објаснили АБЦ модел и Б-Ц везу (везу између мисли и емоција), можемо се служити различитим причама и прилагођавати их узрасту дјетета.

- Испитивање различитих реакција (Ц) чланова породице или друштва на исте окидаче (А). На примјер, „Како се осјећаш кад угледаш паука? А твоја мама?“

Другарица?". На такав начин треба доћи до тога да на исте окидаче људи реагују различитим емоцијама. Како би се увеле и когниције (Б), можемо увести шта ко мисли у овим ситуацијама и повезати то са емоцијама.

- Објашњење Б-Ц везе дјечи. На примјер, ако замишљамо да режемо и сијечемо лимун, почеће да се лучи пљувачка, иако само замишљамо лимун.

Најбоље је при објашњењу Б-Ц везе користити неутралне метафоре које нису повезане са проблемом који има дијете.

Процјена ирационалних увјерења

Разликоваћемо двије групе когниција, рационалне и ирационалне. Прве, према АБЦ моделу, воде функционалном и адаптивном реаговању, док друге, по истом моделу, воде у емоционалну дисфункционалност.

Ирационално увјерење карактерише несклад са реалношћу, нелогична су и апсолутистична, ригидна. Упркос чињеницама, врло су упорна и особа чврсто вјерује у њих. Услијед чврстог држања ирационалних увјерења, особа одржава емоционални проблем и све је даље од сопствених циљева и адаптивног функционисања. Током рада, циљ је да се ова ирационална увјерења промијене у рационална, самопомажућа, реалистична и логична увјерења. Према теорији рационално емоционалне бихејвиоралне терапије (РЕБТ) постоје три нивоа когниција:

- а. апсолутистички, ригидни и догматски захтјеви („мора, не смије“)
 - „Морам имати све петице.“
 - „Наставник мора да буде праведан. Не би смио никога да издваја.“
 - „Учење би требало да буде брзо, лако и ефикасно.“
- б. деривате произашле из ових захтјева (ужасавање, неподношење, условно вредновање себе и других, увијек-никад)
 - „Тата више неће живјети са нама. То је ужасно.“
 - „Не могу да поднесем њихово задиркивање.“
 - „Он је лош човјек када је могао отићи од нас!“
 - „Ја сам глупа и јадна, јер ме је оставио момак.“
- в. грешке у мишљењу
 - скок на закључак („Погријешо сам и сада сви мисле да сам глуп.“);
 - прорицање судбине („Пао сам на испиту. Никад га нећу положити и нећу завршити факултет. Увијек ћу бити неуспјешан.“);
 - фокусирање на негативно („У мом животу дешавају се само лоше ствари.“);
 - дисквалификавање позитивног („Та дјевојка се заљубила у мене само зато што не може да буде са неким другим.“);
 - минимализација („То што добијам петице се подразумева и није ништа посебно, али кад добијем тројку, то је ужас!“);
 - емоционално закључивање („Осјећам се као губитник. То значи да и јесам губитник.“);
 - етикетирање („Пошто сам погријешо, ја сам потпуни лузер и јадник.“);
 - персонализовање („Пријатељи се смију. Сигурно се мени смију.“).

Откривање когниција код дјече

Откривање когниција није увијек лак посао. У раду са дјецом користе се различите форме како би се откриле дисфункционалне когниције, као што су:

- стандардизовани упитници,
- облачићи за мисли,
- недовршене реченице,
- ланац закључивања (креће се од тврдње коју дијете износи и трага се за закључцима и увјерењима која стоје иза ових тврдњи. Претпостави се тачност почетних закључака и трага се за увјерењима која стоје иза њих.

Примјер

Дијете: Данас је мој најбољи друг био сво вријеме са другим друштвом.

Терапеут: И шта си ти помислио?

Дијете: Да му је било забавно са њима.

Терапеут: Па, хајде да претпоставимо да је заиста тако и било. Како ти то представља проблем?

Дијете: То би значило да сам досадан и без везе.

Терапеут: Добро, а реци ми како би ти представљало проблем ако ниси онолико забаван колико би волио да јеси?

Дијете: Нико неће хтјети да проводи вријеме са мном. Грозно је бити сам. Не могу то да издржим.

Терапеут: Значи, када је твој друг био са другом дјецом, осјећао си се потиштено, јер си мислио да не ваљаш и да би могао остати сам, а то је грозно и неподношљиво.),

- коришћење везника и незавршених реченица („и“, „али“, „зато што“, „јер“ или ријечи које нам могу помоћи у откривању онога шта дјеча говоре себи у проблематичној ситуацији),
- размишљање наглас (дјетету се задаје одређени задатак и добија инструкцију да при том говори наглас шта му пролази кроз главу.

Примјер

Дијете добија задатак да напише састав и док то ради да размишља наглас. Неке од могућих мисли: „Ово је глупо и досадно. Немам појма како ово да напишем. Глуп сам за ово. Никад ово нећу научити.“

- вођена фантазија (дијете добије инструкцију да жмири, прати своје дисање и да се што живље сјети проблематичне ситуације, да се фокусира на то шта је осјећало и о чему је размишљало. Док замишља, може наглас описивати ситуацију, мисли и осјећања, а стручњак га потпитањима може водити и охрабривати).

Оспоравање дисфункционалних когниција и формирање помажућих когниција

Диспутација подразумева тестирање и провјеру ирационалних увјерења. Стручњак помаже дјетету и подстиче га да тестира и истражује тачност својих увјерења. Диспутацију можемо вршити на различите начине, али је јако важно да начин прилагодимо језичким и когнитивним способностима дјетета, јер овде постоји највећи ризик да ми „одрадимо посао“, а да дијете није разумјело или

се осјећа љуто и фрустрирано. Најбољи начин је водити дијете до закључака. Циљ је да провјеримо логичност, реалност и функционалност увјерења која су постављена. Дакле, циљ је провјерити да ли одређена увјерења поткрепљују докази и да ли су у складу са чињеницама из реалности, те да ли су корисна и помажућа. Когнитивну диспутацију ирационалних увјерења можемо испитати постављањем различитих питања, попут:

- „Хајде да будемо научници. Шта кажу чињенице? Да ли се слажу са твојом претпоставком?“;
- „Како знаш да је то што тврдиш тачно? Како би то могао провјерити?“;
- „Кажеш да је ужасно то што се догодило. Ужасно је нешто најгоре што можеш замислити. Да ли је то заиста најгоре од свега што ти пада на памет?“;
- „Да ли би могао бити срећан понекад, чак иако се та ружна ствар догодила?“;
- „Колико си пута до сада помислио да ће се то десити? Да ли је икада било толико лоше? Да ли се икада десило? Да ли си раније то већ доживио и преживио? И како ти сада то изгледа?“;
- Прошли пут је и твој најбољи друг добио јединицу. Да ли то значи да је он глуп и безнадежан случај? А зашто би онда то за тебе било важно?“;
- Могу се користити и примјери познатих личности, попут Ајнштајна, Бил Гејтса, Новака Ђоковића, који су доживљавали неуспјехе за које цијели свијет зна, те извући закључке из тога;
- „Када размишљаш на такав начин, да ли ти то користи? Шта мислиш, да покушамо онда другачије?“;
- „Да мој најбољи пријатељ размишља на овакав начин, да ли бих га подржао?“.

Након оспоравања, циљ је створити реченице које су рационалне и које би биле помажуће у конкретним проблематичним ситуацијама, као на примјер:

- „Јако бих желио да добијем петицу, али то не значи да се мора остварити. Не испуни се баш свака жеља.“;
- „Ако добијем лошу оцјену, биће ми тешко, али ће проћи. Већ сам пуно пута то доживио и прошло је.“;
- „Лоша оцјена не значи да сам јадан и безвриједан. То је један неуспјех, али пуно пута сам добио и добру оцјену. Не претварам се у жабу кад добијем лошу оцјену.“;
- „Научио сам колико сам могао. Немам чаробне моћи и не могу спријечити да се понекад догоде лоше ствари или неуспјеси.“.

Учвршћивање помажућих увјерења

Принципи рационално-емоционалне имагинације

- Позитивна имагинација: дијете замишља проблематичну ситуацију, али тако да се осјећа и понаша другачије (на примјер, умјесто анксиозности осјећа се релаксирано док се налази у тој ситуацији). Чим то постигне, постави се питање шта је тада себи говорило.
- Негативна имагинација: дијете замишља себе у проблематичној ситуацији и своју уобичајену емоционалну и понашајну реакцију. Затим добија инструкцију да се фокусира на своје мисли и промијени своја осјећања. Остаје у том стању док не успије да промијени емоционалну реакцију. Када то постигне, питамо како је то извело?

Ове технике се на почетку раде са терапеутом, а дијете се касније подстиче да их ради и само код куће, као домаћи задатак.

- Добар и лош адвокат: стручњак заузима улогу лошег адвоката и износи ирационална увјерења и когнитивне грешке које је дијете раније оспорило, а дијете износи супротне, помажуће.
- Цик-цак техника: на почетку процијенимо колико дијете вјерује у ново, помажуће увјерење (на скали 0–10). Након тога, дијете износи један разлог због којег не вјерује, а затим само покушава својим ријечима да оспори тај разлог. Износи нови и тако наставља оспоравање у цик-цак, док му не понестане разлога. На крају поново процијени колико вјерује у почетно увјерење.
- Двије столице: једна столица је за ирационалне, а друга за рационалне мисли. Дијете мијења столице и увјежбава како да се носи са сопственим ирационалним мислима.

Домаћи задаци

Обзиром да су новонастале промјене крхке и да се дијете лако може вратити на ранији, утабани начин размишљања, важно је увјежбавање и мимо терапијских сеанси. На крају, циљ је да дијете примјењује научно у свакодневним ситуацијама. Из тих разлога је важно задавање домаћих задатака. Технике које се раде са дјететом за оспоравање и учвршћивање увјерења, након довољног увјежбавања, могу се задати дјетету и као домаћи задатак.

Када дијете формира помажућа увјерења, важно је да жеље које оне садрже узмемо у обзир као веома значајне и формирамо бихејвиорални план, како би повећали шансу да се оне испуне. На примјер, ако дијете жели високу оцјену, потребно је направити план учења, развијати технике учења и слично. Ако се дијете, на примјер, жели мање свађати са братом, добро је да научи технике ненасилног рјешавања конфликта или ако жели да научи да се боље носи са задиркивањем или да каже оно што мисли, могу помоћи асертивне технике.

Технике за релаксацију могу бити веома корисне, посебно у раду са анксиозним проблемима.

- **Мишићна релаксација:** дијете има задатак да различите дијелове тијела прво стисне, задржи пар секунди и након тога их опусти. На крају, задатак је да стисне читаво тијело, задржи неколико секунди и потом га опусти.
- **Дување у пламен свијеће:** дијете затвори очи, удахне и замишља да док издише лагано дува у пламен свијеће, који се помијера, али не смије да се угаси. Вјежба се понавља више пута.
- **Дување у балоне од сапунице:** дијете затвори очи, удахне и замишља да док издише прави балон од сапунице. Не желимо да пукне, тако да је потребно да дува пажљиво и полако. Вјежба се понавља више пута.
- **Стискање лимуна:** дијете замишља да у свакој руци држи по један лимун. Потребно је да стисне колико год може јако оба замишљена лимуна, задржи неколико секунди и опусти. Вјежба се понавља више пута.

Технике у раду са анксиозним проблемима

Прије разматрања анксиозности, важно је разумјети разлику између анксиозности и страха. Страх представља емоционални одговор на пријетњу или повреду, док је анксиозност реакција на очекивану пријетњу. Иако у тренутку јављања анксиозности није присутна реална опасност, функција анксиозности је иста као и страха- заштитна. Понашања која најчешће прате анксиозност су бјежање, избјегавање или напад, као и промјене на физиолошком нивоу које припремају тијело за борбу или бијег. Стање растуће анксиозности је изузетно непријатно и јавља се јака тенденција избјегавања. Избјегавањем се анксиозност краткорочно смањује, али већ при сљедећем покушају излагања истој или сличној ситуацији она расте. На овај начин, механизам негативног поткрепљења учвршћује и појачава анксиозно понашање, а особа се бјежећи од анксиозности, врти у затвореном кругу.

Примјери

Дијете доживљава јаку анксиозност током одговарања на часу, праћену снажним лупањем срца, тремором руку и осјећајем да ће умријети или пасти. Очекујући овакве реакције, избјегава одлазак у школу или тражи да изађе током часа.

Дијете осјећа велику анксиозност поводом разговора са оцем. Комплетан организам је побуђен, мишићи су напети, пажња фокусирана искључиво на очекивану критику. У овако побуђеном и сензитизираним стању, дијете може показати и нетрпељивост и дрскост у комуникацији са родитељима или склоност избјегавању сусрета.

Циљ третмана анксиозности је ублажавање емоционалне узнемирености, кроз промјену искривљених когниција и замјена избјегавајућег понашања излагањем. Излагањем уз адекватну когнитивну саморегулацију, страх ће почети да се смањује. Да би промјена била релативно стабилна, важно је изградити и адекватан режим поткрепљивања пожељног понашања.

Код анксиозних проблема, најчешће се прецјењује вјероватноћа да ће доћи до лошег исхода, катастрофизује се око могућих посљедица и потцјењују властити капацитети за превазилажење ситуације, као и могућност да нам други помогну. Већина когнитивних грешака произилази из ових искривљења.

Примјер

А - „Сутра ћу одговорати пред цијелим разредом.“

Б - „Испашћу глуп и смијешан. То ће бити ужасно.“

„Не могу да поднесем да ми се сви смију.“

Ц - Анксиозност, лупање срца, не жели у школу

Интервенције код анксиозности

- **Психоедукација о страху и анксиозности**, препознавање и разумијевање механизма дјеловања

- Најчешћи окидачи анксиозних реакција су очекивања, мисли о некој непријатној ситуацији у будућности.
- Анксиозна стања прате бројне тјелесне промјене: лупање срца, дрхтање, замагљен вид, тешко дисање, дрхтави глас, подрхтавање ногу, мокри дланови, чести одласци у тоалет, „лептирићи“ у стомаку, „кнедла“ у грлу, сува уста, црвенило лица, слабост, несвјестица, главобоља. Организам реагује као да му пријети опасност (на примјер, да ће га напасти медвјед) и наше тијело се припрема за борбу или бијег. Крв се пумпа у мишиће потребне за трчање или ударање, а повлачи се дјелимично из дијелова тијела који за ту акцију нису неопходни (глава, дланови, стомак, стопала), па ми због тога осјећамо различите сензације. Све ово се дешава инстинктивно и ми не можемо исконтролисати ове реакције, али и не морамо. Оне трају неко вријеме и пролазе. Можемо исконтролисати мисли које их подстичу.
- **Питања за препознавање и разумијевање емоционалне реакције**
 - Како изгледа лице када смо анксиозни?
 - Како тијело показује да смо анксиозни?
 - Како се понашаш када си анксиозан?
 - Колико си у овом тренутку анксиозан (од 1 до 10)?
 - Припремити термометар емоција, разговарати и описати како изгледа ова емоционална реакција на различитим нивоима.
- **Уобичајене ометајуће когниције**
 - „Десиће се нешто лоше, не смијем то да дозволим.“;
 - „Не бих могао поднијети да се деси...“;
 - „Не смије нико да примијети да се осјећам лоше.“;
 - „Морам да спријечим да се то деси...“.
- **Систематска десензитизације кроз постепено излагање**
 - Идентификуј изазов- страх са којим желиш да се суочиш;
 - Разбиј свој изазов на мање кораке-то ће ти олакшати да будеш успјешан (на примјер, на 10 корака);
 - Које ће ти мисли помоћи да постигнеш успјех?;
 - Прије првог корака, уради неку од вјежби релаксације. Можеш наставити са вјежбом и током излагања;
 - Не прелазиш на сљедећи корак док ниво анксиозности не буде на термометру јако низак, на примјер 2 и
 - Немој да заборавиш да похвалиш себе када направиш први корак.
- Економија жетона
 - Систем поена или звјездица да се дјеца награде за успешно понашање. Унапријед се са дјететом договара награда коју може добити када прикупи одређени број поена. Ова техника код дјеце развија способност да одложе задовољство и визуелно праћење напретка.

Технике у раду са депресивним расположењем

Депресивно расположење утиче на све нивое функционисања особе (психолошко, физиолошко и социјално), отежавајући га или га блокира у потпуности. Обично се промјене јављају у виду сниженог расположења, повећане иритабилности, губитка апетита и тежине, губитка интересовања, уживања и смањене активности, осјећања кривице и беспомоћности, тешкоћа са концентрацијом и пажњом, проблема са спавањем, соматских жалби и других тегоба.

Раније се тврдило да је депресија код дјеце немогућа. Различите су претпоставке биле основа овим тврдњама, али је оно данас промијењено. Када су у питању разлози за развој депресије, важно је нагласити утицај различитих извора: биолошких, срединских и оних који потичу од саме особе. Тачно је да непријатни догађаји могу да буду окидачи за депресију, али она може бити биолошка, неурохемијска, као и условљена генетским факторима. Такође, ни когнитивни чиниоци не могу да буду игнорисани. Утицај когнитивних фактора, чак и кад нису кључни за настанак депресивног расположења, највјероватније учествују у одржавању депресије.

Акцент у раду са дјецом која имају проблеме ради депресивног расположења, без обзира на узрок, ставља се на препознавање когниција које погоршавају или одржавају ово расположење, рад на промјени дисфункционалних когниција, те развијање вјештина и поткрепљивање активације у активностима које су дјетету раније причињавале задовољство.

Важно је разликовати депресивно расположење од туге, која представља уобичајену и пожељну реакцију поводом ситуација у којима се доживљава губитак или неуспјех. У неким ситуацијама, депресивно расположење се може развити управо тамо гдје би очекивана била реакција туге. Препознавањем искривљених когниција се иде ка процесу промјене и функционалних емоција и понашања. Када је туга у питању, упркос нормализацији и подстицању прихватања ове емоције, понекад је потребно радити и са родитељима на подизању прага толеранције дјечије туге, како својим реакцијама не би ометали дјечији начин изражавања и доживљавања ове емоције.

Когниције које се везују за депресивно расположење, названа и депресивна тријада, најчешће изражавају (Beck, Shaw, 1977):

а. Негативну слику о себи

- „Ја сам безвриједан, јадан, слаб, глуп, ...“;
- „Ништа не могу да урадим како треба.“;
- „Никад нећу бити довољно добар.“

б. Негативно виђење свијета

- „Живот је грозан.“;
- „Свијет је ужасно мјесто.“;
- „Живот је претежак. Не могу то више издржати.“

в. Негативно виђење будућности

- „Биће све горе и горе.“;
- „Мени се никад ништа лијепо не може десити.“

Самообезврјеђивање

Негативна слика о себи обично је посљедица тенденције условног вредновања себе. Овакав начин процјене подразумијева да слику о сопственој вриједности градиммо на основу постигнутог успјеха или личних карактеристика, те је она јако нестабилна и јавља се тенденција константне тежње за новим доказима сопствене вриједности, неријетко кроз покушаје да се добије потврда и од других. Особе склоне условном вредновању себе, заправо су јако несигурне, јер њихов доживљај сопствене вриједности варира у зависности од спољашњих фактора и промјенљивих околности. Како би се задржала крхка слика о себи, често су склони дефанзивном понашању да би избјегли неодобравање других. Понашање особа склоних условном вредновању себе може се упоредити са хрчком који врти точак. Што брже и динамичније врти, све је јачи притисак да настави вртити. Једина шанса да се побиједи у овој игри је излазак из точка.

Интервенције су усмјерене на одустајање од процјене вредновања сопствене личности. Процјена се може фокусирати на конкретне поступке и понашања, које можемо мијењати. Овакав вид промјене омогућава прихватање себе са недостацима и квалитетима, са ослањањем на квалитете, како би унапређивали оно чиме нисмо задовољни. Концепт безусловног самоприхватања омогућава прихватање критика и неуспјеха без склоности ка обезврјеђивању, те могућност асертивног излагања у комуникацији, а тиме и већу стабилност.

Најчешће грешке и мишљењу су:

- Претјерана генерализација (Ако се једном догодило, увијек ће се догађати).
- Персонализовање. (Већину искустава, посебно непријатних, претјерано лично доживљавају. На примјер, изабери један сегмент ситуације и игноришу чињенице које не подржавају њихов доживљај безвриједности).
- Фокус на негативну. Код дјеце склоне депресивном размишљању, фокус је углавном на негативним аспектима. У ситуацијама гдје добију позитивну информацију о себи из околине, могу реаговати конфузно, анксиозно, чак и агресивно. Долази до конфузије и тешкоће у уклапању информације у сопствени референтни оквир, те се наставља са кривим закључцима и руминацијама. Наравно, у овом тренутку могуће је и то да дијете промијени слику о себи под утицајем информација које добија из подржавајућег окружења. Оспоравање њиховог доживљаја безвриједности захтијева упорност и досљедност, кроз константно прављење дистинкције између понашања које може бити лоше и особе која не може.
- Предвиђање будућности. Обзиром на тенденцију да будућност виде као лошу и да ће се и у њој осјећати депресивно, губи се мотивација да раде и учествују у терапији. Важно је мијењати овај поглед на свијет, довођењем у питање способности за предвиђање судбине (на примјер, „Да ли можеш да кажеш ко ће бити предсједник за 10 година?“ или „Шта ћу ја сутра доручковати?“)
- Подсјећање на раније нетачне предикције и колико су им лошег расположења и отежаног функционисања донијеле, може бити од помоћи, као и разматрање добрих и лоших страна оваквог начина размишљања.

