

Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi

Jokić-Begić, Nataša

Source / Izvornik: **Dječja i adolescentna psihijatrija, 2021, 1009 - 1021**

Book chapter / Poglavlje u knjizi

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:686147>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi

Nataša Jokić-Begić

SADRŽAJ

| | |
|---|------|
| 75.1. Uvod | 1010 |
| 75.2. Kognitivna terapija | 1010 |
| 75.2.1. Uvodni aspekti | 1010 |
| 75.2.2. Kognitivna terapija | 1012 |
| 75.2.3. Podjela kognitivnih terapija | 1012 |
| 75.2.4. Kognitivne tehnike | 1012 |
| 75.2.5. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji | 1012 |
| 75.3. Bihevioralna terapija | 1012 |
| 75.3.1. Uvodni aspekti | 1012 |
| 75.3.2. Bihevioralna terapija | 1014 |
| 75.3.3. Bihevioralne tehnike | 1014 |
| 75.3.4. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji | 1015 |
| 75.4. Kognitivno-bihevioralna terapija | 1015 |
| 75.4.1. Uvodni aspekti | 1015 |
| 75.4.2. Specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi | 1016 |
| 75.4.3. Metode KBT-a u djece | 1017 |
| 75.4.4. Specifično kognitivno-bihevioralno liječenje | 1017 |
| 75.5. Klinička vinjeta | 1018 |
| 75.6. Upute za roditelje/nastavnike | 1019 |
| 75.7. Često postavljena pitanja | 1020 |
| 75.8. Pitanja | 1020 |
| 75.9. Literatura | 1020 |

75.1. Uvod

Preporuča se pročitati poglavlje o razvoju- teorijski modeli 2, gdje su navedene razvojne osnove kognitivne psihologije i biheviorizma. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) psihoterapijska je metoda koja se primjenjuje u svakoj dobi prema istim načelima. Primjena takve terapije u različitim životnim dobima ima svoje posebnosti, a to se osobito odnosi na dječju i adolescentnu dob. Načela su primjene ista, ali metode, izbor tehnika, njihove specifičnosti, duljina primjene, često uključivanje koterapeuta, u pravilu roditelja i odraslih osoba koje su u čestom kontaktu s djetetom, određuju drukčiji pristup kognitivno-bihevioralnog terapeuta u dječjoj i adolescentnoj s obzirom na odraslu dob.

Indikacijsko područje KBT-a primarno je, bez obzira na dob, usmjereno na anksiozne i depresivne poremećaje. A ti se poremećaji međusobno razlikuju upravo s obzirom na dob. Nije ista anksioznost u odraslih i djece ili depresija u adolescenata i odraslih. Postoje i neki poremećaji koji se specifično pojavljuju u djece (npr. separacijska anksioznost, testna anksioznost, školska socijalna fobija i sl.) (Anić 2012).

Zbog svega toga se KBT odraslih ne može jednostavno „preslikati“ na dječju ili adolescentnu dob, kao što ni primjena pojedinih tehnika iz kruga KBT-a nije ista u djece i adolescenata.

Kognitivno-bihevioralna terapija (nešto rjeđe upotrebljava se pojam bihevioralno-kognitivna terapija) nadređeni je naziv za sve oblike zajedničke (kombinirane, ali ne nužno istodobne) primjene psihoterapijskih metoda i tehnika iz kognitivne i bihevioralne terapije. Riječ je o kombinaciji kognitivnog i bihevioralnog modela, odnosno paradigme (Jokić-Begić 2014).

Ta se kombinacija pokazala dobrom i učinkovitom zbog nekoliko razloga. Prvo, kognitivna terapija primarno djeluje na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje, dok bihevioralna terapija prvo djeluje na ponašajnu sferu, a zatim i na kogniciju. Tako je zapravo i nastala ideja o zajedničkoj primjeni koja će se koristiti sinergijom ovih metoda. Drugo, svaka od metoda je egzaktna, koristi se opažanjem, bilježenjem, psihoedukacijom i logičnim zaključivanjem, često primjenjuje relaksaciju te, najvažnije, znanstveno provjerava svoje postavke (stalna evaluacija učinkovitosti svakog postupka). Stoga nema logičnije kombinacije od ovih dvaju modela. Treće, s obzirom na pretpostavku kognitivnog i bihevioralnog pristupa da su simptomi sami po sebi problemi, a ne pokazatelji dubljih stanja na koje