Специфичне интервенције у третману депресије

- **Психоедукација**

Разумијевање настанка депресије је важан корак у раду са дјецом. Сљедећа важна ствар је препознавање и оспоравање секундарног проблема који је често присутан поводом депресије, као примарног проблема (стид, кривица, депресија поводом депресије, бијес и друго). Већ разумијевање различитих фактора који доводе до јављања депресивног расположења, може ублажити осјећање кривице и мање вриједности. Разумијевање проблема и превазилажење секундарног проблема може помоћи да лакше прихвате примарни проблем и да се смањи додатно узнемиравање.

- **Антидепресивна кутија**

Дијете добије задатак да се присјети периода када се није осјећало депресивно: шта је тада радило, шта га је интересовало, чему се смијало, са ким је проводило вријеме, шта му је тада било забавно и важно или присјећање омиљене музике, књига и/или филмова. Све ове ствари дијете напише на папирићима и убаци у кутију. Кутија има за циљ да им врати наду, а може бити и инспирација за неке активности чак и током депресивних фаза, након промјене ирационалних уверења.

- **„Чудо“ техника**

- **Анализа добити и штете**

Када су дјеца депресивна, могуће је да оваква стања код околине покрену хиперпротективна понашања, као и склоност претјераном ангажовању дјече како би их „извукли“ из депресије. Нека понашања околине могу продуковати секундарну добит и поткрепљивати депресивно расположење, а нека га опет могу продубљивати. Анализом добити и штете могу се освијетлити многи од ових момената, као и лични моменти дјетета. Важно је помоћи дјетету да увиди што више разлога за излазак из депресивног расположења, односно депресије.

- **Дневник активности и осјећања**

Ова техника помаже праћењу расположења и доласку до увида да постоје периоди без депресије у току дана или дани када дијете није депресивно. Дјеци омогућава и екстернализовање мисли и осјећања, па је на неки начин и њима олакшавајућа, док стручњаку омогућава праћење расположења и мисли. Данас постоје и телефонске апликације које омогућавају праћење расположења.

- **Когнитивна реструктурирација**

Промјена ирационалних увјерења која појачавају и одржавају депресивно расположење.

- **100% лош**

Лоше особе увијек све раде лоше и код њих нема добрих ствари. Напросто су 100% лоши. А добри су све супротно. Дијете се пита да ли познаје неког таквог? И да ли је могуће да је он такав? Закључак је да смо сви комбинација добрих и лоших поступака, квалитета и недостатака, мана и врлина.

- **Избушена гума**

Да ли бисте бацили ауто или рекли да не ваља, ако му пукне гума? Метафора је примјенљива на негативно вредновање себе, као и за оспоравање когнитивних грешака.

- **Црне и роза наочаре**

Дајте дјетету примјер у ситуацији коју је оно идентификовало да га чини депресивном. Вербализујте мисли које има поводом тог догађаја: да је глуп и безвриједан, да никада неће проћи разред, да ће га друга дјеца исмијавати и да ће то бити страшно. Објасните концепт ужасавања, претјеране генерализације и вредновања себе. Стављање црних наочара је метафора за депресиван поглед на свијет. Наочаре са жутим стаклима и поглед кроз њих је оно што желимо постићи.

- **Метафоре са конкретним објектима**

- сунђер (упијање негативног),
- лупа (преувеличавање ствари),
- калеидоскоп (увијек постоји више начина на које можемо да гледамо на ствари).

- **Тренинг социјалних вјештина и рјешавања проблема**

Технике у раду са проблемима у понашању

Проблеми у понашању представљају кровни појам за широку групу проблема различите озбиљности од оних који нису велике тежине, штетности и опасности по себе и друге до оних који су дефинисани и санкционисани законским прописима. Поремећаје понашања карактерише понављано, трајно присуство образаца антисоцијалног, агресивног и изазивачког понашања. Ове поремећаје карактеришу бијес и агресивно понашање, као и импулсивност и ниска толеранција на фрустрацију.

Рад са дјецом са проблемима у понашању увијек подразумијева и рад са родитељима, а најчешће и сарадњу са школом. Важно је препознати и модификовати погрешне васпитне стилове и обучити родитеље адекватном поступању у односу на непожељно понашање. Такође, родитељи су у овим случајевима склони развијати дисфункционална увјерења, те и сами бити емоционално врло узнемирени, што може водити преувеличавању или негирању проблема, као и неадекватном прихватању стања и предузимању потребних корака за његово отклањање.

У наставку су приказани најчешћи емоционални проблеми код дјеце која имају проблеме у понашању.

Бијес

Као и са свим осталим емоцијама, тако и бијес настаје као посљедица ригидних и ирационалних апсолутистичких захтјева. Бијес се третира као дисфункционална емоционална реакција, јер подстиче на тражење кривца, осветничко по-

нашање и деструктивност. Терапијски циљ је постизање функционалне емоције незадовољства поводом настале ситуације, те предузимање акције у циљу рјешавања проблема. Управо из овог разлога је ова емоција функционална, она подстиче на рјешавање тренутне проблематичне ситуације. Када је ниво бијеса изузетно висок, ометене су сложене когнитивне функције, те је често резултат понашања које би, да могу, касније избрисали. Ометено је и свакодневно функционисање-тешко се фокусирати и обављати било какве активности у периоду кад се бијес развија. Бијес доводи до повишеног крвног притиска, изазива проблеме са срцем и стомачне тегобе. Бијес чини да не можеш престати да мислиш о некоме према коме осјећаш бијес, дакле, све вријеме се остаје на неки начин повезан.

У раду са младима од пресудног је значаја да разумеју да не изазивају други људи њихов бијес. Све док вјерују у то, остају при увјерењу да немају избора, осим да се осјећају тако.

Примјер (АБЦ шема бијеса)

А - Неко је урадио нешто што дијете сматра неправедним.

Б - „Не смије тако да се понаша.“

„Он је кретен.“

Ц - Бијес, агресивно понашање.

Интервенције у раду са бијесом

а. Психоедукација о бијесу и посљедицама

б. Анализа добити и штете

- Овде треба нагласити да је велики проблем, који потпомаже учвршћивању бијеса, спољашње поткрепљење. Особама склоним оваквом понашању се често пушта, да не би правила проблеме. Важно је да се такво понашање не награђује ни претјераном пажњом, али ни дефанзивним избегавањем конфронтације.

в. Најчешће когниције су усмјерене на очекивања од других и условно обеврјеђивање других.

г. Круг одговорности

- На кругу се од дјетета тражи да означи колики је удио различитих особа и фактора на развој ситуације. Овде је циљ постићи да и оно само има дио одговорности.

д. Вјештине асертивне комуникације

ђ. Циљ је да дођемо до незадовољства насталом ситуацијом.

- Дијете има право да осјећа незадовољство и не мора да буде задовољно правилима или околностима или туђим понашањем. Ово незадовољство би могло подстицати његову жељу да нешто промијени и те жеље треба уважити, те креирати план.

Примјер

Дјетету је забрањен излазак у град, јер се прошлог пута није вратило у договорено вријеме. Када завршимо са промјенама дисфункционалних когниција, дијете ће и даље бити незадовољно и жељеће да иде у град. У реду је да направимо и краткорочан и дугорочан план који води том циљу: да пита и преговара са родитељима, да тражи промјене правила убудуће, да тражи јасно дефинисаност правила и посљедица.

Ниска толеранција на фрустрацију

Ниска фрустрациона толеранција (НФТ) као посљедице има већу склоност развијању бијеса, али и ниже академско постигнуће, проблеме у социјалним релацијама, као и многе друге тешкоће у свакодневном животу. Велики број проблема у дјетињству има заједнички елемент-нису толеранцију на фрустрацију. Неки од њих су поремећаји у исхрани, компулзивно понашање, анксиозни поремећаји, проблеми са контролом импулса и/или проблеми у понашању.

У школском узрасту НФТ може бити примаран фактор или доприносити у великој мјери следећим понашањима:

- љутња и нетрпељивост,
- лако одустајање и обезврјеђивање различитих циљева,
- пренемагање и константне жалбе,
- изналагање замјерки и примједби,
- мањак одговорности,
- стидљивост,
- повлачење и избегавајуће понашање и
- склоност злоупотреби алкохола или опојних дрога.

Тешкоће у превазилажењу НФТ долазе из више разлога. Један од њих је што очекују инстант рјешења, моментално и у што краћем року. Ријетке су технике које дјелују моментално, а и оне које имају такав ефекат, захтијевају понављање и увјежбавање. Други проблем је што се таква дјеца воде моменталним задовољством и из тог разлога су склона избежавати сеансе. Могућ је отпор само зато што је, на примјер, вруће или им се тренутно ради нешто друго. Осим тога, очекују да на сеансама треба да буде забавно и лако, чему је добро тежити у раду са дјецом, али није увијек тако. Неки задаци су изазовни и прати их одређен ниво фрустрације.

Примјери АБЦ модела

А - Учење нове лекције.

Б - „Учење би морало ићи лако и брзо.“

„Ужасно је напорно. Не могу ово више издржати.“

Ц - Анксиозност, одлагање, избегавање.

А - Пријатељ касни.

Б - „Не би смио да касни. Не подносим кад то неко ради.“

„Морао би да поштује моје вријеме.“

Ц - Анксиозност.

Треман ниске толеранције на фрустрацију

• Психоедукација

Психоедукативни дио је важан још у процесу мотивације. Дјеца ће тежити избегавању неугодних и непријатних сензација, јер им је тако лакше, а и услјед усмјерености на тренутно, краткорочно задовољство. Важно је разумијевање немогућности избегавања непријатних ситуација у животу. Чак и када краткорочно избјегну непријатност, одмах након тога их чека непријатност незадовољних

родитеља, лоших оцјена, љутих пријатеља и слично. Непријатне ситуације се не могу избјећи, па кад је већ тако, боље је суочавати се на првом кораку и повећати шансу за успех, него касније смањивати штету.

- **Типично ирационална когниција код особа са НФТ јесте неподношење.**

Идеју да је нешто неподношљиво дјеца изводе најчешће из чињенице да им је тешко, непријатно или болно. Важно је довести у питање ове нелогичне закључке, да се непријатне ствари не могу поднијети. Иако су тешке и непријатне, могу се поднијети. У **процесу оспоравања** потребно је усмјерити се на ранија искуства и ситуације које су поднијели, а које су биле тешке и непријатне. Такође, важно је повезати овакав начин размишљања и понашања која воде дијете у избјегавање или агресивно понашање, те ономогућава било какво постигуће.

- **Ирационалне когниције које прате НФТ су и очекивања да живот увијек треба да буде лак и угодан и да је то предуслов да се почну обављати неке активности.**

Важно је **супротставити чињенице** овој претпоставци и појаснити посљедице истрајног придржавања овог увјерења.

- **Тенденција ка избјегавајућем понашању је јака у овим ситуацијама, а проблем се погоршава, јер свако избјегавање има ефекат награде, услед смањивања анксиозности.**

Понашање које се поткрепљује се **награђује и на тај начин учвршћује**, те се улази све дубље у проблем избјегавања и дугорочно све јаче анксиозности при новим покушајима излагања. Важно је да при дефинисању циља, бар на почетку, он не буде превише фрустрирајући за дијете, већ оптималан и изводљив. На тај начин ће успех појачавати доживљај ефикасности и мотивацију.

- **Проблем који дјеца са НФТ имају јесте и тешкоћа са контролом импулса.**

Често се јавља склоност ка активностима које одмах доносе задовољство (на примјер, конзумирање алкохола). Постоје различите вјежбе у којима дијете учи да препознаје свој импулс и да га прати до његовог проласка, без удовољавања. Дијете може замишљати колач испред себе, врло сластан и укусан и осјетиће у тијелу порив да га поједе. Тада се даје упутство да прати импулс у тијелу, његов интензитет и ток. Сваки импулс, попут таласа неко вријеме расте, након чега опада и није нужно удовољити му. Добро је радити на препознавању најранијих окидача за јављање импулса, док он још није испољен у свом најјачем интензитету и вјежбати толерисање и одговорно понашање.

- **Може се чути и изјава да су они такви, да не може то другачије.**

Ипак, пуно је примјера где се толерише **неугодност и не удовољава се импулсима**. На примјер, „Чак и ако си пуно гладан и видиш неког поред тебе да једе сендвич, ниси никад тако нешто урадио. Како ти је то успјело?"; или, на примјер, „Кад си био мали ниси умио сам да се обучеш, па ти је, кад си мало порастао, то било јако тешко, али ниси одустајао. Да ли се сада деси да изађеш у пицами напоље? Сада облачење чак није ни неугодно.“ или, на примјер, „Кажеш, не можеш да поднесеш да ти је тешко? Питам се, како си онда научио да ходаш. То је баш тешко, јер је пуно падова и бола, а и био си много мали тада. Ипак си успио.“.

- **Важно је увести поткрепљења (позитивно и негативно), за понашања која желимо постићи или угасити.**

Када дијете показује понашање које желимо да угасимо, примјењује се изостанак награде и без много помпе се наставља са грађењем пожељног. Када је у питању награђивање пожељног понашања, у фази усвајања, награђивање ће доћи након неколико успјешно обављених активности (економија жетона). Касније, важно је да и у школи, као и у породици успјешне активности не пролазе непримијећено. То не значи да родитељ мора сваки добар потез да похвали, већ повремено, у неправилним временским интервалима, треба примјетити и похвалити пожељна понашања.

- **Код старије дјеце, може се направити уговор између чланова породице.**

Уговор подразумијева да и дијете и родитељ нешто дају, а нешто жртвују (креирање компромиса). Свако од чланова породице размишља о томе шта би волио да се промијени код оног другог и тежи се договору.

Литература:

- Barrett, P. Ollendick, T. (2004): Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment, John Wiley & Sons Ltd, Chichester
- Beck, A. Shaw, B. (1977): Cognitive approach to depression, In A. Ellis, R. Grieger, Handbook of rational-emotional therapy, Springer Press, New York
- Ellis, A. (2002): Case Studies in Rational Emotive Behavior Therapy with Children and Adolescents, Pearson Education, New Jersey
- Manassis, K. (2009): Cognitive Behavioral Therapy With Children and Adolescent- A Guide for Community Practitioner, Taylor & Francis Group, New York
- Марић, З. (2000): Приручник за примарни курс из рационално-емоционално бихевиоралне терапије, Придружени тренинг центар Института Алберт Елис, Београд
- Сталлард, П. (2010): Мисли добро, осјећај се добро - Когнитивно-бихевиорална терапија у раду с дјецом и младим људима, Наклада Слуп, Загреб
- Reinecke, M. Dattilio, F. Freeman, A. (2003): Cognitive Therapy With Children And Adolescents, A Casebook for Clinical Practice, The Guilford Press, New York
- Wilde, J. (1992): Rational Counseling with School-Aged Populations: A Practical Guide, Accelerated Development, Bristol
- <https://www.therapistaid.com/therapy-worksheets/cbt/children>

ПРИЛОЗИ

Недовршене реченице (Wild, 1962.)

Прочитај започете реченице и доврши их како ти мислиш. Добро би било да напишеш прво што помислиш. Нема тачних и погрешних одговора!

Не могу да поднесем _____
Када урадим нешто погрешно _____
Осјећам се грозно _____
Када ми је нешто тешко _____
Разбјесним се када _____
Бринем када _____
У тешким ситуацијама се осјећам _____
Друга дјеца мисле да сам _____
Осјећам се престрављено _____
Када не добијем оно што желим _____
Осјећам се тужно _____
Када погријешим, помислим _____
Ако се некоме не допаднем, помислим _____
Када размишљам о будућности _____
Ја сам _____
Када се неко не понаша према мени фер _____
Постајем узнемирен када _____
Стидим се _____
Пожелим да ударим нешто када _____
Када се осјећам добро, размишљам _____
Катастрофа је када _____
Вријећам самог себе када _____
Свијет је _____
Када ми је тешко док радим нешто, размишљам _____
Једног дана, ја ћу _____
Када сам организован, ја _____
Мој највећи проблем _____
Потребно ми је _____
Немати оно што желиш је _____
Људи треба да буду кажњени када _____
Други не би смјели да _____
Свијет би морао да буде _____

Тест рационалних увјерења

Упитник рационалних увјерења за дјецу од 10-13 год (Кнаус, 1974).

Свако питање садржи 4 могућа одговора. Ви изаберите одговор за који процјењујете да је тачан и заокружите га.

1. Особа која је бијесна на другу особу размишља:
 - а. не могу да поднесем понашање друге особе
 - б. друга особа нема право да се понаша онако како се понаша
 - в. нико није савршен и ова особа није ни по чему другачија од других
 - г. сви горе наведени одговори су тачни
2. Ако особа каже да је људски правити грешке, а кад направи грешку онда се осјећа ужасно, она:
 - а. не може да поднесе да се тако осјећа
 - б. уопштено је лажов
 - в. не мисли заиста да је ок правити грешке
 - г. увијек ће поправити своје грешке
3. Особа која је јако бијесна, јер свијет није савршен, може се ослободити тог осјећања ако:
 - а. труди се да исправља свијет да буде онакав какав хоће
 - б. говори себи да нема везе какав је свијет
 - в. пита се зашто свијет мора бити онакав какав ми хоћемо да буде
 - г. трудимо се да разумијемо да не може свако да се понаша примјерено својим годинама
4. Ако видимо особу која се не понаша у складу са својим годинама, прва ствар коју помислимо:
 - а. покушамо да га промијенимо задиркујући га за понашање
 - б. комплетно га игноришемо
 - в. кажемо му да одрасте и да се понаша лијепо спрема својих година
 - г. трудимо се да разумијемо да се сви могу понашати незрело за своје године
5. Када особа мрзи себе зато што јој се други смију:
 - а. сматра да је неопходно да је други воле да би могла да воли себе
 - б. вјерује да се друге особе не понашају фер
 - в. њене оцјене ће бити ниже у школи
 - г. никада се више тако неће осјећати
6. Особа која има проблем да чита:
 - а. вјероватно има проблем да научи било шта
 - б. је глупа
 - в. мора да се труди да учи више него вршњаци из разреда
 - г. мора да одустане, јер јој не иде добро
7. Особа која се осјећа одбачено када је неко задиркује:
 - а. вјерује да не воли када је задиркују
 - б. верује да је неподношљиво када је задиркују
 - в. вјерује да се друга деца морају казнити
 - г. увијек иде код учитеља за помоћ
8. Свака особа која добије лошије оцјене у школи од свог пријатеља:
 - а. биће осрамоћена
 - б. није баш добра особа
 - в. не може да прихвати себе
 - г. знаће да друг више неће хтјети да се игра са њим/њом

9. Шта једну особу чини комплексном?
 - а. особа може да има више различитих квалитета као што су истинољубивост и неспретност
 - б. особа је способна да се понаша на више различитих начина
 - в. особа је способна да мисли на више начина
 - г. сви наведени одговори су коректни
10. Које од наведених увјерења је рационално?
 - а. не волим када се неко понаша на нефер начин
 - б. не могу да поднесем да се неко понаша на нефер начин
 - в. људи који се понашају према другима нефер морају увијек бити кажњени
 - г. сви наведени одговори су тачни
11. Како ће се осјећати особа која размишља, „стварно је лоше што нисам прошао тест“?
 - а. уплашено
 - б. посрамљено
 - в. разочарано
 - г. депресивно
12. Ако питамо људе какав свијет желе, различити људи ће одговорити:
 - а. имаће исто виђење свијета
 - б. сложиће се да је свијет дивно мјесто за живот
 - в. имаће став да је свијет компликовано место
 - г. имаће различита виђења
13. Која ситуација је фрустрирајућа?
 - а. слажеш пузле и видиш на крају да неки дијелови недостају
 - б. ниси у стању да урадиш оно што желиш
 - в. не можеш да пронађеш значење важне ријечи
 - г. све горе наведено
14. Особа која инсистира да се ствари одвијају тачно одређеним током најчешће осјећа:
 - а. бијес, када не иде онако како замишља
 - б. добро, јер ради нешто да оствари замисао
 - в. одустаје, јер не добија оно што хоће
 - г. и под а. и под в. су тачни
15. Опције одређене особе су:
 - а. увијек да се ослања на чињенице
 - б. да има идеју да су одређене ствари и тачне и погрешне
 - в. увијек није у праву
 - г. базира се на непровјереним претпоставкама
16. Људи који највећи дио времена проведу размишљајући како је све ужасно око њих:
 - а. обично им се и догађају лоше ствари
 - б. обично их нефер третирају
 - в. надају се да ће им се живот промијенити ако буду довољно кукали
 - г. обично ријеше своје проблеме суочавајући се са њима