bi se tretman trebao usmjeriti, KBT je usmjerena na ublažavanje simptoma i teškoća koje oni uzrokuju u svakodnevnom funkcioniranju pojedinca. Zato je ona simptomatska jer djeluje na aktualnu smetnju, na vodeći simptom, na ono što klijenta najviše muči, a nisu joj cilj dublje promjene, ličnost i karakter. To je ujedno i najveći prigovor ovim terapijama, da su „tehničke“, usmjerene na simptom, a ne na njegovu „dubinu“. No, ovaj je nedostatak ujedno i prednost jer je najčešća želja većine klijenata „riješiti simptom“. I na kraju i najvažnije, spomenuta se kombinacija pokazala opravdanom i korisnom. Naime, dokazi o učinkovitosti psihoterapije najčešće dolaze iz područja KBT-a. Klinički rezultati, zadovoljstvo klijenta i poboljšanja koja nastaju primjenom KBT-a najbrži su, najdulji i, što nije zanemarivo, jeftiniji od drugih metoda (Jokić-Begić 2014).

75.2. Kognitivna terapija

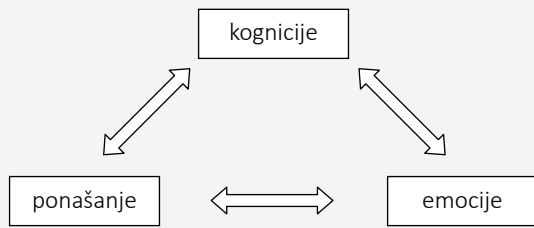
75.2.1. Uvodni aspekti

Prema kognitivnom modelu, svaki pojedinac prima i prorađuje podatke iz okoline na svoj, jedinstven i specifičan način. U skladu s percipiranim podacima, tumačenjem njihove važnosti, razumijevanjem uzročno-posljedičnih veza i značenja koje događaj ima za njega osobno, pojedinac prilagođuje svoje ponašanje. To znači da sam događaj nema za pojedinca „objektivno“ značenje, nego se on percipira, tumači, pamti i vrednuje s obzirom na sebe (u skladu s vlastitom kognitivnom aktivnošću). Tijekom života osoba razvija svoj specifičan način gledanja sebe i svijeta oko sebe. Taj karakteristični način poimanja stvarnosti i uključivanja svojih iskustava, odnosno kognitivni filter kroz koji prolaze sva životna iskustva, označuje se kao **kognitivna shema**. Jedan te isti događaj jedna osoba može percipirati kao pozitivan, a druga kao negativan i ugrožavajući. Nove se informacije mogu uklopiti u kognitivnu shemu ili, ako se ne uklape, osoba preuređuje shemu tako da ona odgovara informacijama. Na tu shemu utječu i promijenjeni kognitivni procesi (negativne automatske misli, temeljna vjerovanja, kognitivna iskrivljenja) (Živčić-Bećirević 1990).

U svakom smo trenutku, međutim, obasuti mnogo većim brojem informacija od onoga na koji smo kadri odgovoriti. Kako se pročišćava taj golemi broj ulaznih podražaja? Prema kognitivnim psiholozima, da bi se nešto uopće percipiralo, mora biti za osobu važno, a ta

Slika 75.1.

Odnos kognicija, ponašanja i emocija prema kognitivnoj paradigmi



se procjena temelji na prošlim iskustvima, odnosno na pamćenju. Slijed percepcija-kognicija-emocija započinje obraćanjem pažnje na neki podražaj ili situaciju, potom slijedi procjena, a nakon nje emocionalna i ponašajna reakcija.

U osoba bez psihičkih smetnji slijed percepcija-kognicija-emocija u najvećoj je mjeri određen zahtjevima i obilježjima vanjske stvarnosti, odnosno stvarne podražajne situacije. Postoji visok sklad između stvarnosti i unutrašnjih kategorija.

Kod osoba sa psihopatološkim stanjima shvaćanje podražajne situacije bit će u većoj mjeri određeno unutarnjim shemama nego obilježjima vanjskih podražaja. Misaoni sadržaj predočuje distorziju (iskrivljenje) stvarne situacije (Jokić-Begić 2014).

Kognitivna se aktivnost može opažati i mijenjati, a sama je kognicija u odnosu s emocijama i ponašanjem. Taj odnos kognicija, emocija i ponašanja prikazan je na slici 75.1.

Svako emocionalno stanje, bez obzira na etiologiju, povezano je s karakterističnim obrascem mišljenja. To je prikazano u tablici 75.1. u kojoj su navedeni neki primjeri (Jokić-Begić 2012(b)).

Prema kognitivnim teoretičarima, najvažniju ulogu u nastanku psihičkih smetnji imaju **temeljna vjerovanja, negativne automatske misli i kognitivna iskrivljenja**. **Temeljna vjerovanja** jesu vjerovanja o sebi, drugima i svijetu oko nas. Ona nastaju vrlo rano u djetinjstvu (i prije puberteta). Vjerovanja, npr. o svijetu kao opasnom mjestu te o sebi kao krhkoj i nedovoljno sposobnoj osobi, određuju kognitivnu shemu i mogu oblikovati različite psihičke smetnje i poremećaje. Tvorac hipoteze o temeljnim vjerovanjima jest A. Ellis, koji je stvorio ABC shemu, odgovornu za nastanak psihičkih poremećaja. U njoj je A aktivirajući događaj, B su vjerovanje, percepcija i interpretacija toga događaja, a C je reakcija, posljedica. Događaj će izazvati reakciju tek kada

Tablica 75.1.

Emocionalna stanja povezana s odgovarajućim mislima

| Emocionalno stanje | Misli |
|--------------------|-------------------------------------|
| anksioznost | o opasnosti i osobnoj ranjivosti |
| tuga | o gubitku, bespomoćnosti, pesimizmu |
| ljutnja | o nasilju i nepravdi |
| sreća | o dobitku |

je na određeni način percipiran. Ako osoba stekne kontrolu nad svojim vjerovanjem (B), može utjecati na posljedice (C) i promijeniti ih. Automatske misli jesu brze, kratke, evaluacijske misli kojih obično nismo svjesni. One su pratitelj svih naših doživljavanja, emocija i ponašanja. Problem su negativne automatske misli, koje dovode do razvoja psihičkih smetnji. **Kognitivna iskrivljenja** (kognitivne distorzije, kognitivne pristranosti) jesu iskrivljena mišljenja koja utječu na svaki naš doživljaj, osjećaj, odnos s drugima. To su razmišljanje tipa „sve ili ništa”, pretjerana generalizacija, preuveličavanje, umanjivanje, proizvoljno zaključivanje, selektivna apstrakcija. Iako se kognitivna iskrivljenja povremeno mogu naći u mišljenjima svih ljudi, osobe koje ih češće rabe imat će manju mogućnost prilagodbe te će u zahtjevnim i stresnim situacijama biti sklonije razvoju različitih psihičkih smetnji. Na taj je način moguće objasniti činjenicu da se anksiozni poremećaji često pojavljuju nakon nekog značajnog i/ili stresnog događaja, a depresivni poremećaj nakon gubitka (materijalnog, realnog, simboličkog ili gubitka bliske osobe). Primjerice, adolescent koji je sklon pretjanim generalizacijama, nakon nekog objektivno neugodnog događaja (npr. pad na ispitu) razmišljat će na način koji će ga još više uznemirivati („Nikada neću završiti tu srednju školu“). To ga čini stalno napetim, a može ga i potaknuti da dodatno opaža potencijalno prijeteće situacije i uskoro se može naći u začaranom krugu anksioznosti (Živčić-Bećirević 2012).

Željene promjene u ponašanju mogu se postići kroz kognitivne promjene, kao što je korekcija neadekvatnih misli i učenje novih stavova i vjerovanja. Tvorac kognitivne terapije jest A. T. Beck, koji je istraživao kako ljudi iskrivljuju iskustvo i ono što opažaju. Najviše je radio s depresivnim pacijentima te je stvorio koncept negativne kognitivne trijade. Depresivni bolesnici misle negativno o sebi, okolini i budućnosti.