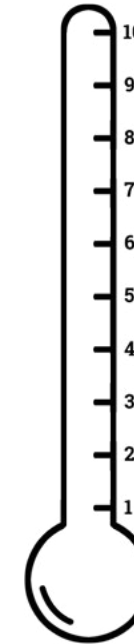
17. Стандарди и вриједности су од користи у:
- одређивању циљева које особа треба да испуни
 - да знамо шта требамо да награђујемо, а шта да осуђујемо
 - да знамо ко је добра, а ко лоша особа
 - ни један од понуђених одговора није тачан
18. Бољи метод у промјени ирационалних увјерења је:
- рећи да више нећемо размишљати ирационално
 - доводити у питање ирационалне идеје
 - инсистирати да ћемо почети да размишљамо само рационално
 - трудити се да заборавимо узнемиравајуће мисли
19. Једна ствар коју знамо како људи испољавају емоције је:
- људи који имају исти израз лица имају исте емоције
 - различити људи могу да испоље иста осећања на различит начин
 - сви начини испољавања осећања су адекватни
 - ни један од наведених одговора није тачан
20. Примјер ирационалних претпоставки је:
- дан и ноћ се смјењују
 - од млијека се прави сир
 - Ана ме не воли, зато што имам боље оцјене него она
 - сви наведени одговори су тачни
21. Ти вјерујеш у нешто зато што:
- је то чињеница
 - јер је то твоје мишљење
 - одговори а. и б. су тачни
 - одговори а. и б. су нетачни
22. За многе насилнике је заједничко то што:
- они уопште не воле себе
 - увијек имају пуно новца
 - никада се не понашају коректно
 - и а. и в. су тачни
23. Особа која је бијесна:
- је третирана на безобразан начин
 - види само једну страну приче
 - је лоша особа
 - сви наведени одговори су коректни
24. Неко ко мисли да је живот грозан и да никада неће бити бољи, вјероватно осјећа:
- бијес
 - одбаченост
 - депресивност
 - равнодушност
25. Људске емоције су најчешће резултат:
- начина на који су нам родитељи говорили да требамо да се осјећамо
 - како ми размишљамо поводом онога што нам се дешава
 - шта други људи мисле о нама
 - ниједан од одговора није тачан
26. Сви се осјећају исто:
- на рођенданској забави

- када лоше ураде контролни
 - када забораве рођендан свог најбољег друга
 - ни један од горе наведених одговора није тачан
27. Шта од наведеног није осјећање?
- туга
 - свраб
 - радост
 - све су осјећања
28. Које од наведеног је пример за ирационална увјерења?
- не волим када се лијепо не играм
 - буде ми мука када видим колико је глуп
 - лоше је када те не воле другари
 - ништа од наведеног није ирационално
29. Ако се особа понаша нефер према теби, било би неадекватно да осјећаш:
- бијес
 - добро, зато што мислиш да си бољи од њега
 - тужно
 - анксиозно или нервозно
30. Особа која се труди да мисли разумно:
- никада није емоционално узнемирана
 - пријатељ је само са људима који мисле рационално
 - лако рјешава све проблеме
 - боље прихвата своје грешке
31. Ако прихватиш да је насилништво проблем онда:
- мораш да напустиш лоше понашање
 - трудитићеш се да промијениш понашање које ти се не свиђа
 - не треба да се узнемирава, ако то неком смета
 - мораш се склонити са пута насилнику
32. Особа ствара емоционални проблем очекујући да буде:
- срећна
 - успјешна
 - вољена од свих
 - сви наведени одговори су тачни
33. Неки људи стварају додатне проблеме:
- направе два проблема које тешко рјешавају
 - криве себе зато што имају емотивни проблем
 - труде се веома јако, али не успијевају
 - ниједан одговор није тачан
34. Како да препознамо особу која размишља разумно?
- ако је нервозна, она себе чини нервозном
 - ако је нервозна, то је због тога што се управо нешто догодило
 - ако је нервозна, то не може да се промијени, јер је нервозна особа
 - ниједан од понуђених одговора није добар
35. Најбољи начин да се суочимо са бригадама је:
- да их заборавимо
 - жалимо се пријатељу
 - увијек га рјешавамо на сопствени начин
 - ниједно од рјешења није довољно добро

36. Када постигнеш супер резултат на контролном, ти си:
- а. паметна особа
 - б. познајеш добро предмет
 - в. бићеш успјешан у животу
 - г. имаш пуно среће
37. Особа која мисли разумно:
- а. неки пут осјећа стид
 - б. увијек је срећна
 - в. сви ће је вољети
 - г. увијек ће бити успјешна у рјешавању проблема
38. Ако мислиш да не можеш да поднесеш да будеш фрустриран, то значи:
- а. немаш пријатеље
 - б. не волиш себе
 - в. никада нећеш успјети да урадиш нешто онако како хоћеш
 - г. вјероватно ћеш имати мање посла
- кључ:
- 1.б, 2.в, 3.в, 4.г, 5.а, 6.в, 7.а, 8.в, 9.г, 10.а, 11.в, 12.г, 13.г, 14.г, 15.б, 16.в, 17.а, 18.б, 19.б, 20.в, 21.в, 22.а, 23.б, 24.в, 25.б, 26.г, 27.г, 28.б, 29.в, 30.г, 31.б, 32.г, 33.б, 34.а, 35.г, 36.б, 37.а, 38.г

Термометар за емоције

На овом термометру број 10 представља максимални степен емоције, док број 1 представља одсуство те емоције. Упиши шта све прати различите нивое у доживљају емоције коју сте изабрали. То могу бити и мисли, понашања, физиолошке реакције, субјективни доживљај...



Како се осјећам...

Име и презиме: _____

Осјећам се: _____

Срећно	Бијесно	Тужно	Радосно
Забринито	Узбуђено	Потиштено	Криво
Незадовољно	Успаничено	Постиђено	

У ситуацији:



Јер размишљам:



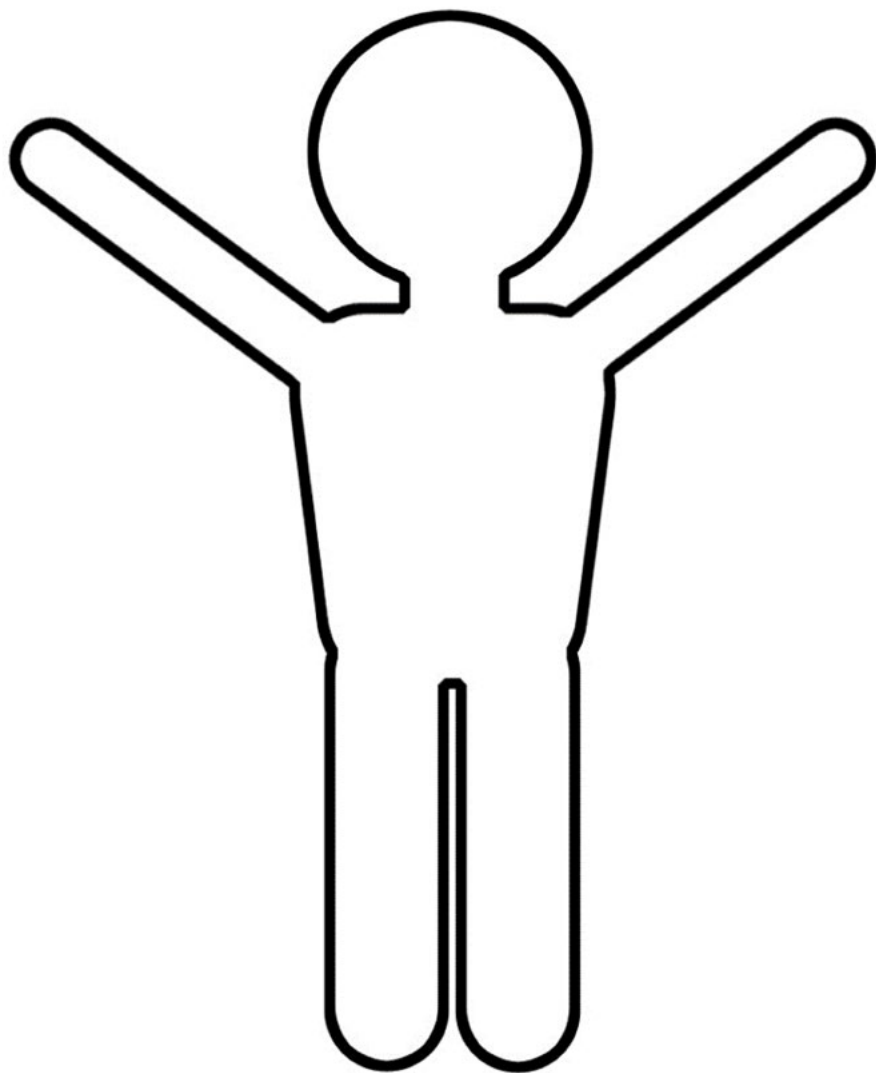
А онда урадим:



Желио бих да урадим:

Мапа емоција

Можемо препознати емоције према дијеловима тијела у којима их осјећамо. Одредите за сваку од емоција по једну боју и обиљжите гдје у тијелу све осјећате ту емоцију. Можете се присјетити неких ситуација да вам помогне да оживите ту емоцију.



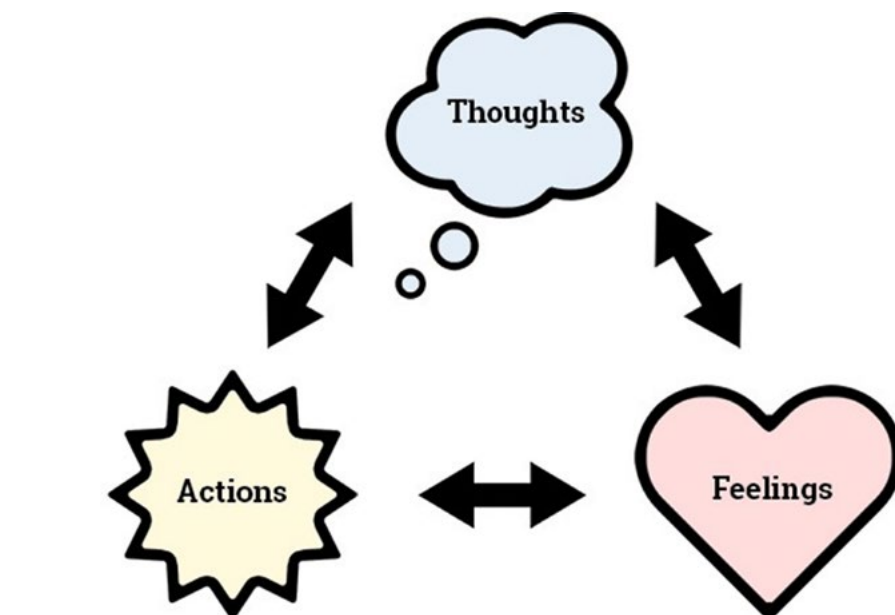
Емоција	радост	страх	бијес	туга
Боја				


АБЦ


Сви имају проблема, великих што малих. Да лакше ријешите своје велике проблеме, помаже да научите како су ваше мисли, осјећања и понашања повезани.


Замислите да имате тест и водите се размишљањем „Пашћу тест“. Због таквих мисли, почнете да бринете. Толико сте забринути да се осјећате лоше чим помислите на тест. Пошто се осјећаш тако лоше, одустајеш од учења.

Мисао („Пашћу тест“) води до осјећања (анксиозности), што на крају доведе до дјела (не учења). Шта се могло промијенити да сте само имали другачију мисао?



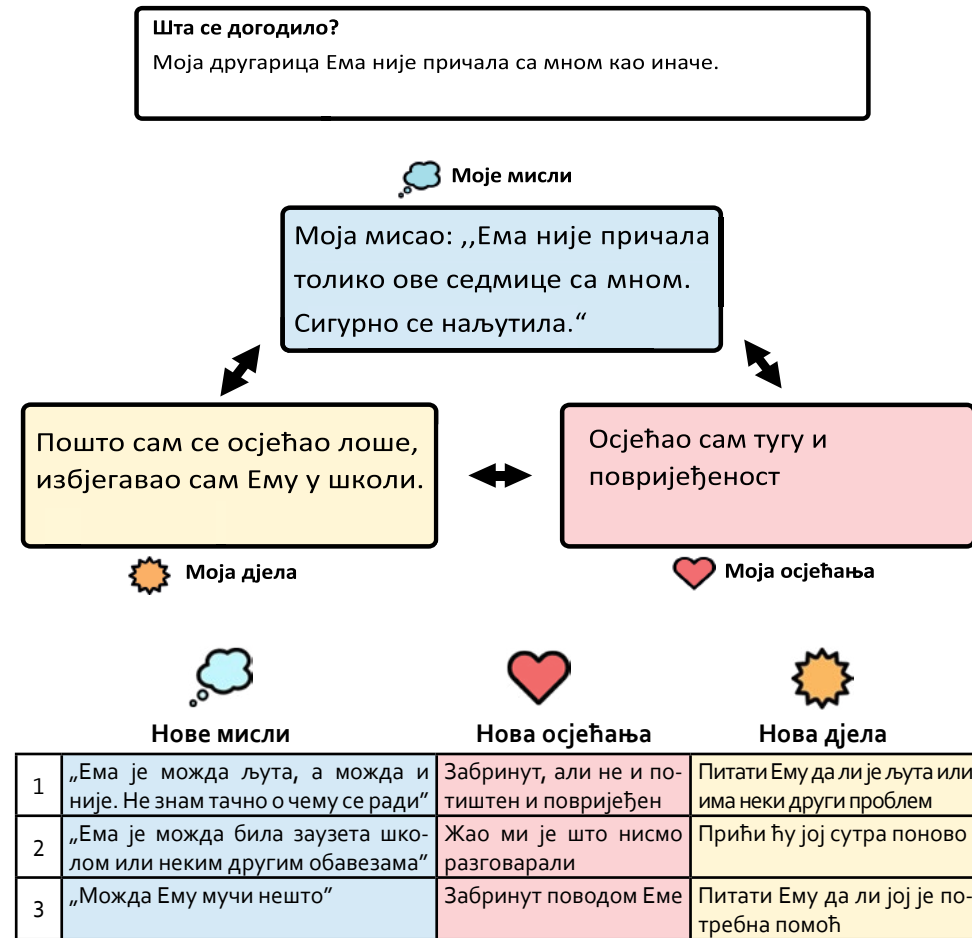
 Мисли су ријечи које ти пролазе кроз главу. То су ствари које говориш сам себи о стварима које те окружују. Много је различитих мисли које можеш помислити о једној истој ситуацији. Мисли можеш истраживати и провјеравати да ли су истините, мијењати их.

 Осјећања долазе и одлазе. Можете бити срећни, љути, тужни и то све у истом дану. Нека осјећања су непријатна, али нису лоша. Свима се дешавају таква осјећања са времена на време. Нека су баш тешка, а нека јако лијепа.

 Дјела су ствари које радиш или начин на који се понашаш. Твоје мисли и осјећања имају много утицаја на то како реагујеш. Ако си радостан, радићеш лијепе ствари. Али ако осјећаш бијес, можда ћеш хтјети да нешто сломиш.

Преузето са: TherapistAid.com

Само зато што си нешто помислио не значи да је то истина. Твоје мисли су претпоставке у вези неког догађаја. Можеш мијењати мисли и осјећати се другачије.



Поглавље IV

РАД СА ПОРОДИЦОМ ДЈЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА СА ПОРЕМЕЋАЈИМА ПОНАШАЊА И ЕМОЦИЈА

Татјана Прерадовић - Сјеница

Породица (појам, структура, функција, животни циклуси)

Породица је емоционални систем састављен од најмање три генерације живих рођака који су повезани крвним, законским и историјским везама, а у који се улази рођењем, а из њега излази смрћу. Породица је живи систем који живи, расте и развија се кроз вријеме и функционише у одређеном друштвеном контексту. Она је много више од једноставног збира појединачних чланова у коме се промјене у једном дијелу одражавају на начин функционисања читавог система. Породица је израз тежње и потреба сваког човјека за љубављу, интимношћу, стабилности, сигурности и заштити, али и страхова од напуштања, губитка и неуспјеха. Унутар породице учимо основне људске вриједности које се преносе на потомке у облику увјерења о пожељном понашању, породичној организацији и односима. Она представља организовану, трајну, самообнављајућу цјелину са обрасцима понашања који се мијењају током развојних животних циклуса. Породица је један нови квалитет који захтијева специфичан приступ у разумијевању и третману и који нам помаже да разумијемо да промјене у једном дијелу система обликују читав породични систем.

Породица има своју **структуру**, подсистеме родитеља и дјеце (сиблинзи), као и хијерархијску организацију унутар које родитељи и дјеца имају различите улоге и одговорности које из њих произилазе. Разликујемо нуклеарну породицу коју чине родитељи и њихова дјеца од породице поријекла. Подсистеми породице, као и породица у односу на вањске системе је омеђена границама. У унутрашњем простору чланови породице успостављају међусобне односе у процесу интеракције обликујући на тај начин обрасце породичног функционисања који се преносе са генерације на генерацију. Различит начин успостављања емоционалне везе родитеља са дјецом, топлина, њежност, приврженост и брига постају модели сљедећој генерацији у успостављању емоционалних односа родитеља и дјеце. У овом процесу значајну улогу имају породична правила и вриједности које се његују у породици. Породица као систем настоји задржати непромјенљивост (хомеостазу), што је карактеристика сваког живог организма. Вербалну и невербалну комуникацију чини начин размјене информација и порука у социјалном контексту. Комуникација је процес који одређује начин на које се примјењују породична правила. Свака породица има своје културне вриједности-увјерења, обичаје, језик, митове, тајне и правила понашања, које као скуп норми, утичу на организацију живота појединца, обликујући његов систем вриједности.

Функционална и дисфункционална породица

У системској пракси употребљава се термин функционална породица, умјесто назива здрава и нормална породица. Функционална породица је она која испуњава своју функцију. Дефиниција функционалне породице није лака, јер процјена да ли је породица функционална или дисфункционална зависи од циљева које породица себи постави, система вриједности, животног циклуса и задовољења економских и културних потреба. Због тога, функционалну породицу

можемо посматрати као социјални конструкт којег одређују и непрекидне промјене гледишта о трансформацији породице у свијету који се, такође, константно мијења. Поред тога, на перцепцију овог појма утичу и наша лична искуства, језик и професионална оријентација.

„Функционална породица има флексибилну структурну моћ са подјелом ауторитета, јасним породичним правилима, ненарушеним генерацијским границама и стилем који подстиче удруживање. Чланови породице имају своју индивидуалност и способност да одреде блискост и дистанцу, могу да поднесу неслагања и неизвјесност, слободно и спонтано комуницирају, прихватају различитости и осјетљивости других. Хумор, њежност и брига су саставни дио породичне атмосфере. О конфликту се говори отворено, а проблеми се идентификују и рјешавају.” (Голднер-Вуков, 1988)

Из свега наведеног, може се закључити да **функционалну породицу карактеришу:**

- повезаност чланова у заједницу коју карактерише међусобни однос са повјерењем, блискошћу, међусобном бригом и подршком,
- равнотежа између аутономије и заједништва, окружење у којем постоји уважавање индивидуалности и интима, које има респект за индивидуалне разлике и аутономију и које даје подстицај за индивидуално сазријевање,
- њега, социјализација дјеце и брига о осталим рањивим члановима породице,
- стабилна организација са јасним улогама и границама,
- адаптабилност, капацитет за промјене, односно флексибилност у односу на унутрашње и спољашње захтјеве за промјеном и ефикасно превладавање стреса,
- отворена, јасна и топла комуникација,
- ефикасно и креативно рјешавање проблема преговорима и способност да се користи широк спектар понашања и стратегија у разрјешавању конфликта, без појаве симптома,
- општеприхваћен систем увјерења који омогућава повјерење и повезаност са прошлим и будућим генерацијама,
- етичке вриједности и уважавање шире друштвене заједнице и
- адекватни ресурси за основну економску сигурност и психосоцијалну подршку преко мреже проширене породице и пријатеља, заједнице и ширих друштвених система.

Дисфункционална породица представља ону „породицу која није у стању да се прилагоди новонасталим условима живота и која не може да се суочи са стресом без већих посљедица” (Pinney and Glipp, 1982). У таквим породицама постоје крајности у повезаности њених чланова, тако да су границе између чланова избрисане или су чланови веома удаљени један од другог. Границе према „спољашњем свијету” такође, нису јасно пропустљиве. Дисфункционална породица је најчешће или изолована од спољашњег свијета без јасно формираног породичног идентитета са неприлагодљивим и строгим правилима или су границе толико отворене да се некритички прихвата све што долази из спољашњег свијета. Улоге у дисфункционалним породицама нису јасно одређене, па дјеца често преузимају родитељске улоге. Комуникација је

нејасна, конфузна и контрадикторна, поруке се не слушају или не прихватају и постоји само минимална вербална размјена уз честе мистификације.