75.2.2. Kognitivna terapija

Kognitivna terapija (KT) zasniva se na medijacijskoj hipotezi, prema kojoj emocionalno reagiranje i ponašanje osobe ovisi o njezinu kognitivnom procesiranju događaja, ali i sebe u specifičnoj situaciji. Pretpostavlja se da se promjenom nefunkcionalnog načina mišljenja mogu postići željene promjene u ponašanju i emocionalnom doživljavanju.

Kognitivna se terapija započinje otkrivanjem i mijenjanjem negativnih automatskih misli. Zatim se otkrivaju pogrešna temeljna vjerovanja, pretpostavke, iskrivljena mišljenja. Rad na ovim vjerovanjima i nedjelotvornim pretpostavkama sporiji je i teži. Kada se vjerovanja i iskrivljena mišljenja promijene, nastupa dulje poboljšanje u kliničkoj slici nekog poremećaja jer te promjene sprječavaju povratak simptoma. Kognitivna se terapija pokazala iznimno učinkovitom u depresivnih bolesnika.

Sve kognitivne terapije imaju nekoliko zajedničkih obilježja: kratkog su trajanja (15 – 20 seansi) i usmjerene su na rješavanje sadašnjih problema. Strukturirane su i direktivne, s jasno definiranim ciljevima. Ističe se suradnički odnos terapeuta i klijenta. Psihoedukacija je neizostavan i sastavni dio terapije, ona proizlazi iz samih postavki kognitivne terapije, u kojima je iznimno važan partnerski odnos između klijenta i terapeuta. Da bi se ovaj odnos ostvario, problemu klijenta pristupa se tako da se zajedničkim snagama radi na problemu, a, da bi se to postiglo, klijent mora znati o kojem je problemu riječ i kako se taj problem rješava. **Psihoedukacija** je obvezni dio kognitivne terapije, ona je sadržajem i jezikom prilagođena djeci i njihovim roditeljima. Klijenta se educira o njegovim smetnjama, ali i o samim terapijskim tehnikama. Potiče ga se na aktivno sudjelovanje u svim fazama terapije. Koristeći se induktivnom metodu, klijenta se navodi na samostalno prepoznavanje i ovladavanje negativnim mislima. Potiče ga se na samoaktivnost, u čemu posebnu ulogu imaju domaće zadaće. Pretpostavka je da se glavni dio terapije odigrava između seansi, kada klijent samostalno uvježbava vještine koje je naučio. Osobito je važno usvajanje **vještine rješavanja problema**, a prije završavanja tretmana radi se na prevenciji povrata simptoma kako bi postignuti učinak bio dugotrajniji (Anić 2012).

75.2.3. Podjela kognitivnih terapija

Kognitivne se terapije u osnovi dijele na:

- **terapije zasnovane na kognitivnoj restrukturaciji** primjenjuju se u situacijama kada se problem nalazi u pogrešnim percepcijama i vjerovanjima; zasnivaju se na pretpostavci da je emocionalna nelagoda posljedica neprilagođenih misli;
- **terapije suočavanja** koje su primjerene u radu s osobama koje se suočavaju s realnim životnim problemima i stresnim situacijama (gubitak, suočavanja sa zdravstvenim teškoćama i sl.);
- **terapije rješavanja problema** (tzv. *problem-solving* terapije) u kojima pojedinac uči strategije svladavanja pojedinih koraka u rješavanju specifičnih životnih problema.

75.2.4. Kognitivne tehnike

Najznačajnije tehnike kognitivne terapije jesu (Živičić-Bećirević, 2012): tehnike za mijenjanje i kontrolu ponašanja; identifikacija i izazivanje automatskih misli; preusmjerivanje (refokusiranje) pažnje; zaustavljanje misli (stop tehnika); otkrivanje i uklanjanje kognitivnih distorzija; preoblikovanje ili mijenjanje značenja (reatribucija); kognitivna proba; mijenjanje temeljnih vjerovanja i pretpostavki.

75.2.5. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Široko je područje primjene kognitivne terapije u psihijatriji bilo koje dobi. U dječjoj i adolescentnoj psihijatriji KT se pokazala uspješnom u nizu indikacija (Anić 2012). Najvažnije su: specifični razvojni poremećaji; hiperkinetski poremećaji; poremećaji ponašanja; depresivni poremećaji; separacijski anksiozni poremećaj; fobični poremećaji; socijalna anksioznost i školska socijalna fobija; napadaji panike; generalizirana anksioznost; elektivni mutizam; disocijativni i somatoformni poremećaji; hipohondrija; opsesivno-kompulzivni poremećaj; sa stresom povezani poremećaji (akutna stresna reakcija, posttraumatski stresni poremećaj); psihosomatske bolesti; poremećaji hranjenja.

75.3. Bihevioralna terapija

75.3.1. Uvodni aspekti

Pojedini su autori, umjesto o bihevioralnoj terapiji, govorili o modifikaciji ponašanja (Anić 1992), među-

tim, u ovom će se tekstu rabiti termin bihevioralna terapija. Osnovna pretpostavka bihevioralne paradigme jest da sva su ponašanja (prilagođena i neprilagođena) **naučena**. Nadalje, taj proces učenja nije završen jer uči se stalno. Potkrepljenje koje pojedinac dobiva od svoje okoline već od najranijeg djetinjstva odredit će način na koji će se ponašati i funkcionirati u socijalnoj okolini.

Iako je tradicionalno biheviorističko tumačenje u biti determinističko (ponašanje pojedinca potpuno je određeno podražajima i reakcijama okoline), bihevioralna terapija (BT) nudi **zarazni optimizam** (Jokić-Begić 2014). On se temelji na sljedećim načelima.

1. Odstupajuće ponašanje proizašlo je iz procesa učenja, dakle odgovorna je socijalna okolina, a ne pojedinac. Mijenjanjem socijalne okoline mijenjat će se i pojedinac.
2. Svi ljudi imaju neograničen kapacitet učenja tijekom čitavoga životnog vijeka.
3. Svako ponašanje koje je naučeno može se zamijeniti drugim koje će za osobu biti funkcionalnije.

Bihevioralna paradigma pretpostavlja kako se sva nepoželjna ponašanja (simptomi) mogu svrstati u dvije velike skupine: pretjerana i odstupajuća te nepostojeća i nedovoljno izgrađena (koje tek treba izgraditi) (Anić 1992).

Osobe sa psihičkim smetnjama (i djeca i odrasli) najčešće imaju neka ponašanja pretjerano naučena, ali istodobno imaju nedovoljno izgrađena socijalno poželjna ponašanja. Prema biheviorističkom shvaćanju, anksioznost i depresivnost, ali i druge smetnje, naučene su, a učenje se provodi na tri osnovna načina: **klasičnim uvjetovanjem, operantnim uvjetovanjem i modeliranjem**.

Klasično je uvjetovanje mehanizam učenja pri kojemu se podražaj koji prirodno izaziva neku reakciju uparuje s podražajem koji tu reakciju ne izaziva. Nakon klasičnog uvjetovanja podražaj koji prije nije izazivao neku reakciju počinje je izazivati, jednako kao i podražaj koji tu reakciju prirodno izaziva. Primjerice, pri liječenju noćne enureze mogu se upotrebljavati „**uređaji (aparati) sa alarmom**“, koji se temelje na načelima učenja, a sastoje se od „gaća ili jastuka/madraca koji imaju zvonice/alarm“ i koje na male količine urina počinje zvoniti i bude dijete. Na ovaj način dijete „nauči“ ovladati svojim urinarnim sfinkterom putem klasičnog uvjetovanja.

Operantno (instrumentalno) uvjetovanje mehanizam je učenja pri kojemu se stvara veza između ponašanja i posljedica tog ponašanja. Posljedice su ponašanja: potkrepljenje, kažnjavanje i izostanak reakcije.

Potkrepljenje može biti pozitivno (kada ponašanje prati ugoda) ili negativno (kada ponašanje prati prestanak neugode).

Ponašanja koja su neposredno praćena ugodom i/ili prestankom neugode (potkrepljenjem) pokazuju tendenciju ponavljanja. Ponašanja koja su neposredno praćena neugodom izbjegavaju se, a ponašanja na koja okolina ne reagira gase se. Primjer ovoga moglo bi biti suočavanje sa separacijskom anksioznošću. Na početku majka sjedi u razredu s djetetom, postupno se udaljuje u hodnik, pa ispred zgrade škole. Svaki put kada dijete ostane na svom mjestu dobiva nagradu.