Системски приступ породици појам „дисфункционално“ не ставља у однос са цијелом породицом, јер у том случају он превише патологизује чланове породице за настајање проблема, већ га разумијева као породични образац који не може одговорити развојним потребама својих чланова и којим се не испуњава задатак из неког животног циклуса породице, већ долази до појаве симптома или незадовољства.

Границе

Границе су особина сваког система. Чине их невидљиве линије између породичног и других система, као и подсистема унутар породице. Њима се ограничава просторна, временска и емоционална „територија“ односа у породици и означавају правила ко и на који начин учествује у породичном животу. Пропустљивост породичних граница одређује начин на који породица допушта промјене.

Породични системи са сувише затвореним границама најчешће имају умрежене породичне односе и немају способност прихватања промјена које долазе извана, а које су саставни дио раста и развоја. Ове породице су отпорније према средини, али су чланови упућени искључиво једни на друге. Ова интензивна повезаност одржава заједништво, а начин везивања може бити непријатељство и континуирани сукоб или сједињеност која угрожава индивидуалност. У оваквим породицама не поштује се хијерархијска структура и приватни простор њених чланова. Ове породице су веома осјетљиве на стрес, а родитељи су строги, непопустљиви, емоционално хладни, немају разумијевања за потребе дјеце која се критикују, застрашују и кажњавају.

Начин повезивања чланова у породицама са затвореним границама може бити такав да, на примјер, мајка и син имају специфичан савез, док су истовремено отац и син у конфликтном односу или да постоји нетрпељивост на релацији мајка-кћерка и блискост између оца и кћерке. Овај феномен се назива триангулација и дешава се онда када двоје људи у свој однос укључују трећу особу, како би ублажили напетост и постигли стабилност. Када у дијади расте тензија и када чланови породице не знају како да разријеше конфликт, једна особа у систем уводи нову особу- некога из шире породице, на примјер, родитеље (или једног родитеља), браћу, сестре, пријатеље, љубавника/цу, односно било кога чија функција постаје очување дијадног односа у циљу очувања породице на окупу.

Дјеца веома често буду утроугљена, односно један од партнера користи дјецу. Умјесто да рјешава проблем у дијадном односу, тј. тамо гдје је и настао, са својим партнером, дешава се да њихов „проблем“ постаје све што је везано за дијете. На тај начин дијете постаје њихова веза, јер брину око нечега „заједничког“. Утроугљено дијете је некоме са стране тешко идентификовати, јер је манифестно да су родитељи посвећени и да воде бригу о свом дјетету. Међутим, у већини случајева утроугљено дијете у дисфункционалном породичном односу

осјећа одговорност постављања родитељских односа на бољи ниво и обавезу рјешавања потешкоћа. Утроугљена дјеца пате, јер се од њих очекује да одрже породицу на окупу.

Дифузне (јако пропустљиве) границе омогућавају интензиван утицај извана, некритично прихватање промјена чиме се угрожава специфичан породични идентитет. Карактеристика породица са оваквим границама је незаинтересованост и међусобна неповезаност чланова. Овакве границе обезбјеђују динамику односа у којем не постоје јасна правила и мотивишући васпитни утицај на дијете. Родитељи нису заинтересовани за раст и развој потомака. Они су присутни, али нису стварно укључени у одгајање дјеце која буду игнорисана и препуштена сама себи. Дијете има превише слободе и не разумије границу између добрих и лоших поступака. Емоционални односи су хладни и дијете не осјећа да је сигурно, заштићено и вољено.

Сувише затворене и јако пропустљиве границе обликују дисфункционалне обрасце породичних односа у којима нема чврстог родитељског савеза ни родитељског ауторитета заснованог на зрелости, праведности, разумијевању, поштовању, сарадњи и међусобном топлим односу. Овакве границе обликују дисфункционалне обрасце породичних односа.

Породични системи који су омеђени **јасним пропустљивим границама** имају капацитет за прихватање промјена које им обезбјеђују развој без угрожавања породичног идентитета. Овакве границе обезбјеђују функционалност породичног система које карактерише заједништво и повезаност, уз допуштање индивидуалности, међусобна комуникација и међусобни утицај. Овај начин омогућава породици да буде заједница у којој постоји блискост, сарадња, повјерење и солидарност што омогућава задовољавање потребе за припадањем. Односи родитеља према дјецу засновани су на емоционалној топлини, али и поштовању потребе дјетета за самосталношћу. Родитељи су јасни и досљедни у постављању граница у односу на понашања која се сматрају (не)допуштеним. Они отворено исказују емоције и разумијевање за жеље дјетета; потичу дјецу на развијање самосталности и одговорности и планирање властитих достижних циљева; објашњавају властите поступке без полемике са дјецом. Родитељи су прилагодљиви, али постављају границе када и гдје је потребно.

Осим граница које ограничавају породични систем постоје и **унутарпородичне границе** којима су одређују односи у породици. На примјер, ако родитељски пар увијек одгађа доношење важних одлука и ако своју дјецу предшколског узраста пита за савјет, може се рећи да не постоји граница између родитељског и подсистема дјеце. Супротан примјер представљају породице са крутим границама између родитеља и дјеце, при чему се дјеца држе на дистанци.

Породична правила

Породичним правилима одређује се организација живота, начин породичног функционисања, те систем вриједности и увјерења. **Правила** обликују начин мишљења покољења која се учвршћују преносом са генерације на генерацију. Порукe које дјеца добију од родитеља постају значајан организатор њиховог

живота, чак и када је сасвим јасно да су она угрожавајућа. Свака породица има своје **културне вриједности**, вјеровања, обичаје, језик, митове, тајне и правила понашања које као скуп норми утичу на организацију живота појединца обликујући његов систем вриједности.

Увјерења се снажно интегришу у породични живот обликујући однос родитеља и дјеце, њихова међусобна очекивања, начин васпитања дјеце, те начин успостављања породичних правила. **Обичаји** су форме путем којих се преноси систем вриједности и однос према питањима важним за породицу. Обичаји се односе на начин одржавања породичних веза и начин изражавања емоционалне присутности. Свака породица има свој специфичан језик који се односи на начин комуникације и значење изговореног садржаја. **Митови** су приче о значајним породичним догађајима или члановима породице које помажу у превазилажењу ситуација тешких за породицу. Митови долазе до изражаја тек када се породица суочи са одређеним проблемом, а њихова функција је да одрже породичну равнотежу. Митске приче се преносе са генерације на генерацију, а тичу се различитих подручја породичног живота. **Тајне** у породици су забрањене теме оптерећене осјећањем кривице и стида које временом постају снажан организатор породичног живота, а најчешће су везане за инцест, самоубиство члана породице, ванбрачно дијете и слично. Опасност тајни је у вјеровању да откривање може довести до уништења породичне организације. Дјеца осјете постојање тајни због недоследности породичних прича и начина комуникације (на примјер, када при уласку дјетета у простор разговор других чланова породице утихне). Дјеца не знају садржај тајни, али временом усвајају стил комуникације који подразумева избјегавање разговора о одређеним темама.

Свака породица има специфична правила. Она су потребна, јер чувају породицу и обезбјеђују сигурност и предвидивост, што је посебно значајно за функционисање најмлађих чланова. Потешкоћу представља чињеница да се правила у већини породица подразумевају, да се о њима ријетко говори и да су често нејасна. Недовољно јасна правила обликују хаотичне породичне односе, док ригидна (крута) правила која се не мијењају доприносе умреженим породичним односима. У функционалним породицама отворено се комуницира о правилима. Она су јасна и подложна редефинисању, у складу са потребама чланова породице.

Породичне улоге

Породичне улоге представљају изузетно важан дио здравог породичног функционисања. Успостављање јасних породичних улога директно је повезано са способношћу породице да се носи са свакодневним животним изазовима, непредвиђеним кризама као и очекиваним промјенама које су саставни дио животног циклуса породице. Породичне улоге су обрасци понашања путем којих чланови породице испуњавају породичне функције и потребе свих чланова породице. Оне обликују интеракције међу члановима и служе за успостављање и одржавање равнотеже у породици. У функционалним породицама улоге се стално мијењају и шире у зависности од узраста и фазе животног циклуса породице. Различите улоге се могу појавити у различито вријеме, без пријетње

породичном систему. У функционалним породицама, улоге су међусобно зависне. Појединим члановима, нарочито дјеци, омогућено је да расту, развијају се и интегришу те улоге у своју личност како би постали потпуно функционалне и зреле одрасле особе.

У дисфункционалним породицама, породичне улоге „повређују“ чланове породице у њиховом настојању да остваре дубоке, смислене и сигурне односе са осталим члановима породице. Нефункционалне породичне улоге одржавају стабилност породичног система, али на тај начин ометају развој чланова породице, нарочито дјеце.

Појединци у породици жртвују свој лични раст и развој и преузимају различите улоге како породица не би била угрожена. Неке од најчешћих дисфункционалних улога у породицама су:

а. Бијели витез или херој

Члан породице који преузима ову улогу настоји да својим савршеним и одговорним понашањем подигне углед породице у очима других. Он посвећује своје вријеме и пажњу одржавању слике породице као „нормалне“ и „без проблема“. Бијели витези су најчешће дјеца која су веома успјешна и постижу изванредне резултате-они су изванредни ученици, спортисти, активисти и слично. Гледајући своју успјешну дјецу, родитељи имају утисак да су добри родитељи и добри људи. Основна вриједност која се његује у овим породицама је „постићи успјех по сваку цијену, бити храбар и снажан“. На овај начин, дијете „жртвује“ себе, потискује емоције, властите потребе и жеље, губећи контакт са собом.

б. Црна овца или жртвени јарац

Овај члан породице је најчешће етикетиран као „проблематичан“ и током третмана га најчешће препознајемо као идентификованог пацијента. Овај члан породице увијек дјелује пркосно, непријатељски и љуто. Овог дјетета се сви стиде у породици, јер својим неприхватљивим понашањем привлачи пажњу. Ову улогу у породици најчешће преузимају најосјетљивија дјеца која се „жртвују“ за своју породицу на тај начин што се дисфункционалност породице пребацује на једног члана, чиме се дисфункционалност осталих чланова смањује и привидно држи под контролом. У суштини, ово дијете је најискренији члан породице, јер испољава тензију и љутњу као реакцију на породичне тешкоће које се игноришу од осталих чланова породице. Жртвени јарац је обично дијете које има проблеме у школи, јер добија пажњу на једини начин на који зна- непримјереним понашањем. Они могу имати веома развијене социјалне вјештине тако да постају лидери у својим вршњачким групама. Међутим, често су вршњачке групе којима се придружују оне групе које не пружају сигурно и функционално окружење за здрав раст и развој.

в. Изгубљено дијете

То је „невидљиво дијете“, оно се држи ван драме породичног система из безбједоносних разлога, кријући властите емоције. Оно избјегава породичне интеракције и обично је само и повучено. Сврха изгубљеног дјетета у породици је слична улози бијелог витеза. Будући да изгубљено дијете ријетко има проблеме,

породица може рећи: „Он/она је добро дијете. У његовом животу је све добро тако да и ми као породица не можемо бити лоши“. Изгубљено дијете често има слабе вјештине комуникације и тешкоће с блискошћу у обликовању односа.

г. Маскота

Ово су најчешће најмлађа дјеца у породици, која шалом и хумором настоје скренути пажњу са боли и патње која је присутна у породици. Својим шармом и дјетињастим понашањем омогућавају другим члановима породице смањити тензију и љутњу, чиме се наставља избјегавање породичног проблема. Путем хумора, чланови породице комуницирају и суочавају се са породичном дисфункцијом и изражавају потиснуте емоције као што су страх, љутња, туга или непријатељство.

д. Чувар

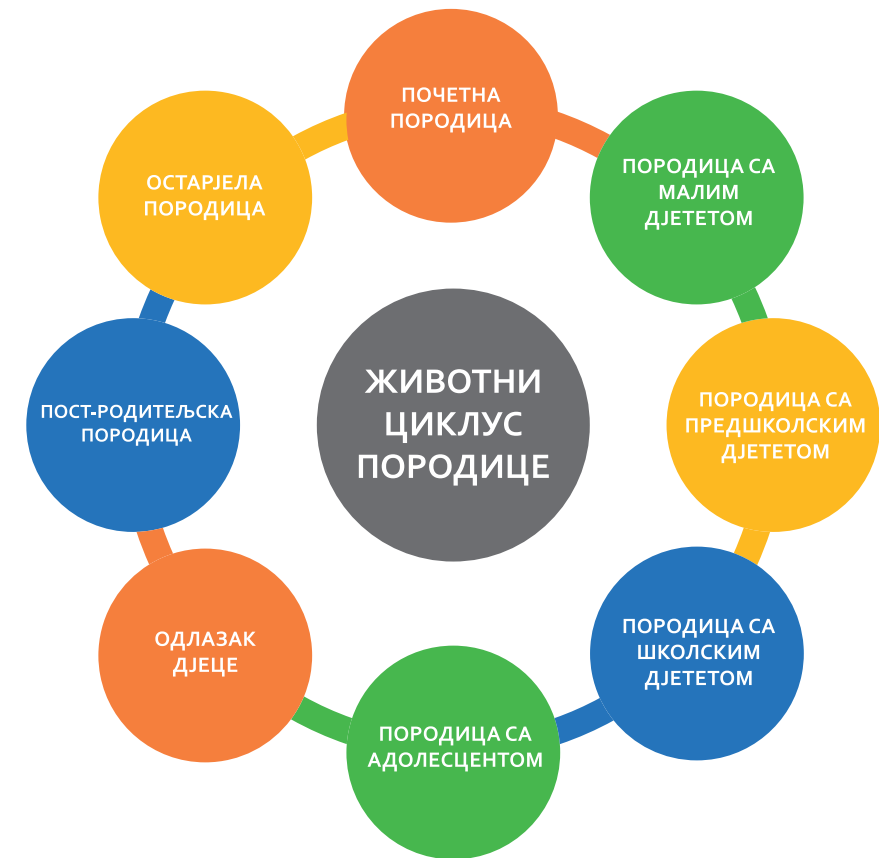
Ово су најчешће најстарија дјеца у породици која штите и брину о проблемима и потребама родитеља, тако да они не морају искусити негативне последице свог понашања. Дијете преузима ову улогу најчешће у породицама гдје је родитељ зависник, болује од душевне болести или има неки физички инвалидитет. Ово су дјеца која брину, хране, подржавају, слушају и усмјерена су на потребе других. У суштини, ова дјеца се осјећају недовољно вриједнима и усмјерена су на потребе других, занемарујући властите потребе и жеље.

Животни циклуси породице

Живот породице се током времена одвија кроз специфичне фазе развоја које се зову животни циклус породице. Свака фаза развоја породичног система има своје задатке и изазове које породица треба да ријешити и задовољити како би функционално прешла у наредну фазу животног циклуса. Ти задаци и изазови се могу назвати и развојне кризе. Баш као и развојне кризе код индивидуалних животних циклуса, тако и у породици, њиховим превазилажењем постиже се равнотежа и прелази се спирално на нови, виши ниво функционисања.

Свака фаза тестира функционалност породице. По завршетку једне животне фазе долази до дестабилизације система. Да би се прешло у наредну фазу, пред породицу се ставља захтјев за промјеном, прилагођавањем и мијењањем структуре и организације у односу на њене потребе, потребе сваког члана посебно, а и потребе околине. Мијењају се улоге, односи, правила, преиспитују границе и увјерења. Формулишу се нови приоритети, стварају нови обрасци понашања, врши ребаланс снага заједништва и индивидуалности, у циљу постизања поновне стабилности породице. Када породица зна у ком се животном циклусу налази, то јој нуди могућност да се свјесно ухвати у коштац са проблемима који се јављају, адекватније и лакше превазиђе изазове и кризе, а самим тим и да квалитетније живи. Иако се ради о очекиваним животним догађајима, ове промјене представљају извор стреса који дестабилизују породицу и доводе је у стање патње, несигурности и страха, јер промјена, сама по себи, има значење губитка неке старе, познате ситуације.

Животни циклус породице чини осам развојних фаза које се у породици одређују према узрасту најстаријег дјетета (Графикон 2)



Графикон 2. Животни циклуси породице

а. Почетна породица је развојна фаза која се веже за одлуку о заснивању партнерске релације и обухвата временски период од почетка заједничког живота партнера до рођења првог дјетета. У овој фази, партнери успостављају структуру и правила свог односа који су основа наредних животних циклуса. Уче да живе у заједништву кроз изградњу њима својственог стила комуникације, организације и подјеле обавеза, одговорности, улога. Захтјева се уважавање потреба и приватности, постављањем граница како између себе, тако и према породици поријекла и околини. Тешкоће ове фазе су у томе што се не спајају само двије индивидуе, него два система њихових породица поријекла који његују различите културне вриједности и имају различита очекивања. За партнерски однос у овој фази значајна је прилагодљивост партнера која неће угрозити индивидуалност, као ни способност за постизање консензуса о питањима новца, религиозности, рекреације, пријатеља, послова у домаћинству, заједничког слободног времена и сличног. Проблеми специфични за ову фазу развоја породице су конфликти који прате процес успостављања правила, формирања породичних граница, расподеле обавеза, те проблеми око недовољног уважавања различитости. Уколико партнери не успију да се прилагоде на заједништво, то може довести до кризе која се може разријешити разилажењем и разводом или рођењем дјетета, што ствара привид рјешења и преноси проблеме у наредну фазу.

б. Породица са малим дјететом је фаза која обухвата трудноћу и рођење првог дјетета, када се успостављају родитељске улоге, што подразумева расподјелу бриге, ауторитета и моћи, те учешће у процесу васпитања, као и задужења везана за домаћинство. Добијањем нове улоге, улоге родитеља, од партнера се очекује задовољење захтјева које носи родитељство, а са друге стране, одржавање партнерске релације без мијешања са родитељским улогама, уз редефинисање граница према породицама поријекла које су, такође, добиле нове улоге (бабе, дједови). Поред наведеног, треба избалансирати професионалне потребе, као и потребе за приватношћу, одмором и проводом. Проблеми који се јављају у овом периоду су конфликт око преузимања одговорности, неспремност за родитељску улогу и отвореност вањских граница породичног система која се манифестује као претјерана укљученост породица поријекла у одгој дјете. Ово је фаза под ризиком за развијање високог степена стреса, а уколико још и нису испуњени захтјеви претходне фазе, може доћи до рушења система. У овој фази, статистички, долази до највећег броја развода.

в. Породица са предшколским дјететом је развојна фаза која обухвата период између треће и пете године дјететовог живота, па до поласка у школу. Партнери се учвршћују у својој улози родитеља одговарајући на све васпитне потребе дјетета и на његову социјализацију. На себе преузимају одговорност модела за идентификацију, као посебне личности, али и својим међусобним односом. Овај процес се треба одвијати у заштићеној и сигурној атмосфери коју обезбјеђују родитељи. На овај начин дијете улази у простор међуљудских односа чиме започиње процес васпитања и обликовања личности дјетета.

г. Породица са школским дјететом је циклус у којем дијете започиње процес социјализације, стиче радне навике и учи се одговорности. Ова фаза почиње дјететовим поласком у школу и траје до његовог уласка у адолесценцију. У овој фази преиспитује се однос према спољашњим системима и пропустљивост породичних граница од којих зависи колико ће се утицај школе и шире социјалне средине рефлектовати на породицу. Родитељи и дијете су пред искушењем повратне информације коју добијају од стране свих који учествују у школском систему. Она се директно може тумачити као вредновање дјетета, па родитељи преиспитују свој васпитни утицај и дјеловање у изградњи дјететове личности. Очекује се прилагођавање на захтјеве спољашње средине и способност адаптације и дјетета и родитеља на нове услове. Потешкоће које се могу јавити у вези школовања дјетета (проблеми у учењу, стицању радних навика и слично) могу бити и маска неријешених партнерских и родитељских конфликта из претходних фаза.

д. Породица са адолесцентом је циклус којег карактерише потреба адолесцента за већим степеном самосталности и прихватање нових вриједности изван породице, при чему се тестирају границе ауторитета родитеља. Карактерише је потреба за реорганизацијом цијелог система, хијерархије, расподјеле моћи и улога, као и потреба за што пропустљивијим границама према спољашњем свијету. Адолесценти уносе новине у породицу, изазивају њене вриједности, траже промјену, али и подршку и сигурност. Развојно растрзани између тежње за одрастањем и дјечије потребе за родитељском заштитом и бригом, емотивни

набој је оно што карактерише породичне односе. Побуна против родитеља као процес развијања властитог идентитета адолесцента може постати проблем који може бити наставак ранијих емоционалних и развојних потешкоћа које нису адекватно рјешаване. Уколико породица нема развијен капацитет за промјене, у овој фази се може суочити са проблемом конфликта на релацији адолесцент-родитељи.