Modeliranje je mehanizam učenja pri kojemu se izravnim promatranjem drugih uči neko ponašanje i/ili emocionalna reakcija. U [tablici 75.2.](#) navedeni su primjeri anksioznih reakcija (strah od psa) za koje se pretpostavlja da su usvojeni nekim oblikom učenja.

Tablica 75.2.

Vrste učenja i način nastanka anksioznosti

| Vrsta učenja | Uloga u nastanku neprilagođenog ponašanja |
|-----------------------|---|
| klasično uvjetovanje | Pas skoči na dječaka u ulici koja vodi do škole. Zbog uparivanja podražaja dječak pokazuje strah od pasa, ali i pri odlasku u školu. |
| operantno uvjetovanje | Izbjegavanje otvorenih prostora, zbog straha da će se naići na psa, održava strah od psa jer dovodi do smanjenja napetosti (potkrepljenje). |
| modeliranje | Dijete koje uočava kako se majka boji psa i samo razvija strah kada ga ugleda. |

Bihevioralna objašnjenja psihičkih poremećaja vrlo su jednostavna, no provjerena u brojnim istraživanjima. Na osnovi njih su izrasle vrlo učinkovite terapijske tehnike.

Objektivno vrednovanje učinaka jedno je od glavnih obilježja bihevioralnih terapija. Izrasle na znanosti, one zahtijevaju empirijsku provjeru i bez ustezanja odbacuju svaku tehniku koja nije dokazala svoju učinkovitost. Da bi se neki postupak smatrao učinkovitim, potrebno je da isti terapeut provede višekratna ponavljanja na klijentima s istovrsnim odstupanjima, a zatim

se traže ponavljanja istog postupka od drugih terapeuta u drugim uvjetima i u klijenata s drugim vrstama poremećaja. Većina tehnika u bihevioralnoj terapiji prošla je ovakve postupke, mnogo njih je odbačeno, a ostale su one čija je djelotvornost dokazana (Jokić-Begić 2012(a)).

75.3.2. Bihevioralna terapija

Bihevioralna terapija, kao i kognitivna, simptomatska je i usmjerena je na povlačenje simptoma i poboljšanje kvalitete života pojedinca, a ne na restrukturiranje ličnosti. Bihevioralni terapeut ne upotrebljava tradicionalnu dijagnostičku terminologiju i postupke, nego se koristi **funkcionalnom analizom ponašanja**. To je identifikacija svih uvjeta koji prethode nekom ponašanju, pogoduju mu i održavaju ga. Na primjer, bihevioralni se terapeut neće zadržati na bilježenju činjenice da adolescent pati od agorafobije, nego će provjeriti različite uvjete koji pogoduju pojavi i održavanju straha: kolika je napetost kada adolescent mora izići iz kuće, a koliko se smanji kada odluči ne izići, je li strah manji kada je u društvu s nekom drugom osobom (s kojom), je li strah jednako intenzivan u svako doba dana, što bi bilo drukčije kada bi se riješio agorafobije i slično. Nakon funkcionalne analize ponašanja postavlja se hipoteza o postupku koji bi mogao biti koristan u otklanjanju problema. Vrlo se jasno, u dogovoru s adolescentom, definira cilj koji mora biti ograničen, realan i izražen u mjerljivim terminima. Adolescentu se objasni postupak tretmana, te razlozi zašto se tretman provodi upravo na taj način, što se time planira postići i u kojem vremenu, zajedno s njim se dogovore uvjeti provođenja te domaće zadaće u kojima će on primjenjivati dogovoreno. Taj se postupak provodi kroz predviđeno vrijeme na dogovoreni način, a potom se testira hipoteza, tj. provjerava se je li postupak imao za posljedicu promjenu ponašanja.