ђ. Породица из које одлазе дјеца је фаза животног циклуса када је најстарије дијете напустило родитељски дом, а најмлађе се спрема да га напусти. Сви чланови се суочавају са одвајањем, што је извор стреса, чак и код оних породица које су лако прелазиле из фазе у фазу. Начин на који дјеца одлазе из породице поријекла је битан за њихово осамостаљивање и способност за будући независни живот, као и за однос са родитељима. Поступање са дјецом као са одраслим особама нови је квалитет односа. Дјеца требају дозволу за одлазак, а родитељи покушавају задржати дјецу у породичном окружењу несвјесни озбиљних потешкоћа до којих њихово настојање може довести. Уколико се то деси и родитељи блокирају сепарацију дјете, породица тада постаје фактор ризика, а не фактор заштите дјете и младих. У овој фази породица се најчешће суочава са проблемима одложене сепарације (одвајања) младих од родитеља, несигурности младих и страха од самосталности.

е. Постродитељска породица или фаза „празног гнијезда“ је фаза у којој су сва дјеца напустила родитељски дом и када су партнери поново сами. Пред њима је захтјев за реорганизацијом заједничког живота, поновним прилагођавањем и преиспитивањем њихове блискости послије дугог периода, током којег је основна преокупација била васпитање дјете. Уколико су задаци претходних животних циклуса задовољени и ријешени, ова фаза може бити извор задовољства и могућности, али уколико нису, може довести до сукоба међу партнерима, удаљавања, разилажења или чак јављања симптома. У овој развојној фази евидентан је повећан број развода бракова, јер партнери, који су током дугог периода били посвећени родитељским улогама, нису у стању поново успоставити партнерску релацију на квалитетно нов и другачији начин.

ж. Остарјела породица је фаза за коју је карактеристично суочавање родитеља са завршавањем професионалне каријере и одлазак у пензију, која доводи до промјене слике о себи. Старост доводи до социјалне искључености, економских питања егзистенције и настојања остарјелих родитеља да пробију границе породичног система дјете. Ово вријеме коинцидира са појавом здравствених потешкоћа и губитком партнера, што намеће потребу реорганизовања породичног система и што подразумева укљученост дјете у бригу о остарјелим родитељима. Квалитет ових односа зависи од претходних, па тако, са једне стране може доћи до дистанцирања, тешкоћа, сукоба или са друге стране до блиских односа са дјецом и унуцима и испуњеношћу овим улогама.

Због учесталости, развод постаје дио животног циклуса породице. Партнери који нису имали дјецу суочавају се са ревизијом идентитета, преиспитивањем и изналажењем функционалног наставка емотивног живота. Развод говори о прекиду партнерског односа, не родитељског, што значи да породица са

дјецом и након развода постоји. У овом периоду пред родитеље се поставља захтјев да не занемаре и не злоупотријебе дјецу у процесу раздвајања, већ да родитељство буде приоритетно у односу на њихово лично незадовољство и емотивне тешкоће са којима се суочавају, јер тако и дјеци помажу да што безболније прођу кроз ову кризу.

Вријеме преласка из једне фазе у наредну, представља извор унутрашњег стреса, јер транзиција захтијева промјену начина функционисања породице. У свакој тачки преласка из једне животне фазе у сљедећу, преиспитује се успјешност задатака обављених у претходној развојној фази. Додатно дестабилизовање породичног система представљају ситуације када унутрашњи стрес коинцидира са појавом неразвојних криза (губитак посла, болест и слично). Дакле, свака фаза је потенцијално носилац проблема који доводе до стреса и могу кулминирати до појаве симптома. Изазивачи стреса могу бити хоризонтални (развојни стрес везан за актуелне догађаје који утичу на појединца и породицу), као и вертикални (везују се за породичне односе, системе вредновања и обрасце понашања који се преносе генерацијама). Укрштање хоризонталног и вертикалног стресора се посебно одражава на породицу. На примјер, уколико је родитељство у фази са малим дјететом било проблем у породици поријекла (вертикални стресор), до јављања повишеног нивоа стреса, анксиозности и проблема може доћи када партнери у нуклеарној породици постају родитељи (хоризонтални стресор). У настојању да разријеше потешкоћу породице реагују према познатим обрасцима понашања. Понављање истих покушаја разрјешавања потешкоће из претходних фаза доводи до стања тзв. заглављености породичног система. Ови понављајући покушаји постају проблем и породица реагује појавом симптома чији су носиоци најчешће дјеца као најосјетљиви чланови.

У оваквој ситуацији неопходна је промјена образаца породичног функционисања која се каткад може догодити неочекивано из самог породичног система. Међутим, породице често нису у могућности саме унијети промјену у своје функционисање. У оваквим ситуацијама промјену је неопходно иницирати из вана. Породични третман који за циљ има промјену образаца породичног функционисања представља могућност за промјену и унапређење породичних односа.

Системски приступ третману породица

Према системској теорији, породица је отворен систем састављен од дијелова који су у непрестаној интеракцији, који међусобно комуницирају и утичу једни на друге. Стрес који погађа један дио система, једног члана, захтијева прилагођавање цијелог система, тј. цијеле породице. Породица се не своди само на једноставни збир активности индивидуалних дијелова. Дијелови повезани у континуираној интеракцији испољавају препознатљиве обрасце по којима функционишу. Понашање једног члана изазива одређено понашање осталих чланова, што повратно утиче на носиоца симптома, изазивајући ново понашање које доводи до настајања нових понашајних образаца, који одржавају дисфункционалне односе унутар система.

Систем има особине које су непредвидиве. Када су двоје или више људи у интеракцији, они су укључени у креативан процес, није могуће предвидјети како ће дјеловати један на другог и какву ће врсту односа развити. Свака појединачна интеракција се посматра као јединствена. Системско размишљање претпоставља да се мијењањем породичне динамике може мијењати и индивидуално искуство и идентитет.

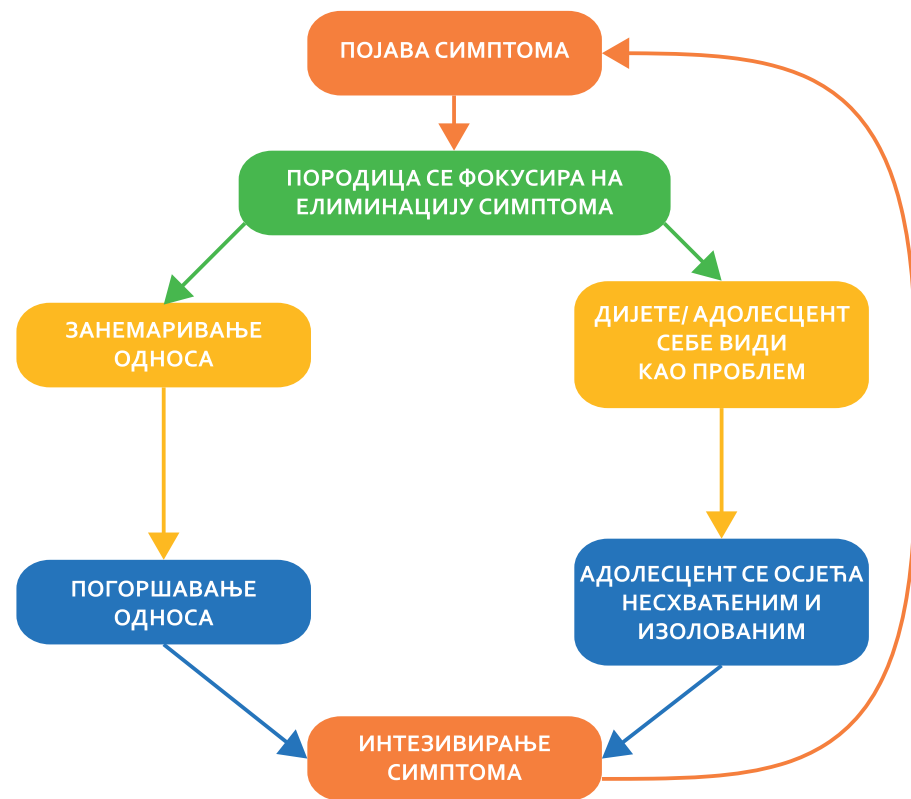
Комуникацијска функција симптома

Симптом, као израз дисфункционалних породичних образаца, супротан је промовисању промјене. Симптом има функцију у породичном систему да задржи хомеостазу породице и да је „заштити“ од промјене, чак иако то кочи и блокира раст и развој њених чланова. На тај начин хомеостазу често (али не увијек) одржава један члан породице који показује симптом(е) и налази се у интеракцији са цијелом породицом која подржава симптом. Таква породица одлаже рјешавање проблема. Она је стално у кризи која се не препознаје до тренутка када се појави симптом код једног или више њених чланова или када породици пријети распад.

Према системском мишљењу, на проблеме и „патологију“ се не гледа као на базично индивидуална својства, него се симптом и проблем доводе у релациони контекст у којем настаје. Посматрање симптома, као интерперсоналних, помогло је да се појединац ослободи патологизујућих оквира, нарочито када се ради о дјечи и младима. Поглед на симптом као на релациони проблем ослободила је рањиве чланове двоструког стигматизовања, оптерећеношћу породичном динамиком и, истовремено, стигматизацијом због доживљених посљедица.

Како бисмо помогли породицама са дјецом и адолесцентима који имају проблеме у понашању, неопходно је схватити симптоматски циклус који развија, одржава и дефинише интеракцијске обрасце у породици.

Симптом почиње као незнатна промјена понашања која може да буде посљедица развоја, вулнерабилности или посљедица трауматског искуства. Круцијални моменат у развоју проблема је у начину како чланови породице реагују на ове промјене у понашању дјетета/адолесцента. Уколико породица ове промјене означи као неприхватљиве, дијете/адолесцент ће себе почети доживљавати као проблем и фокус ће бити само на негативним понашањима дјетета, без могућности да се сагледају позитивни аспекти и квалитети, као и доприноси породичном систему. Фокусирајући се на елиминацију симптома доживљава се неуспјех, што породични систем доводи до све већег осјећаја беспомоћности и фрустрације. Њихова преокупација симптомом води до занемаривања осталих, веома важних аспеката њиховог односа, а то води дугорочно до све веће детеоризације породичних односа. Овакви односи у породици довешће до тога да се сви чланови породице, а нарочито дијете или адолесцент који је носилац симптома, осјећа несхваћено и изоловаће се од осталих чланова породичног система. У контексту изолације и отуђења, симптом се још више интензивира и постаје отпорнији. Овај симптоматски циклус приказује Графикон 3.



Графикон 3. Симптоматски циклус настанка и одржавања проблема унутар породице

Према томе, системска парадигма симптоматско понашање третира као продукт односа у систему у којем појединац живи и као продукт неадекватне комуникације међу члановима система, што значи да се функционалност породице посматра кроз односе међу њеним члановима. Посматрајући симптоме на овај начин, долазимо до закључка да се позитивна промјена код појединца постиже тек онда када дође до промјене у цијелом систему којим је окружен.

Дакле, симптоми немају само узроке, него и функције, па и поред тога што су неугодни, могу бити и продуктивни. Према томе, симптом стабилизује породицу, иако је оваква стабилност дисфункционална, па оном члану породице који га испољава даје могућност да има привид контроле међуљудских односа или односа у породици (тако, на примјер, дијете може бити „симптоматски гласноговорник“ у породици, када симптомом позива родитеље да се усагласе у правилима или једноставно симптомом комуницира „забрањене“ мисли једног од родитеља). Овај другачији и позитивнији поглед на симптом наглашава потребу да се у третману не усмјеравамо само на појединца, већ и на читав породични систем. Оваква конотација отвара могућност за различите интервенције, депатологизује клијенте скидајући са њих етикету „болесних“ и „неприлагођених“ породичних чланова, те индиректно ставља нагласак на снаге које свака особа носи у себи.

Најчешћи образци у симптоматским породицама

Када говоримо о дјечи и адолесцентима који су носиоци симптоматског понашања, током рада најчешће сусрећемо сљедеће облике нефункционалних породичних образаца:

а. Избјегавање конфликта

Многе породице избјегавају отворену конфронтацију и конфликте из страха од ескалације и деструктивних посљедица. У ситуацијама када би могло доћи до конфликта појављује се неко друго понашање које блокира избијање конфликта на површину. Тако, на примјер, симптом дјетета помаже у дистракцији родитеља са конфликта и сукоба у партнерској релацији.

б. Презаштићивање

Сваки симптом који испољава дијете или адолесцент може се посматрати у свјетлу незрелости или као начин одбијања прихватања одговорности. Родитељи својим понашањем и интеракцијама могу блокирати развој и одрастање дјетета онемогућавајући му учење функционалних и самосталних начина рјешавања проблемских ситуација. На примјер, провјеравање дјетета да ли је написао домаће задатке свакодневно штити дијете од суочавања са посљедицама дјететових властитих избора и шаље му поруку да је неспособно да се само носи са властитим школским обавезама.

в. Деангажованост и напуштање

Породице веома често минимизују проблеме и одбијају да препознају њихову озбиљност. Родитељи могу бити ометени другим обавезама или интересима или у неким случајевима, нису јако повезани са дјететом. Овај образац се препознаје током третмана када родитељ минимизује или поништава неке битне изјаве адолесцента, када се искључује из конверзације или пребацује фокус са дјететових на властите потребе. Овај образац се може изразити и на суптилан начин који Мисусци назива „Реци ми/немој ми рећи“ вези. Преплављен и анксиозан због дјететовог проблема, родитељ може дјетету слати дупле поруке: „Слободно ми се повјери, али тако да будеш сигуран да нећеш ништа рећи што ја не желим да чујем“. Како не би узнемирили родитеље, дјеца задржавају, тј. прећуткују информације које могу узнемирити родитеље.

г. Ескалација

Веома често се срећу увјерења да тамо гдје постоји пуно емоција, постоји и истинска повезаност особа. У неким породицама, конфликт се лако разбукта, јер чланови породице провоцирају и изазивају једни друге. Родитељи вјерују да их адолесценти провоцирају не увиђајући да и они провоцирају адолесцента. На примјер, родитељи могу да говоре или раде ствари које повећавају адолесцентову анксиозност и фрустрацију прије него што ће смањити ниво тензије остајући смирени и слушајући пажљиво шта адолесцент има да им каже.

д. Фокусирање на проблем

У породицама гдје постоји симптоматско понашање дјетета, оне постају преокупиране симптомом дјетета толико да занемарују све друге аспекте

свог живота укључујући и другу дјецу и остале чланове породице. На примјер, родитељи који су имали навику да излазе са пријатељима суботом увече престају са овим ритуалом како би остали код куће да би надгледали и контролисали дијете. Уколико родитељи разговарају међусобно, тема разговора се базира само на разговоре о проблему или дјетету.

Важно је нагласити да ови образци не узрокују проблем, него су они сами по себи проблем. Основна претпоставка системске перспективе није да породична динамика узрокује проблем него да је симптоматско понашање једног члана породице нераскидиво везано за понашање осталих чланова породице. Системским виђењем се избјегава дискутовање и рад на проналажењу узрока проблема, него се усмјерава на повећавање способности чланова породице да опсервирају интеракцијске обрасце који се дешавају у просторији, тј. оне које они живе.

Узрок проблема се не смијешта унутар особе (особа није проблем), нити објашњава индивидуалним узроцима. Породични обрасци интеракције утичу на појаву симптома који опет повратно утиче на јачање образаца. Мијењањем породичних интеракција, доћи ће до повлачења симптоматског понашања. Оваква перспектива отвара могућност ширих интервенција чиме се избјегава стигматизовање и затварање система.

Циљ третмана и рада са породицама

Основни циљ третмана и рада са породицама у којима постоји одређено симптоматско понашање је замјена аутоматских реактивних интеракцијских образаца између чланова породице са смисленим и планираним реакцијама

Задатак професионалаца у области заштите менталног здравља је активирање неискориштених и неидентификованих ресурса сваког члана породице, како би се они могли искористити током рада са породицом на стварању нових образаца интеракције. Професионалац, кроз кориштење властитих односа са члановима породице, током сусрета сугерише нове видове образаца и нову перспективу сваког члана породице. На тај начин чланови породице почињу гледати једни друге на другачији начин, те тако отварају могућност заснивања нових начина међусобних интеракција.

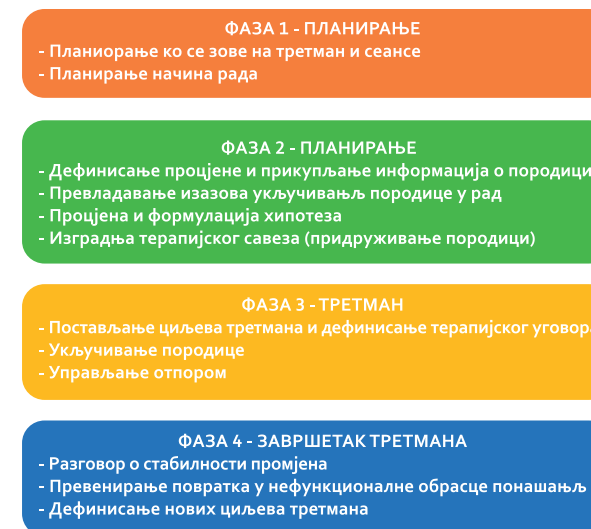
Развијајући и откривајући нове димензије себе самих, чланови породице паралелно уче како их интегрисати унутар породичног система. Породице унутар којих се идентификује неки симптом континуирано наглашавају неке аспекте себе искључујући друге, па тај процес утиче на развој свих чланова породичног система. Они постају ригидни и предвидиви, а мање сложени и флексибилни. С обзиром да су индивидуални и породични развој нераскидиво повезани и утичу један на други, уколико се један члан система развија, остали га морају или слиједити или ће вршити притисак на члана који се мијења да се врати на раније форме понашања. Чак и када се симптоматско понашање повуче, професионалац треба бити спреман да помогне породици да се прилагоди промјенама које су повезане са наставком нормалног развоја.

На примјер, адолесцент код којег су се повукли симптоми проблема у понашању и који је постао независнији, одговорнији и нису му више потребни константан надзор и контрола родитеља, можда више неће служити као заједнички интерес родитеља који су се удаљили једно од другог током претходних година. У раду са симптомом у породичном систему, важно је хипотезирати чему служи симптоматско понашање једног члана породице, тј. шта тај симптом „ради“ за све чланове породице. У претходном примјеру, симптом поремећаја понашања адолесцента служи спајању родитеља и регулацији њиховог партнерског односа на начин да кроз заједничку бригу о „дјетету који је проблем“ налазе заједнички интерес и повезују се. Ово се најбоље види у породицама са дјецом и адолесцентима са проблемима у понашању и злоупотреби психоактивних супстанци. Током процеса третмана, када се отклони симптом, породици се поремети дисфункционална хомеостаза и неопходно је радити на партнерском односу родитеља како породица не би вратила члана у симптоматско понашање. Када се поремети симптоматски образац, у систему расте анксиозност и остали чланови могу несвјесно да врше притисак на носиоца симптома, да се врати на раније форме понашања или да мијењају своје понашање.

Професионалац помаже породицама да заузму различите перспективе на симптоматски проблем који их је довео до третмана. У системском приступу се настоји до промјене на нивоу система доћи искуствено, а не кроз изазивање, провокацију и директну конфронтацију.

Фазе третмана

Третман породице се може концептуализовати као развојни и понављајући процес који се састоји од неколико фаза: фаза планирања, фаза процјене, фаза третмана и фаза завршетка третмана. На Графикону 4 представљене су фазе третмана са главним задацима унутар сваке фазе.



Графикон 4. Фазе у третману и раду са породицом

Планирање третмана

Основни задатак ове фазе је планирање ко би требало да буде присутан на првом сусрету и кога треба позвати од чланова породице. У зависности од тога да ли су родитељи сами потражили помоћ или је породица упућена на третман од стране школе, центра за социјални рад или правосудне установе, стручњак у области заштите менталног здравља, дефинише план и почетне хипотезе о породичном функционисању на основу документације или података родитеља и/или стручњака из осталих установа. На основу почетних информација, стручњак прави план питања које ће поставити породици. Уколико су дјеца или адолесценти носиоци симптома, важно је укључити све битне особе из живота дјетета и контекста у којем се симптом испољава (на примјер, уколико су евидентни поремећаји понашања који се испољавају у школском контексту и дијете је био у контакту са стручном службом школе, важно је укључити и представника школског система).

Јако важно питање је шта урадити када битан члан породице, који је дио симптоматског интеракцијског обрасца, не може или не жели да се укључи у породични третман. То веома често може да буде један од родитеља, члан проширене породице или појединац који није члан породице, али је у значајној интеракцији са породицом у вези са проблемом (на примјер, члан стручне службе школе коју похађа дијете са симптоматским понашањем). У овим случајевима, терапеут настоји да мотивише одсутног члана на долазак (позив, слање писма, инструкција осталим члановима о техникама мотивације). Уколико и након тога, он и даље не жели да се укључи, радимо са присутним члановима, базирајући рад на системској парадигми да промјена у једном дијелу система доводи до промјене и у другим дијеловима система, тј. функционална промјена код једног члана породице може довести до функционалне промјене код осталих чланова, јер они на промјену понашања једног члана морају одговорити на другачији начин од уобичајног.

Процјена

У другој фази третмана, неопходно је придружити се породици, прикупити релевантне информације неопходне за хипотезирање о функцији симптома, као и изградити терапијску алијансу са члановима породице. У овој фази, професионалац и чланови породице дефинишу и истражују очекивања од третмана и заједничког процеса.