Tijekom terapije kontinuirano se provodi **vrjednovanje provedenog postupka**, koje podrazumijeva višekratna mjerenja ponašanja koje je predmet promjene. Mjerenja se provode prije, za vrijeme i nakon tretmana, a podatci se prikupljaju iz više izvora (procjene i iskaza klijenata, procjene i zapažanja bliskih osoba, izravno opažanje i mjerenje ponašanja i sl.). Svrha je vrjednovanja procjena učinkovitosti provedenih postupaka.

Objektivno vrjednovanje djelotvornosti bihevioralnih tehnika govori o još jednom obilježju ove terapije: bitan je postupak, a ne ličnost terapeuta ili odnos kli-

jent – terapeut. Logičan i konzistentan raspored potkrepljivanja učinjen na osnovi funkcionalne analize ponašanja temelj je takve terapije. Međutim, važno je dodati, bilo bi pogrešno smatrati da bi neki bihevioralni postupak morao biti primjena neke metode lišena svakog emocionalnog. Naime, u djece i adolescenata nije moguće provesti bihevioralnu terapiju (i KBT) bez uspostavljanja emocionalnog odnosa koji će podrazumijevati međusobno prihvaćanje, povjerenje i razumijevanje, odnosno moglo bi se reći da terapeut može imati ulogu pozitivnog potkrepljivača (Anić 1992). Valja napomenuti da u bihevioralnoj terapiji pozitivan odnos izvire upravo iz optimizma kojim zrači ta terapija – sve se može naučiti, svaki se problem može bar ublažiti, ako ne i riješiti, povećava se kvaliteta života. Svi sudionici u terapijskom procesu imaju pred sobom pozitivne ciljeve, primjenjuje se mnoštvo potkrepljenja što kao posljedicu ima i pregršt pozitivnih emocionalnih stanja. Stoga je topao odnos između terapeuta i klijenta logična posljedica ovakve terapije, ali nije njezin preduvjet.

S tim u vezi logično je i korištenje uslugama **medijatora**. Medijatori ili koterapeuti osobe su koje neposredno primjenjuju ili sudjeluju u dogovorenom postupku (roditelji, učitelji, nastavnici, brat, sestra). I na kraju sam klijent, koristeći se samopotkrepljenjem, može poboljšavati, mijenjati i izgrađivati neko ponašanje.

75.3.3. Bihevioralne tehnike

Bihevioralnih tehnika ima mnogo, pokatkad se primjenjuje jedna, a kadšto se one kombiniraju. Najčešće se primjenjuju:

- **sustavna desenzibilizacija (desenzitivizacija)** koja se kombinira s relaksacijom – primjenjuje se kod anksioznih poremećaja. S djetetom se napravi hijerarhija zastrašujućih situacija te se postupno izlaže situacijama idući od najblaže prema intenzivnijoj. Može se, ali ne mora, kombinirati sa stanjem relaksiranosti (progresivna se mišićna relaksacija, u tom slučaju, nauči prije izlaganja). Istraživanja su sustavno pokazala da ono što pomaže u otklanjanju anksioznosti jest izlaganje (Jokić-Begić 2014). Izlaganje treba biti postupno, ponavljano i produženo (Živčić-Bećirević 2012).
- **skretanje pažnje** – naziv je za niz tehnika koje se mogu rabiti kao strategije za neposredno, barem privremeno, ovladavanje simptomima,

čime se povećava osjećaj samokontrole i samo-
učinkovitosti.