Први корак, у раду са породицама, је изградња радне алијансе са породицом као системом. У системској пракси се ово зове **придруживање** и подразумева развој односа и упознавања са сваким чланом породице поштујући њихова јединствена гледишта, увјерења и перспективе. Придруживање подразумева стварање јединственог контекста у којем чланови породице добијају подршку и осјећају се сигурно да изразе своје бриге, потребе и осјећања. **Стварање терапијског савеза са породицом треба да буде један од најважнијих задатака професионалца, јер уколико се не створи добар терапијски савез, упитан је ток третмана и може да дође до одустајања породице од третмана (Carr, 2005).**

Једини изузетак од овог правила је у случајевима када је сигурност дјетета или других чланова породице угрожена, када је заштита приоритет у односу на развој терапијског савеза.

Препоруке на шта треба да обратимо пажњу приликом придруживања породици и формирању терапијског савеза (Minuchin, 1974 и Haley, 1987) су:

а. Почетак сеансе

Процес придруживања породици започиње одмах након формалног поздрава од стране професионалца. Стручњак опуштено разговара са сваким чланом породице покушавајући сазнати нешто више о сваком члану породице. Стил комуникације професионалца у области заштите менталног здравља треба да буде емпатичан, топао и љубазан. Веома је важно да се створи пријатно окружење и смањи анксиозност породице прије него се започне са истраживањем проблема који их је довео на савјетовање/третман. Породице, веома често, одмах са врата крену са изношењем својих брига и проблема. Веома је важно да тада професионалац на суптилан начин узврати породици да је свјестан тога да они имају бриге које их доводе код ње/њег, али да он вјерује да су они, као и сви други људи, у свом животу много више од проблема.

Почетно придруживање је јако важно за комплетан процес савјетовања и рад на свакој сеанси и препорука је да се за њега издвоји 5-10 минута. Након придруживања, стручњак може да крене са прикупљањем информација о разлогу који их доводи на савјетовање и третман. Том приликом је од изузетне важности да се чује перспектива сваког члана породице. Можемо почети на следећи начин: „Волио бих да чујем шта вас данас доводи код мене. Јако је важно да се свако од вас чује и изнесе своје виђење проблема који вас мучи. Зато ћемо ићи у круг како бисмо то чули, а ја се могу послати вратити на перспективу сваког од вас и поставити нека питања. Да ли је то у реду за вас?“.

б. Поштовање породичне структуре

На самом почетку сеансе, професионалац опсервира породичну структуру и прави прелиминарне хипотезе. Веома важно је да професионалац поштује ту структуру и начин на који породица функционише, тј. породичну хијерархију и улоге. Важно је да се увијек прво да ријеч једном од родитеља прије дјетета или адолесцента који је идентификован као пацијент. Постоје и изузеци, на примјер, ако је идентификовани пацијент старији адолесцент, професионалац, може да крене разговор од њега, нарочито уколико је адолесцент исказао мотивацију за укључивање у третман. Уколико се један од родитеља чини доминантним, а други субмисивним, препорука је да професионалац на почетку не нарушава ову динамику и да се прво обрати доминантном родитељу признајући и поштујући на тај начин његову или њену улогу у породици. Уколико се на почетку супротставимо породичној структури долазимо у ризик стварања отпора и могућности да најутицајни члан породице минира процес. То значи, важно је „придобити“ најутицајнијег члана породице. Уколико не постоји претпоставка о најутицајнијем члану породице, професионалац се може прво обратити оном родитељу који није остварио иницијални контакт телефоном, шаљући на тај начин поруку родитељима да су гледишта оба родитеља јако важна.

в. Слушање и праћење процеса

Професионалац слуша пажљиво све што сваки члан породице говори, парафразира ако је то потребно и прихвата перспективу и гледиште сваког члана породице, без изазивања и коментарисања. Уколико један члан прекида другог, терапеут користи ову прилику да замоли све особе да се не говори, док особа која говори не заврши. Уколико неки члан породице одбија да говори (то је најчешће адолесцент), терапеут то прихвата и може рећи: „Сасвим је у реду то што не желиш да разговараш у овом тренутку. Ти си овде и сматрам да слушањем можеш пуно тога добити као и разговором. Волио бих да знаш да је за мене јако важно то што имаш рећи и волио бих да се твој глас чује тако да ћу током нашег данашњег сусрета, с времена на вријеме, провјерити да ли желиш да нам се придружиш у разговору.“ Уколико један члан узме превише простора за изношење своје перспективе и држи монолог, стручњак може рећи: „Веома поштујем то што имате толико тога за рећи и ја то дефинитивно желим да чујем, али за почетак бих желио да чујем кратко о ономе што вас мучи, а онда желим да чујем и остале који су данас овде, шта имају да кажу.“ Важно је на један поштујући и уважавајући начин водити сеансу и постављати правила рада.

г. Прикупљање информација

Након што су се чуле перспективе проблема сваког члана породице, професионалац у области заштите менталног здравља може почети са пропитивањем како би проширио дату тему и прикупио више информација. Увијек морамо имати на уму важност укључивања свих чланова и неопходност тога да сви опишу проблем. Такође, важно је да се истражи на који начин су чланови породице покушали ријешити проблем у прошлости. Професионалац треба заузети позицију радозналости и неутралности како би открио нове информације о проблему, као и потенцијална рјешења и позвати породицу да осмотри своје потешкоће из више различитих перспектива. Током фазе процјене може се употријебити техника генограма у циљу прикупљања информација о породици, њеним интеракцијским обрасцима, као и породичним снагама.

д. Препознати снаге и ресурсе

Породице у којима постоје нефункционални обрасци интеракција у већини случајева су преплављени проблемом, беспомоћни и не могу препознати шта они то раде добро. Професионалац треба да користи сваку прилику да препозна, нагласи, акцентира све оно што примијети да породица ради добро. Препознајући снаге и капацитете, професионалац шаље поруку породици да је она способна да ријешити свој тренутни проблем уз подршку терапеута/савјетника. Третман треба да буде заснован на колаборацији у којој су чланови породице експерти за свој живот и односе, а стручњак експерт у домену емпиријских и клиничких информација које су релевантне за развој породице.

Након што се придружио породици и развио терапијски савез, савјетник настоји идентификовати нефункционалне интеракцијске обрасце у породици које доводе до симптоматског понашања.

Три основна извора информација за идентификовање симптоматског обрасца у породици су:

а. Језик који користи сваки члан породице током описивања проблема

Из начина на који чланови породице описују проблем стручњак доноси закључке о томе како сваки члан породице види проблем, како види особу која је носилац проблема и његов однос са тим чланом породице.

б. Историја проблема

Ранији неуспјешни покушаји породице да ријешити проблем говори терапеуту шта није корисно и шта не води ка рјешењу, као и како су ови покушаји утицали да се проблем додатно погорша. Веома често се проблем развије, јер чланови породице настоје ријешити нови проблем на стари начин користећи методе које су некад биле корисне на ранијим стадијумима развоја.

в. Директно опсервирање интерперсоналних интеракција током савјетовања или третмана

Обрасци интерперсоналних породичних интеракција доводе, по системском приступу, до одржавања симптома. Због тога је важно оно шта породица има да каже, али је важније посматрати на који начин се понашају и на који начин комуницирају између себе током сеансе. Терапеут може добити веома значајне информације за хипотезирање и прављење терапијског плана на основу понашања чланова породице (на примјер, како сједе у просторији, ко је коме близу, ко је удаљен, ко има моћ, ко први говори, како разговарају када имају различите перспективе, шта раде остали чланови када су двоје у конфликту и слично).

Третман

Након завршене процјене, појашњавања презентујућих потешкоћа породице и контекста у којем се јавља, као и дефинисања проблема и идентификације породичних снага, професионалац, у области менталног здравља заједно са члановима породице, дефинише јасне и реалне циљеве третмана, као и оквирни план рада на остварењу ових циљева. Ови циљеви требало би да буду прихваћени од свих чланова породице.

Третман може да укључи низ терапијских интервенција које могу бити усмјерене на промјену образаца понашања који одржавају проблем, на развој нових наратива и система вриједности који отварају могућности за разрјешавање проблема, као и интервенције које су усмјерене на трансгенерацијске и контекстуалне предиспонирајуће факторе.

Завршетак третмана или редефинисање циљева третмана

Процес завршетка третмана почиње појавом побољшања интерперсоналних породичних односа и успостављањем функционалнијих интеракцијских образаца. Период између сусрета се продужава. Професионалац шаље поруку породици да има повјерење у њихове способности, да се могу носити са властитим потешкоћама без непрекидне професионалне помоћи.

У овој фази третмана, неопходно је да професионалац помогне породици како би разумјели промјену коју се постигли и на који начин је до те промјене

дошло. Заједнички истражују које би то биле врсте стресних ситуација које би могле довести до поновног појављивања проблема, како би тада могли да реагују и на који начин могу примјенити научено, током процеса третмана у циљу функционалног рјешавања новонасталог проблема.

Такође, битно је нагласити да завршетак третмана не значи завршетак односа са професионалцем у области заштите менталног здравља. Породици се може понудити отворени завршетак, тј. у случају потребе за консултацијом могу се јавити професионалцу. Такође, може се понудити и **follow up** сеанса како би се пратила ситуација, нарочито код породица са вишеструким хроничним потешкоћама.

У неким случајевима, завршетак третмана може водити дефинисању нових терапијских циљева. На примјер, након третмана породице у којој је дијете имало симптоматско понашање, слједећи терапијски циљ може бити рад на партнерској проблематици родитеља или индивидуални рад са неким од чланова породице.

Основни принципи ефективних терапијских интервенција

Имати план и остати фокусиран

Професионалац треба заједно са породицом направити терапијски план. Хипотезирајући о потенцијалном значењу и функцији симптома за комплетну породицу, стручњак планира терапијске интервенције како би избјегао реактивне и емоционалне реакције. Професионалац заузима неутралну позицију како би избјегао уплитање и индукцију у симптоматски образац породице и на тај начин утицао на своју способност да помогне породици. Како би избјегао „увлачење“ у нефункционалне обрасце породице, терапеут прати циркуларност и нефункционалне обрасце, избјегавајући да постане њихов дио. Терапеут помаже породици да развију способност за боље посматрање властитих понашања и реакција у односима, што је могуће једино ако пази да не буде „увучен“ у симптоматски образац. Због тога је важно имати план и остати фокусиран.

Током третмана, породица може показати отпор према промјени и задржавању симптоматских образаца који комплетан систем задржавају у нефункционалној хомеостази. Овај отпор породице према промјени не смије бити разлог стручњаковог одустајања од рада. Иако су породице веома често комплексне за рад, професионалци који се суздржавају од увођења промјена у систем, јер су обузети сложеност породице и комплексношћу симптома, ризикују да подлегну осјећају беспомоћности. Важно је да професионалац остане фокусиран на процес током сваке сеансе, што не значи да стручњак не слуша садржај који чланови породице доносе на третман, тј. фокус професионалца треба да буде више усмјерен на обрасце интеракције између чланова породице, него на специфична питања или конфликт. **Циљ третмана треба увијек да буде развој ефективнијих начина разрјешавања конфликта него превенција самог конфликта или разрјешавање специфичних питања унутар породице.**

На примјер, ако се родитељи не слажу око одлуке да ли треба да се сину продужи излазак увече у град за пола сата, најважнији циљ у раду није преговарати

око одлуке везане за продужење изласка, него помоћи породици и родитељима да пронађу адекватне начине на који начин ће изаћи из застоја и различитих перспектива.

Фокус на промјену породичних интеракцијских образаца

Промјена образаца подразумијева промјену онога што људи раде, а не онога што они јесу. Током рада са члановима породичног система избјегавамо описе људи у терминима сталних особина личности (на примјер, тврдоглав, слаб, критичан, одбијајући и слично), већ се фокусирамо на специфична понашања имајући на уму да ће до промјена понашања појединца доћи у ситуацији када се мијења контекст. Задатак професионалца је да креира контекст који мотивише испољавање неразвијених форми понашања код чланова породице. Ова нова понашања су почетна тачка око које се изграђује нови интеракцијски образац унутар породице.

Сарадња

Без обзира колико је породица успјешна у промјени симптоматских интеракцијских образаца, веома је важно да професионалац рефлектује вјеру у породичне снаге и ресурсе да се породица може побринути око свог живота. Професионалац треба промовисати праксу у којој ће позивати чланове породице да рефлектују своја искуства на сеанси. На овај начин, породица ће почети идентификовати обрасце који доводе до фрустрације и беспомоћности. Дајући могућност породици да презентује своје опсервације, стручњак шаље поруку породици да цијени њихове перспективе и у исто вријеме мотивише породицу да постану бољи посматрачи својих властитих начина интеракција унутар породичног система. Умјесто да даје готове рецепте како чланови породице требају да мијењају своје понашање, професионалац их укључује у конверзацију путем којим се истражују идеје како се може одреаговати на другачији начин. На примјер, током сеансе када дође до расправе између партнера, професионалац их може прекинути и питати: „Да ли сте примјетили шта се сада управо десило?“, а након тога можемо питати: „Шта мислите, шта можете слједећи пут другачије урадити током комуникације са партнером?“

Вратити се на образац

Када породица дође на третман, њен основни фокус је на симптому и особи која је носилац симптома. Према тој парадигми, само особа која има симптоматско понашање треба да мијења, контролише или елиминише неадекватно понашање, тј. она треба помоћ. Професионалац тада у рад уводи системску парадигму и објашњава породици на који начин односи унутар породице утичу на појаву специфичних понашања и симптома код једног члана или у једном дијелу породичног система.

Током рада се дешава да симптом постане још израженији и да дође до погоршања, што представља изазов за породицу да врати фокус на симптом. У тим тренуцима, професионалац увијек повезује промјену са промјеном образаца интеракције између чланова породице. Важно је да се не изгуби системска формулација симптома и не дође до закључка да је погоршање дошло због неуспјешне терапије. Промјена се не дешава линеарно, већ се веома често догађа са једним

кораком напријед, а два назад, па су тако и регресије и релапси саставни дио промјене. Дубоко укоријењени обрасци понашања не мијењају се тако лако, чак и када дође до побољшања и могуће је да чланови породице тестирају постојаност промјене кроз поновни повратак старих понашања. Презентујући ову перспективу породици, помажемо им да схвате да се промјена не дешава брзо и да не изгубе мотивацију уколико њихова настојања да се деси промјена не доводи до брзих жељених резултата.

Пружити охрабрење и нагласити позитивно

Када породица дође на третман, веома често се осјећају беспомоћно, истрошено од сталних безуспјешних покушаја да нешто промијене и обесхрабрено без перспективе да може бити боље. Веома важно је да професионалац врати оптимизам и наду породици да је промјена могућа тако што ће се фокусирати на оно што породица чини добро. Стручњак опрезно прати све снаге и ресурсе породице и настоји искористити те снаге како би се стимулисала промјена. Такође, терапеут треба пратити све знакове који указују да породица уводи промјену у жељеном смијеру како би помогао породици да то примијети.

Salvador Minuchin (2007) препоручује метод по којем се прво наглашава нешто што особа ради добро или њен мотив да нешто промијени у функционалном смијеру и пратећи овај смијер, уводи захтјев за промјеном. На примјер, професионалац може клијенту рећи: „Изузетно се дивим вашој способности да ћутите и слушате саговорника не укључујући се одмах у конверзацију, али ја сматрам да Ви имате толико тога да понудите и волио бих да активније учествујете у разговору.“

Како би вратили фокус на позитивно и улили наду да је промјена могућа, заједно са клијентом или породицом истражујемо ситуације и примјере када проблем није био присутан у њиховим животима и интеракцијама или је био изражен у незнатној мјери. Истражујући са породицом како су успјели да у датим ситуацијама не буде проблема, позивамо породицу да конструишу нове наративе о себи као и проблему који имају.

Наглашавати тренутке заједништва и повезаности

Обично се чланови нефункционалних породица осјећају јако удаљени и дисконектовани и они жуде за повезаношћу. Креирањем могућности да осјете искуство емоционалне повезаности током третмана, за чланове породице то стимулише наду да њихови односи једни са другима могу бити бољи и да се могу унаприједити.

Технике у раду са породицама

Образац се мијења када један члан породице промијени свој начин реаговања и понашања у односу на друге чланове симптоматског обрасца. Тада члан породице који уводи функционалну промјену може да буде под притиском осталих чланова породице, да се врати на старе нефункционалне облике понашања који су одржавали нефункционалну породичну равнотежу.

Из угла породице, образац интеракција није проблем, већ је проблем понашање особе са симптоматским понашањем, а њихове властите реакције су природне и нормалне реакције на понашање проблематичног члана. Када један члан уведе промјену на нивоу понашања на реакције других, остали чланови могу да се осјете игнорисани и без подршке и вршиће притисак на тог члана да се врати на раније облике понашања и породичних интеракција.

Примјер репетитивне нефункционалне породичне интеракције може да буде следећи: адолесцент упућује захтјев родитељима да задовоље неку његову потребу (на примјер, да остане напољу са пријатељима до касних ноћних сати). Родитељи одбијају овај захтјев када адолесцент настоји да направи притисак изазивајући родитеље да промијене одлуку. Родитељи тада улазе у расправу са адолесцентом која ескалира и завршава се викањем, свађом и осјећајем кривице и адолесцента и родитеља. У овој ситуацији ни родитељи, ни адолесцент не одступају од уобичајног начина понашања. Овај образац се може прекинути уколико родитељи на смирен начин, избјегавајући емоционалну расправу са адолесцентом, објасне адолесценту да неће промијенити одлуку нудећи оправдане разлоге за доношење те одлуке и емпатички поштујући право адолесцента да буде разочаран. Овај нови начин реаговања родитеља не мора да се свиди адолесценту, јер је досадашње искуство показало да он добије шта жели када родитеље доведе до тога да се упусте са њим у расправу и емоционално одреагује, тако да удвостручује своје напоре да „упеца“ родитеље и подстакне их на стари начин реаговања. Како би промијенили своју реакцију, родитељи треба да буду свјесни овог обрасца и да уложе напор и одбију настојања адолесцента, остајући смирени, без обзира шта адолесцент говори или како реагује.

Технике које можемо користити у циљу препознавања образаца чланова породице, као и мотивацији промјене реаговања бар једног члана симптоматског обрасца, описане су у наставку.

Генограм

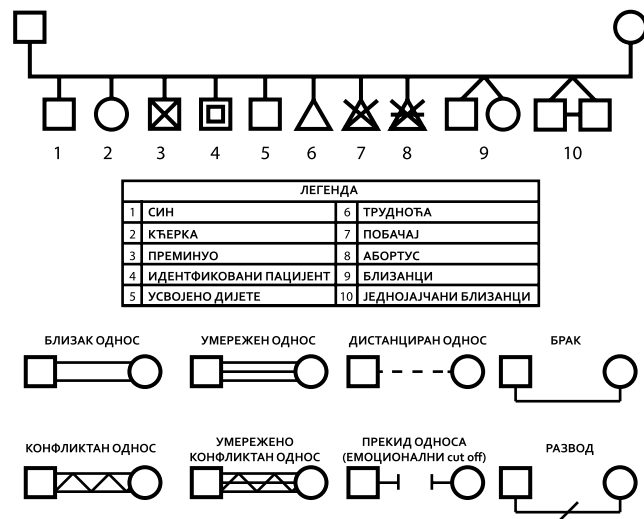
Цртање породичног генограма је начин представљања породичне структуре, релација и историје у најмање три породичне генерације. Он је мапа породичног живота, односно графички приказ животног садржаја конкретне породице. Осим што се њиме може једноставно приказати структура (чланови) породице, могуће је приказати и квалитет односа који између њих постоји. Употреба генограма, веома је корисна током третмана и рада са породицама, јер професионалцу из области менталног здравља:

- омогућава прикупљање детаљних информација о породици,

- олакшава придруживање стручњака породици, омогућава активно учешће дјеце,
- омогућава стручњаку стартну позицију за постављање хипотеза које даље експлоатише,
- омогућава члановима породице емоционално проживљавање, које се на сигурном мјесту, уз помоћ стручњака, може обрадити, а исто тако и неутралисати потенцијални конфликти и
- помаже породици да уочи своје снаге, преуоквири визуру из које посматра проблем, па чак и превентивно дјелује на спречавање даљег развоја деструктивних модела понашања.

Информације неопходне за конструисање генограма се добијају интеграцијом визуелних, вербалних и невербалних информација прикупљених од чланова породице. Израда генограма се састоји од цртежа породице и специфичног генограмског интервјуа, који се води истовремено са конструкцијом цртежа. Када имамо породицу чији случај захтијева једноставнији приказ породице, генограм се црта већ у првом контакту с њима, током интервјуа. Уколико је неопходно исцртати више генерација породице клијента, интервју се обавља циклично током више сусрета, при чему се током сваког наредног сусрета, прикупљају информације о старијим генерацијама. Генограмско биљежење је једноставно, прегледно и економично, а интерпретација, након неког искуства постаје рутинска и лака. Приликом конструкције генограма, неопходно је омогућити породици да прати цртање цртежа.

У цртежу се фигурама симболички представљају чланови породице, а линијама њихови међусобни односи. Симболи који се користе за представљање чланова породице, њиховог статуса и њихових међусобних односа су стандардизовани, ради лакше комуникације међу стручњацима. У наставку су дати симболи који се користе да би се означили чланови породице, а затим и симболи којима се означавају могући односи међу њима.



Графикон 5. Симболи приликом конструкције генограма породице

На овом дијаграму је представљен родитељски пар (први квадратић и круг у истој равни), а у идућој равни су представљене особе које могу живјети с њима у породици. У генограм се уписују и датуми рођења и смрти чланова породице, године заснивања партнерске релације, сепарације, разводи, као и значајни догађаји у животу породице.

Током генограмског интервјуа прикупљају се демографски подаци, подаци о транзицијама, снаге и рањивости породице и информације о односима и начинима породичних интеракција (Табела 6).

Табела 6. Информације о породици које се укључују у генограм

ЧЛАНОВИ ПОРОДИЦЕ	Демографски подаци	Име
		Године
		Занимање
	Транзиције	Образовање
		Рођење
		Смрт
		Партнерска релација, брак
		Пресељење
		Напуштање и сепарација
		Хранитељство
Снаге	Усвајање	
	Годишњице које обиљежавају транзиције	
	Примјери када је породица функционално превазишла проблем	
	Радно и школско окружење	
	Пријатељства и социјални односи	
	Спорт и слободно вријеме	
	Посебна лична постигнућа	
Вулнерабилности	Болести и хоспитализације	
	Проблеми у адаптацији	
	Болести зависности	
	Контрола љутње, насиље и злостављање	
	Социјално патолошка понашања	
ПОРОДИЧНИ ОДНОСИ	Дијаде	Функционалне алијансе и коалиције
		Конфликти
	Тријаде	Триангулација у којој се од дјетета захтијева да заузме страну једног од два члана породице (најчешће родитеља)
		Нефункционалне тријаде и међугенерациске коалиције
		Дуготрајне конфликте тријаде у којима се родитељи удружују против дјетета са проблемима у понашању
		Дуготрајне тријаде у којима се родитељи удружују у презастићавање дјетета са психосоматским и емоционалним потешкоћама
	Комплексни односи у више генерација	Вишегенерациски обрасци интеракције у дијадама, нпр. мајка и кћерка су блиске у три генерације
		Вишегенерациски обрасци интеракције у дијадама у тријадама (триангулација која се дешава у двије генерације)

При интерпретацији генограма, посматрају се сљедеће категорије података:

Породична структура

Посматра се састав породице и како је она организована (нуклеарна, проширена, са једним родитељем). Сиблинг позиција је значајна за расвјетљавање одређене „емоционалне позиције“ појединца. Разлика у полу и узрасту међу сиблинзима, ред рођења, урођене карактеристике дјетета (темперамент, здравствени проблем), специфична родитељска очекивања од сваког дјетета, тзв. „родитељски програм“, могуће подударање рођења дјетета са одређеним кризним или трауматским догађајем у животу породице, сиблинг позиција дјетета у односу на сиблинг позицију родитеља, могу имати великог значаја на развој личности, стил живота и специфичне проблематичне теме појединца у оквиру система.

Понављање адаптивних или маладаптивних образаца понашања

Кроз генерације се истражују обрасци односа или структурални обрасци (на примјер, исти број дјеце, исти ред рођења и слично). Такође, испитује се утицај специфичних животних догађаја (животне промјене, транзиције, траума, коинциденције радосних и трагичних догађаја, реакције на годишњице значајних породичних догађаја, утицај друштвено-политичких и економских околности на породицу и други).

Породични обрасци

Експлоришу се обрасци, а нарочито они који се понављају међу генерацијама (различите врсте удруживања појединих чланова, што доводи до умрежавања или утроугљавања-савези, коалиције), скенира се породични баланс/дисбаланс у сфери породичне структуре, функционисања (различитих потреба, стилова васпитања, ставова и вриједности), улога и ресурса.

Преуоквиравање (енгл. reframing)

Штетна и деструктивна понашања су веома често резултат ограничених могућности учења и реаговања на позитивнији начин. Вирџинија Сатир истиче да нам лоше ствари шаљу поруку шта можемо да научимо и промијенимо.

Кориштењем технике преуоквиравања, стручњак помаже члановима породице да кроз нови референтни оквир осматре одређене догађаје из њиховог заједничког искуства, као и властите перцепције понашања чланова породице. Нови начин посматрања догађаја и искустава доводи до посматрања проблема као рјешивог. Приликом преуоквиравања проблема, професионалац поставља проблем у контекст релације, а не на индивидуални ниво, проблем посматра као рјешив, а не као нешто што је непромјењиво и фиксно. Укљученост породице у симптоматски образац се дефинише са позитивним намјерама, а не негативним.

Један од примјера преуоквиравања, од стране професионалца, у ситуацији када су родитељи преплављени безнађем, очајем и љутњом због синовљеве зависности од дрога, заступајући увјерење да он само треба да се мијења, може бити: „Чини ми се да Вам је син послао веома важну поруку допустивши Вам да

сазнате о његовој зависности о дрогама. Откако сте сазнали за његов проблем, посветили сте пуно времена и труда да му помогнете како би се вратио на прави пут. Пут зрелости. Пут на којем ће одрасти и наћи своје мјесто у свијету. Пут на којем ће доносити властите одлуке. Из овог разлога, чини се веома битно да сви будете директно укључени у третман како бисте му помогли да се опорави. Он треба Вашу помоћ како би одрастао.“

Породични терапеут Џералд Викс (1977) је током своје психотерапијске праксе прикупљао различите начине на који се уобичајне негативне ознаке и значења могу преуоквирити у позитивне:

- Повучен- водити бригу о себи;
- Пасиван- способност прихватања ствари онакве какве јесу;
- Неосјетљив- штити себе од патње;
- Субмисиван- тражити подршку од других како би изградиле себе;
- Преосјетљив- свјестан и осјетљив према животу и другим људима;
- Плачљив- способност да изразимо емоције, нарочито патње;
- Љутња- знак потребе за самосталношћу;
- Нестрпљивост- усмјереност ка акцији.

Чаробно питање

Приликом дефинисања циља третмана, као и код подршке породици у визуализацији и идентификацији потенцијалних рјешења проблема, професионалац може користити технику магичног питања које потиче из терапије фокусирања на рјешење. Професионалац свим члановима породице поставља сљедеће питање: „Претпоставимо да се једне ноћи док спавате, деси чудо. Ви не знате да се чудо десило. Међутим, када ујутро устанете, сви Ваши проблеми су ријешени. Како ћете знати да су Ваши проблеми ријешени? Шта ће у Вашем животу тог јутра бити другачије? Ко би први примјетио промјену и шта би примјетио? Ко би био сљедећи? Ко би највише био изненађен промјеном?“

Кориштењем ове технике мотивишемо клијента да изађе из позиције немоћи и фокусираности на проблем усмјеравајући његов фокус на ресурсе, рјешења и могућности. Замишљајући потенцијална рјешења, расте клијентова способност да идентификује мале кораке који воде ка већој промјени. На овај начин, породица враћа осјећај властите компетентности да може да управља властитим животом, враћа наду да је промјена могућа и излази из позиције беспомоћности.

Екстернализација

Овом техником се раздваја особа од проблема и сам проблем се екстернализује напоље као посебан ентитет. Када породица дође на савјетовање и третман, преплављена је проблемом и није у стању да пронађе изузетке од проблема, тј. јединствене исходе када проблем није присутан у њиховим животима или је мање изражен (Michel White и David Epston, 1990). Екстернализацијом се деконструише наротив засићен проблемом и замјењује се новим наротивом којим се обраћа пажња на изузетке од проблема.

Приликом кориштења ове технике, професионалац заједно са породицом проблему даје име којим се прави разлика и одваја особа од проблема, али и посматрање породице као проблематичне. Поред имена, заједно са породицом, професионалац може помоћи породици да замисли како проблем изгледа, колико година има, да ли је мушко или женско или је неки предмет и слично. На тај начин се проблему даје вањски облик силе која тлачи цијелу породицу и екстернализацијом професионалац позива породицу да се удружи против те „силе“.

Након тога, професионалац позива породицу да истражи на који начин они могу да смање утицај проблема на цијелу породицу, тј. шта сваки члан породице ради да проблем постане јачи и шта то породица ради када је проблем слабији и нема толиког утицаја. На овај начин породица постаје свјеснија на који начин њихове интеракције обликују проблем и како могу помоћи једни другима како би престали „сарађивати са проблемом“. Суштински, уколико породица прихвати идеју да је проблем нешто што екстерно утиче на њих прије него што је то особина једног члана породице, симптоматски интерактивни образац се може почети мијењати.

На примјер, приликом примјене технике екстернализације, професионалац мотивише дијете да агресивном понашању да име, на примјер Лупко. Након тога серијом питања помаже дјетету како да контролише агресију и пронађе „изузетке од правила“.

- „Силу која те тјера да удараш друге људе ћемо звати Лупко, ОК? Колико си имао година када си први пут примјетио да Лупко утиче на тебе?“;
- „Да ли Лупко утиче да ствари између тебе, твојих родитеља, браће/сестара, пријатеља, наставника буду боље или лошије?“;
- „Реци ми примјер када је Лупко хтио да погорша твој однос са блиским људима, али ти му то ниси допустио?“;
- „Како си зауставио Лупка тада? Како си се тада осјећао?“;
- „Шта се десило прије него си га зауставио? Да ли је тада неко био присутан када си успио да га побиједиш? Шта су рекли о теби као особи када си га побиједио?“;
- „Да ли би могао обратити пажњу идуће седмице на ситуације када побиједиш Лупка? Хоћеш ли доћи идуће седмице да ми испричаш како си га побиједио?“

Одигравање

Техника која може бити корисна у препознавању и промјени нефункционалних образаца интеракције у породичном систему зове се одигравање. Ова техника се спроводи кроз неколико корака:

- У ситуацији када један члан породице описује професионалцу проблем који има са другим чланом породице, који је, такође, присутан у терапијској соби, професионалац може користити одигравање.
- Професионалац позива чланове породице да заједно дискутују о проблему који имају док он опсервира процес. Након тога пушта да се овај процес одигра, опсервирајући га у тишини. Ово одигравање траје неколико минута и јако је важно да се не прекида сувише брзо. Циљ ове технике је опсервација

образца, а не промјена интеракције. Након неког периода, професионалац прекида конверзацију породице.

- Након тога, професионалац позива чланове породице да рефлектују о интеракцији која се управо десила између њих. Професионалац може питати: „Како сте се осјећали током комуникације са члановима Ваше породице? Да ли сте добили оно што сте жељели из ове конверзације? Да ли се осјећате као да сте ријешили нешто? Ако не, зашто не?“.
- У сљедећем кораку, професионалац презентује члановима породице властиту опсервацију породичне интеракције, нудећи начин промјене образаца. Након тога, тражи од породице да понови конверзацију уносећи препоручене промјене.
- Након тога, породица понавља конверзацију док за то вријеме професионалац у тишини посматра процес.
- Уколико је породица успјела промијенити интеракцијски образац, професионалац наглашава и похваљује флексибилност породице и њену жељу за промјеном. Заједно са породицом истражује друге ситуације у којима могу примјенити промјену коју су увели у своју интеракцију. Уколико породица није успјела да промијени интеракцијски образац, професионалац заједно са породицом истражује разлоге и потешкоће које су довеле до тога. У овом тренутку, професионалац нуди редефинисање презентујућег проблема у релациони проблем и тада предлаже третман који је фокусиран на промјенама породичних образаца интеракције.

Прописивање задатака

Између сусрета са породицом, професионалац може „прописати“ задатке које ће чланови породице заједнички извршити. Ови задаци требају да буду у складу са способношћу породице и њеним капацитетима да их изврши и њихово извршење не би требало да одузима превише времена или да значајно утиче на свакодневну рутину породице. Такође, задатак треба да буде у директној вези са циљем третмана породице. С обзиром да третман породице треба да стимулише промјену релационих образаца, ефикасан задатак укључује цијелу породицу. На примјер, мајка и кћерка које раде на унапређивању свог односа могу да добију задатак да изађу на ручак заједно или отац и син, чији однос је више компететиван него сараднички, требају да заједнички раде на неком кућном пројекту.

Задатак се базира на промјени која се десила током рада са породицом, што значи да је њен задатак да учврсти промјену на нивоу заједништва и сарадње која се десила током третмана. Увијек је неопходно на сљедећој сеанси провјерити како је текао процес извршења задатка. Уколико породица није извршила задатак, увијек провјерити шта је довело до тога да се задатак не изврши избјегавајући критику и наглашавање неуспјеха. Неуспјех не повезивати са отпором или недостатком мотивације породице, него повезати са екстерним факторима који су утицали на породицу или са унутрашњим емоционалним стањима, као што су страх или туга.

Психоедукација и развој вјештина

Током рада са породицом, објашњавамо јој коју улогу симптоматски циклуси у породици имају на развој и одржавање проблема и на тај начин усмјеравамо фокус породице на опсервацију циркуларности и каузалности породичних интеракција. Објашњавањем разлога зашто се професионалац фокусира на породичне интеракције више него на саму елиминацију симптома, помаже породици да остане фокусирана на односе и да се превенира пад мотивације када се промјена не одвија онолико брзо колико они то очекују. Веома корисно је породици нацртати дијаграм симптоматског круга или његове кораке којима се приказује међусобни утицај на одржавање проблема.

Такође, током рада са породицом важно је да их учимо комуникацијским вјештинама као што су активно слушање, директна комуникација као и вјештине разрјешавања конфликта, учење адекватних родитељских вјештина, вјештине контроле љутње и слично. На примјер, учећи породицу да слушају једни друге охрабрујемо их да изразе своје емоције што води у њихово препознавање и валидацију од стране других чланова породице што јача блискост, а умањује дефанзивно или агресивно понашање. Родитељи који импулсивно реагују на провокације адолесцента уче да слушање не значи аутоматски прихватање и реакција „одмах и сада“ није садржај онога што говори адолесцент („Зашто ја не могу да останем напољу послје поноћи?“), него на емоције које су иза његове изјаве („Могу да разумијем да си разочаран зато што ми не желимо да останеш напољу тако касно“).

Током сеанси, терапеут учи породицу шта је директна комуникација. Током процеса када, на примјер, родитељи причају о сину који је заједно поред њих, професионалац охрабрује родитеље да причају сада и овде директно са сином о ономе што их брине и плаши. Такође, стручњак усмјерава породицу да препозна и обрати пажњу на емоције које нису директно изражене. На примјер, родитељима се помаже да се испод адолесцентског бијеса и пркоса препознају анксиозност и патња које су прикривене адолесцентовом љутњом. Адолесценту који има ризична понашања и одговара пркосом на родитељска правила може се помоћи да види страх и повријеђеност која лежи иза љутње родитеља. Овај приступ је веома користан за породице у којима имамо висок степен конфликта између чланова породице и гдје је љутња доминантна емоција која се испољава током породичне комуникације. Породици се помаже да види емоције које су „иза“ љутње, објашњавајући им да људи који су повезани једни с другима постају љути онда када се осјећају повријеђени, напуштени и издани, а љутња је знак да им је стало до друге особе. Када примијетимо да је особа преплављена љутњом, питамо је да ли осјећа још неку другу емоцију поред љутње. Ако особа одбија да идентификује неку другу емоцију, стручњак јој помаже: „Ја чујем љутњу у вашем гласу, али исто тако чујем и тугу. Шта мислите, да ли поред тога што сте љути, можда осјећате и тугу?“.

Промјена емоционалног тона у породичним интеракцијама је моћан начин промјене образаца породичних интеракција. Идентификовање потиснутих осјећања је начин препознавања скривених аспеката особности сваког члана породице, као и обраћање пажње на квалитете једних других, које до сада нису примјетивали.

Литература:

- Carr A. (2006): Family Therapy: Concept, Process and Practice, John Wiley&Sons. Ltd, Chichester
- Далос Р., Драјнер Р.(2014): Системско породична терапија, Психополис, Нови Сад
- Голден- Вуков М. (1988): Породица у кризи, Медицинска књига, Београд
- Joseph A. M. (2009): The adolescent in family therapy, The Guilford Press, London
- Милојковић М, Срна Ј. Мићовић К. (1997): Породична терапија, Центар за брак и породицу, Београд
- Rivett M., Street E. (2009): Family therapy. 100 key points and techniques, Routledge, London
- www.porodicno.ba/porodicni-sistem-uspostava-granica-pravila-i-discipline/

План и програм стручне едукације

“Третман поремећаја понашања и емоција код
дјеце и адолесцената”
у установама здравствене и социјалне заштите у
Републици Српској

Увод

У психопатологији дјеце и адолесцената (која обухвата просјечних 3% свеукупне преваленце свих психијатријских обољења) поремећаји понашања и емоција заузимају значајно мјесто са преко 20% заступљености. Из тих разлога је препознавање и рано интервенисање од посебног значаја, као дио превенције могућих коморбидитета (анксиозни или афективни поремећаји, прве епизоде психотичних поремећаја или злоупотреба алкохола и/или психоактивних супстанци) или социјалних компликација (слаб школски успјех, скитња, делинквентна понашања и слично). У Републици Српској је као дио свеукупних реформских процеса, у складу са стратешким документима из области менталног здравља, а али и прихваћених међународних докумената који обухватају заштиту права дјеце и младих, препозната неопходност повећаног усмјеравања ка ментално-здравственим проблемима и поремећајима у развојном периоду. Са друге стране, правни оквири везани за криминогено понашање дјеце и младих усмјерени су на интервенције које се ослањају на здравствене, социјалне и образовне институције и установе, темељене на међусобној сарадњи и испреплетене у међусобним интердисциплинарним поступањима.

Реформским процесима у здравственом систему Републике Српске установљено је, дуже од 20 година уназад, развијање и јачање сервиса у заједници кроз систем породичне медицине, базичне рехабилитације у заједници и центара за заштиту менталног здравља. Недовољност капацитета, специјализованих стручњака за рад са дјецом и младима са менталним проблемима и менталним поремећајима са једне стране, уз ослањање правосудних институција и других сектора на сервисе унутар домова здравља (центри за заштиту менталног здравља), захтијевају додатне и континуиране обуке и едукације, специјализованог типа, као дио превентивних, дијагностичких, терапијских и рехабилитационих процеса, који су и темељ рада ових служби унутар домова здравља, које карактеришу прије свега доступност, мултидисциплинарност, интерсекторска сарадња и континуитет унапређења квалитета стечених знања. Такође, досадашњи степен уведених нових услуга као наставка континуираних специјализованих обука (попут редовних екстерних и пир (енгл. peer) супервизија координисане бриге и окупационе терапије) или оне у току (специјализована обука дијела тимова из центара за заштиту менталног здравља из дјечје и адолесцентне психијатрије и рада са дјецом и младима), представљају основу за напреднију, додатну, специјализовану надоградњу кроз едукативне циклусе професионалаца из области заштите менталног здравља за рад са дјецом и младима са ризиком за развој или манифестним поремећајима понашања и емоција, али и оном групом дјеце и младих код којих су забиљежена делинквентна понашања, ради којих су у сукобу са законом и захтијевају провођење специфичних и законски дефинисаних васпитних или казних мјера.

Кроз стицање знања о медицинским и социо-психолошким аспектима ове групе поремећаја, неопходно је да професионалци у центрима за заштиту менталног здравља буду обучени и за практичне терапијске смјерница и технике у раду са малолетницима (прва линија препорука су когнитивно-бихејвиорална терапија-КБТ и рационално емоционално бихејвиорална терапија-РЕБТ, али и рад са њиховим породицама кроз препоручене технике системске породичне терапије).

- Радна група за израду докумената за унапређење професионалних капацитета у здравственим установама и установама социјалне заштите за провођење третмана дјеце у ризику од настанка поремећаја понашања и емоција у Републици Српској именована је од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, у саставу: прим. др Милан Латинковић, мр сци. Бранка Сладојевић, проф. др Сања Радетић Ловрић, Олга Лола Нинковић, дипл. психолог, др Ранка Калинић, прим. др Горан Рачетовић и Татјана Ђоровић, дипл. правник (Рјешење министра здравља и социјалне заштите Републике Српске број 11/04-052-88-1/19 од 20.02.2020. године).
- Задатак радне групе је да изради сет докумената који ће се користити у едукацији здравствених радника и сарадника, те запослених у установама социјалне заштите, са циљем унапређења садржаја и квалитета услуга у третману дјеце која су у ризику од настанка поремећаја понашања и емоција, здравствених, социјалних и психолошких стања неповољних за њихов цјелокупан раст и развој, а која су као таква препозната од стране васпитно-образовних установа, правосудних установа и/или установа и организација на нивоу локалне самоуправе.
- План и програм стручне едукације израдили су проф. др Сања Радетић Ловрић и прим. др Горан Рачетовић.

Врста програма

Стручна едукација: Едукативни програм усмјерен је на стицање специјализованих (посебних) теоријских знања и практичних вјештина за спровођење третмана поремећаја понашања и емоција дјеце и адолесцената и овладавања техникама пружања подршке дјец и породици које се налазе у ризику од настанка поремећаја понашања и емоција.

Реализација програма

- **Надзор** над организацијом и мониторингом програма врши Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске.
- **Подршка програму:** струковно удружење Друштвом психолога Републике Српске.
- **Реализатори** едукативног програма су стручњаци из области заштите менталног здравља (научно поље психијатрије и психологије), те стручњаци у области социјалне заштите.

Циљеви програма

Општи циљ специјалистичке едукације је унапређење професионалних капацитета у установама здравствене и социјалне заштите за провођење третмана поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената.

Посебни циљеви:

- унапређење професионалних компетенција здравствених радника, здравствених сарадника и стручних радника из области социјалне заштите кроз стицање посебних вјештина у провођењу третмана поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената,
- унапређење мултисекторске сарадње и подстицање мултидисциплинарног приступа у пружању подршке дјец и адолесцентима код којих су евидентирани промјене и/или поремећаји понашања и емоција, а који могу неповољно утицати на њихов здравствени, когнитивни, емоционални и социјални развој,
- подстицање раних интервенција промјена понашања дјеце и адолесцената у установама здравствене и социјалне заштите ради спречавања настанка поремећаја понашања и емоција и
- унапређење професионалних вјештина здравствених радника, здравствених сарадника и стручних радника из области социјалне заштите за пружање подршке породицама и оснаживање родитељских капацитета.

Етичка начела едукативног програма

Специјалистичка едукација је утемељена на сљедећим **општим** начелима:

- **Начело 1:** Заштита интереса дјетета прије свега.
- **Начело 2:** Интердисциплинарни и мултисекторски приступ-сарадња на свим нивоима.
- **Начело 3:** Професионалност, стручност и компетентност.

Ова начела подразумевају сљедеће:

- отвореност за нова знања и искуства,
- континуирано учење,
- унапређење професионалне праксе,
- тенденција ка унапређењу стручности и професионализма,
- поштовати, подржавати и промовисати дјечија права по УН Конвенцији кроз професионално обављање дјелатности,
- осигурати повољне услове за заштиту интереса дјеце и адолесцената у ризику од развоја поремећаја понашања и емоција,
- осигурати да подршка дјец и адолесцентима буде правовремена и сигурна, примјерена дјечијој доби у свим аспектима и да даје позитиван допринос квалитету живота дјеце и породице,
- професионалне активности и одлуке морају бити у складу са интересима дјетета,
- кроз професионалну дјелатност указивати на значај и улогу менталног здравља дјеце и адолесцената и
- нарочиту пажњу усмјерити на кршење дјечијих права у кризним ситуацијама и осигурати њихову заштиту.

Утемељеност програма

Едукативни програм поштује законске и подзаконске акте који се односе на заштиту права дјетета и његовим провођењем се унапређују професионални капацитети и подстиче интерсекторска сарадња за унапређење механизма имплементације законских аката и других релевантних докумената (стратегија), а нарочито:

- Конвенције Уједињених нација о правима дјетета,
- Закона о здравственој заштити,
- Закона о здравственом осигурању,
- Закона о заштити од насиља у породици Републике Српске,
- Закона о заштити и поступању са дјецом и малолетницима у кривичном поступку,
- Закона о прекршајима Републике Српске,
- Стратегије развоја менталног здравља у Републици Српској (2020-2030) и
- Стратегије надзора над опојним дрогама и сузбијања злоупотребе опојних дрога у Републици Српској за период од 2016. до 2021.

Услови за похађање програма

Селекција полазника едукације биће извршена од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, а на основу процјене потреба и ресурса система здравствене и социјалне заштите у Републици Српској. Приликом избора учесника водиће се рачуна и о мотивацији самих учесника за професионално бављење третманом поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената, као и пружањем подршке дјец и породицама.

Исходи едукативног програма

Основни исходи програма су:

- Учесници едукативног програма су упознати са одговорностима и обавезама стручних лица унутар важећих законских оквира у систему здравствене и социјалне заштите Републике Српске, а у погледу заштите менталног здравља дјецe и адолесцената.
- Учесници разумију законодавно-правни оквир заштите дјечијих права.
- Учесници умију да одреде најбољи интерес дјетета.
- Учесници разумију ходограм поступања у раду са дјецом и адолесцентима жртвама злостављања и занемаривања.
- Учесници разумију ходограм поступања у раду са дјецом и адолесцентима починиоцима прекршајних и кривичних дјела.
- Учесници су упознати са значајем интерсекторске сарадње и начинима њеног остваривања (школа, здравствене установе, установе социјалне заштите, полиција).
- Учесници примјењују медицинске и социјално-психолошке аспекте третмана поремећаја понашања и емоција дјецe и адолесцената.
- Учесници разумију и могу да примјене основне технике когнитивно-бихејвиоралне терапије (КБТ) и рационално емоционално бихејвиоралне терапије (РЕБТ) у третману дјецe и адолесцената.
- Учесници разумију и могу да примјене основне технике породичне и системске психотерапије у третману дјецe и адолесцената.
- Учесници су оспособљени за креирање плана третмана дјецe и адолесцената.
- Учесници су оспособљени за вођење мотивационог интервјуа и постизање сагласности за провођење третмана.
- Учесници на систематичан начин врше мониторинг и евалуацију третмана, те сачињавају извјештај на систематичан и функционалан начин.

План извођења едукације

Едукативни програм се састоји од 5 едукативних модула, који ће бити спроведени кроз два циклуса едукација у укупном трајању од 60 сати предавања и вјежби. Едуканти ће имати обезбијеђен мониторинг кроз који ће се вршити консултације ради унапређења примјене стечених знања у укупном трајању од 60 сати.

Модули у оквиру едукације су:

- **Модул 1:** Модел заштите права дјетета и улога установа здравствене и социјалне заштите у интерсекторској сарадњи
- **Модул 2:** Медицински аспекти поремећаја понашања и емоција дјецe и адолесцената
- **Модул 3:** Социјално-психолошки аспекти ризика од промјена понашања и емоција дјецe и адолесцената
- **Модул 4:** Когнитивно-бихејвиорални приступ у раду са дјецом и адолесцентима
- **Модул 5:** Технике рада са породицама - системски приступ

Програм едукације		
Третман поремећаја понашања и емоција код дјецe и адолесцената		
МОДУЛ ЕДУКАТИВНОГ ПРОГРАМА	П+В	П+М
Модул 1 Модел заштите права дјетета и улога установа здравствене и социјалне заштите у интерсекторској сарадњи	2 + 2	10 + 2
Модул 2 Медицински аспекти поремећаја понашања и емоција код дјецe и адолесцената	2 + 2	10 + 2
Модул 3 Социјално-психолошки аспекти ризика од промјена понашања и емоција дјецe и адолесцената	2 + 2	10 + 2
Модул 4 Когнитивно-бихејвиорални приступ у раду са дјецом и адолесцентима	10 + 14	10 + 2
Модул 5 Технике рада са породицама – системски приступ	10 + 14	10 + 2
УКУПНО САТИ:	60	60
П + В - предавања и практичне вјежбе П + М - примјена стечених знања уз мониторинг Едукативни програм подразумијева усвајање знања кроз предавања и практичне вјежбе, те примјену стечених знања уз мониторинг као подршку унапређењу професионалних капацитета. Предвиђен број предавања и вјежби, те практичне примјене и мониторинга је изражен у минималном броју сати.		

Едукативни програм реализоваће се у три фазе:

- **Прва фаза:** теоријска и практична обука кроз едукативне модуле
- **Друга фаза:** теоријска и практична обука кроз едукативне модуле
- **Трећа фаза:** практична примјена и пружање подршке кроз мониторинг

Сертификација

Учесници едукативног програма изабрани од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске добиће сертификате за потпуно учешће у свим модулима. Уз сертификате ће бити обезбијеђен и посебан додатак који ће садржавати основне информације о едукативним модулима, оствареним сатима теоријске, практичне обуке и мониторинга.

Садржај едукативних модула

ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ	Поремећаји понашања и емоција дјеце и адолесцената
НАЗИВ МОДУЛА	Модул 1: Модел заштите права дјетета, улога установа здравствене и социјалне заштите и интерсекторска сарадња
<p>Циљ модула је да едуканти дођу до спознаје о постојању и значају нормативног оквира пружања подршке дјечи у ризику као професионалне обавезе и одговорности, те да разумију улогу система здравствене и социјалне заштите у домену интерсекторске сарадње (школе, полиција, правосуђе).</p>	
<p>Исходи (стечена знања и вјештине) у оквиру едукативног модула:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Едуканти разумију и оспособљени су да у пракси примјењују нормативе заштите права дјетета. • Едуканти разумију улогу у оквирима интерсекторске сарадње. 	
<p>Садржај:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заштита најбољег интереса дјетета и професионалне дјелатности као важан аспект здравствене и социјалне заштите 2. Одређивање најбољег интереса дјетета (кроз примјер дјече жртава и починилаца ПД/КД) 3. Интерсекторска сарадња: Брига о дјечи– заједничка одговорност и обавеза 4. Заштита права дјече у медијима 	
<p>Методe усвајања знања: предавања, вјежбе, интерактивна настава, студије случаја, презентације, дискусионе групе, рад у малим групама, кориштење едукативног мултимедијалног материјала, консултације кроз мониторинг.</p>	

ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ	Поремећаји понашања и емоција дјеце и адолесцената
НАЗИВ МОДУЛА	Модул 2: Медицински аспекти поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената
<p>Циљ модула је да едуканти разумију генезу поремећаја понашања и емоција са почетком у дјетињству и адолесценцији и важне аспекте медицинског дијагностиковања.</p>	
<p>Исходи (стечена знања и вјештине) у оквиру едукативног модула:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Едуканти знају да дефинишу поремећаје понашања са почетком у дјетињству и адолесценцији • Едуканти разумију епидемиологију и класификацију поремећаја понашања 	
<p>Садржај:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дефиниција, епидемиологија и класификација поремећаја понашања 2. Поремећаји понашања ограничени на породичну средину 3. Несоцијализовани поремећаји понашања 4. Социјализовани поремећаји понашања 5. Поремећаји у виду противљења и пркоса 6. Мјешовити поремећаји понашања и емоција 7. Депресивни поремећаји понашања: генетски, неуроанатомски и биолошки чиниоци, карактеристике личности и средински чиниоци 8. Предиктори поремећаја понашања 9. Клиничка слика и смјернице приликом успостављања дијагнозе 10. Прогноза и лијечење 	
<p>Методe усвајања знања: предавања, вјежбе, интерактивна настава, студије случаја, презентације, дискусионе групе, рад у малим групама, кориштење едукативног мултимедијалног материјала, консултације кроз мониторинг.</p>	

ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ	Поремећаји понашања и емоција дјеце и адолесцената
НАЗИВ МОДУЛА	Модул 3: Социјално-психолошки аспекти развоја поремећаја понашања и емоција код дјеце и адолесцената
<p>Циљ модула је спознати улогу социјализацијских процеса у настанку промјена понашања и емоција код дјеце и адолесцената и утицај аверзивних догађаја на психички развој дјетета.</p>	
<p>Исходи (стечена знања и вјештине) у оквиру едукативног модула:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Едуканти разумију ефекте процеса социјализације и утицаје фактора социјализације на понашање и емоције дјеце и адолесцената. • Едуканти доводе у везу услове социјализације, ризичне факторе, животне стресоре, задовољења потреба дјеце са промјенама понашања. • Едуканти разумију везу између увјерења, емоција и понашања. • Едуканти схватају улогу васпитања у настанку поремећаја понашања. • Едуканти схватају предуслове и фазе у провођењу третмана поремећаја понашања код дјеце и адолесцената. • Едуканти препознају и умију евидентирати животне стресоре као релевантне аспекте генерисања промјена у понашању. 	
<p>Садржај:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Социјализација дјеце 2. Фактори ризика у процесу социјализације (породица, школа, вршњачка група, слободно вријеме) 3. Ефекти процеса социјализације на задовољење потреба дјеце 4. Васпитни ставови родитеља као ризици поремећаја понашања дјеце 5. Поремећаји понашања дјеце и адолесцената– социјалнопсихолошки аспекти 6. Друштвене реакције на поремећаје понашања 7. Важни аспекти третмана поремећаја понашања 	
<p>Методe усвајања знања: предавања, вјежбе, интерактивна настава, студије случаја, презентације, дискусионе групе, рад у малим групама, кориштење едукативног мултимедијалног материјала, консултације кроз мониторинг.</p>	

ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ	Поремећаји понашања и емоција дјече и адолесцената
НАЗИВ МОДУЛА	Модул 4: Когнитивно-бихејвиорални приступ у раду са дјецом и адолесцентима
Циљ модула је:	
<ul style="list-style-type: none"> Разумијевање когнитивно-бихејвиоралног приступа настанка и одржавања емоционалних проблема код дјече и адолесцената. Усвајање основних корака у раду са дјецом и адолесцентима. Усвајање основних техника когнитивно-бихејвиоралног приступа у раду са најчешћим емоционалним сметњама код дјече и адолесцената. 	
Исходи (стечена знања и вјештине) у оквиру едукативног модула:	
Едуканти ће након модула моћи:	
<ul style="list-style-type: none"> Препознати ниво мотивације дјетета и владати техникама за унапређење мотивације до неопходног нивоа за третман. Формулисати проблем у терминима когнитивно-бихејвиоралног приступа. Дефинисати циљеве третмана у складу са могућностима дјетета и у сагласности са дјететом. Радити на препознавању и диспутацији дисфункционалних когниција код дјече и адолесцената. Радити на учвршћивању настале промјене, функционалних когниција. Осмислити план како би се научени обрасци примјењивали и у свакодневним ситуацијама. Овладати техникама рада са анксиозношћу, депресивним расположењем, бијесом и ниском толеранцијом на фрустрацију. 	
Садржај:	
<ol style="list-style-type: none"> Когнитивно-бихејвиорални приступ: основни концепти и поставке Упознавање са клијентом и проблемом <ul style="list-style-type: none"> Успостављање односа са дјететом Мотивација дјетета за третман Улога родитеља у третману дјетета Формулација проблема и одређивање циља терапије <ul style="list-style-type: none"> АБЦ модел Разлика практичних и емоционалних проблема Едукација о емоцијама и формулисање терапијског циља Процјена и разумијевање негативних активирајућих догађаја и реакција које се поводом њих јављају <ul style="list-style-type: none"> Препознавање, дефинисање и разумијевање активирајућих догађаја Препознавање различитих нивоа реаговања Разликовање функционалних и дисфункционалних реакција Разликовање активирајућег догађаја и узрока реакције Секундарни емоционални проблеми: утврђивање, значај, превазилажење Учење везе између мисли, емоција и понашања Процјена и диспутација увјерења која се односе на проблем Учвршћивање и генерализација настале промјене Технике рада са анксиозношћу Технике рада са депресивним расположењем Технике рада са бијесом и агресивним понашањем Технике рада са ниском толеранцијом на фрустрацију 	
Методe усвајања знања: предавања, вјежбе, интерактивна настава, презентације, рад у малим групама, кориштење едукативног мултимедијалног материјала.	

ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ	Поремећаји понашања и емоција дјече и адолесцената
НАЗИВ МОДУЛА	Модул 5: Технике рада са породицама- системски приступ
Циљ модула је усвајање техника рада са породицама дјече и адолесцената према системском моделу и интеграција овог приступа у свакодневни рад професионалаца у центрима за ментално здравље	
Исходи (стечена знања и вјештине) у оквиру едукативног модула:	
<ul style="list-style-type: none"> Разумијевање структуре и динамике породице као и комуникацијске функције симптома. Разумијевање и примјена основних практичних вјештина за успостављање терапијског савеза и придруживање породици. Вјештине израде генограма на начин који води ка бољем разумијевању комплексности породичних односа. Могућност формулисања радне хипотезе и разумијевање интервенцијског плана. Вјештине идентификације породичних снага и рад са породичним и индивидуалним снагама. Кориштење техника системске породичне терапије за ефикасни рад са више од једне особе породичног система. 	
Садржај:	
<ol style="list-style-type: none"> Основне карактеристике породичног система према системској теорији Животни циклуси породице Разумијевање симптома унутар породице према системској парадигми Стварање терапијског савеза, хипотезирање и развој интервенцијског плана Техника израде генограма у циљу идентификације породичних односа, хијерархије и породичних стресора Системске терапијске интервенције у раду са породицама (преуоквиравање, чаробно питање, екстернализација, одигравање, прописивање задатака) Психоедукација и развој вјештина 	
Методe усвајања знања: презентације, вјежбе, рад у паровима, рад у мањим групама, играње улога, студије случаја, дискусија.	

БИОГРАФИЈЕ АУТОРА

Ранка Калинић (Бања Лука, 1965) је доктор медицине и специјалиста дјечије и адолесцентне психијатрије. Едукована је из области психодинамске психотерапије дјеце и младих. Ради у Центру за заштиту менталног здравља (ЦЗМЗ) Бања Лука (од 2004. г.), при којем је формирала први потпуни стручни тим за дјецу и младе кога чине: дјечији психијатар, психолог, социјални радник, дефектолог, логопед и едукован медицински техничар, а чија је улога пружање услуга превенције, дијагностике, третмана и лијечења поремећаја у менталном здрављу дјеце и младих на подручју града Бања Луке и шире. Изузетан професионални напор је уложила у изградњи интерсекторске сарадње свих субјеката који су укључени у рад са дјецом и младима (здравственог, образовног и сектора социјане заштите). У вријеме вршења дужности начелнице ЦЗМЗ, те кроз учешће у различитим пројектима интензивно је радила на унапређењу квалитета пружања услуга и изградњи номенклатуре услуга у области менталног здравља, те промоцији менталног здравља у општој популацији, што је резултирало и акредитацијом тимова ЦЗМЗ-а. Вршећи промоцију значаја менталног здравља одржала је преко 250 едукација и радионица за ученике, родитеље и наставнике. Значајан професионални допринос је пружила имплементацији протокол о поступању у случају вршњачког насиља у свим основним и средњим школама града Бања Лука. Едукатор је упосленицима свих Центара за заштиту менталног здравља БиХ из области дјечије и адолесцентне психијатрије. Коаутор је неколико приручника намјењених родитељима и дјечији из области заштите менталног здравља у посебно вулнерабилним фазама дјечијег развоја.

Контакт: rankakalinic@yahoo.com

Сања Радетић Ловрић (Бања Лука, 1977) социјални психолог, професор на Студијском програму психологије, Филозофског факултета, Универзитета у Бањалуци и одговорни наставник за предмете Социјална патологија, Психологија криминала, Форензичка психологија и Социјално-психолошка проучавања зависности. Њен научни и стручни рад је, у највећој мјери, посвећен проучавању социјалнопатолошких, преступничких и криминалних понашања, изучавању везе између процеса социјализације и понашања дјеце у ризику, контакту и сукобу са законом, те примјени социјалне психологије у области малољетничког правосуђа. Креатор је и награђивани аутор програма за унапријеђење квалитета живота младих, те покретач значајних едукативних програма за професионално усавршавање психолога и других друштвено-хуманистичких професија. Предсједница је Управног одбора Друштва психолога Републике Српске од 2011 године. Аутор и коаутор већег броја научних чланака, монографија и стручних публикација. Стални је судски вјештак психолошке области.

Контакт: sanja.radetic-lovric@ff.unibl.org

Бранислава Поповић (Смедеревска Паланка, 1981) је психолог у приватној пракси, оснивач психолошког саветовалишта Ипостасис. Њена стручна интересовања усмерена су на примену психолошких третмана у раду са децом, адолесцентима и одраслима, те је на овој основи изградила успешну вишегодишњу психолошку праксу, у којој примењује технике когнитивно - бихејвиоралних терапија, психодраме, као и шема терапије, а у циљу постизања ефикасних и трајних промена код деце и одраслих. Водитељ је секције за психолошке третмане Друштва психолога Републике Српске.

Контакт: ipostasisug@gmail.com

Татјана Прерадовић Сјеница (Прњавор, 1980) је дипломирани психолог и системски породични психотерапеут. Носилац је Еуропског сертификата за психотерапију (ЕСР), системски супервизор у едукацији као и терапеут системских констелација. Оснивач је Центра за системску праксу и терапију "Генограм" из Бања Луке у којем ради као психотерапеут са појединцима, паровима и породицама. Посједује дугогодишње искуство у индивидуалном и групном раду са различитим популацијама као што су: зависници од психоактивних супстанци и њихове породице, адолесценти са проблемима у понашању, осуђена лица, особе које живе са хроничним обољењима, жене у постпарталном периоду, труднице, итд. Аутор је различитих превентивних и психосоцијалних програма за дјецу, младе и породице као и програма ресоцијализације за зависнике од психоактивних супстанци након завршеног процеса рехабилитације. Посједује дугогодишње консултанско искуство у развоју и имплементацији специфичних пројеката, истраживачких и едукацијских програма, као и у развоју јавних политика и управљању организацијама и тимовима.

Контакт: genogrambl@gmail.com