- **pozitivno potkrepljenje** – uvođenje ugodnih podražaja nakon svladavanja nekog zadatka. Osim vanjskih potkrepljivača (koji mogu biti i žetoni), odnosno nešto što će dijete skupljati, dijete se tijekom terapije uči davati samo sebi pohvale i/ili nagrade kako bi naučilo samoregulaciju vlastita ponašanja.
- **modeliranje** – ovo je vrlo učinkovita tehnika u kojoj se dijete uči željenom ponašanju imitiranjem modela. Model može biti drugo dijete, odrasla osoba, ali i lik iz mašte.
- **averzivna terapija** – služi se za ponašanja koja se žele zaustaviti. Da bi averzivno učenje bilo učinkovito, averzivni podražaj mora neposredno pratiti ponašanje te biti konzistentno primjenjivan. Primjerice, tijekom ispada bijesa u kojemu je dijete izrazito uznemireno i nekontrolirano, roditelj onemogućuje djetetu kretanje i mahanje ručicama stiskom u naručju. To je averzivni podražaj i dijete na taj način uči da će nekontrolirano ponašanje biti praćeno nelagodom.
- **(neuro)biofeedback metoda** – pojedincu omogućuje da nauči kako promijeniti fiziološku aktivnost u svrhu poboljšanja zdravlja i određenih funkcija. Mjerenjem određenih parametara koji se učine vidljivima djetetu uči ga se kako se dovesti u stanje koje želi. U posljednje se vrijeme u radu s djecom sve više primjenjuje neurobiofeedback koji preko praćenja moždanih električnih valova, koji su transformirani u djeci blisku računalnu igricu, čime se dijete uči kako se dovesti u relaksirano stanje ili stanje kognitivne fokusiranosti.
- **proba ponašanja** – jedna je od najmoćnijih tehnika u kojoj se putem probe ponašanja dovode u pitanje krive pretpostavke. Primjerice, ako dijete s opsesivno-kompulzivnim poremećajem vjeruje da će se nešto loše dogoditi samo zato što mu je opsesivna misao pala na pamet, tada se u probi ponašanja dijete dovodi u situaciju da misli „opasne misli“ te se provjerava jesu li se one ostvarile.

75.3.4. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Indikacije su slične kao i u kognitivnoj terapiji (anksiozni poremećaji, disocijativni i somatoformni

poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaji, depresivni poremećaji, poremećaji hranjenja, psihosomatske bolesti), ali i poremećaji iz autističnoga spektra, tikovi, mucanje, poremećaji eliminacije (enureza, enkopreza). Bihevioralna terapija ima svoju široku primjenu u radu s preverbalnom djecom, a potom u osoba s kognitivnim deficitima i poteškoćama u verbalnom izražavanju.

75.4. Kognitivno-bihevioralna terapija

75.4.1. Uvodni aspekti

Kognitivno-bihevioralna terapija kombinacija je dvaju teorijskih i terapijskih pristupa nastala iz različitih, ali dopunjujućih paradigmi razumijevanja ljudske prirode i psihopatologije (kognitivizma i biheviorizma).

Sredinom sedamdesetih godina prošloga stoljeća, usporedo s utemeljenjem biopsihosocijalnog modela (G. Engel), nastaje terapijski pravac pod imenom KBT. Multimodalni pristup, kombinaciju KT-a i BT-a, razvijaju A. Lazarus, D. Clarke, D. Barlow i drugi.

Povijesni razvoj KBT-a može se podijeliti u **tri faze**.

Klasična kognitivna terapija usmjerena je na promjene u sadržaju, pa čak i u strukturi mišljenja (sheme), a **bihevioralna terapija** na učenje „zdravih“ ponašanja.

Druga generacija KBT-a više je usmjerena na odnos pojedinca prema vlastitim mislima i procesima mišljenja, a uključuje **metakognitivnu terapiju**. **Meta-kognicija** se odnosi na spoznaju o vlastitim spoznajnim procesima. Prema modelu, osnovu psiholoških poremećaja čini neučinkovit, odnosno štetan, način razmišljanja koji se naziva sindromom kognitivne pažnje. On označuje perserverativni način razmišljanja u obliku brige ili ruminacije, usmjerivanja pažnje na prijetnju te neučinkovitih strategija suočavanja u obliku potiskivanja misli ili ponašanja izbjegavanja (Kalebić-Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016). U **meta-kognitivnoj terapiji** klijent razvija sposobnosti sagledavanja mentalnih i tjelesnih pojava kao fenomena i mentalnih događaja, a ne odraza stvarnosti. Terapija je usmjerena na bolju kontrola procesa pažnje i smanjenje štetnih strategija emocionalne regulacije. Primjerice, u opsesivno-kompulzivnom poremećaju (OKP) stav prema vlastitim opsesijama jest ono što održava poremećaj, a ne opsesije same. Dijete može misliti da je loša osoba jer ima takve misli i truditi se izbjegavati ih

kada se god pojave. Prema **metakognitivnom modelu**, dijete se uči da su to samo opsesivne misli, da one ne govore ništa o njemu kao osobi, već se u sve djece s OKP-om pojavljuju slični sadržaji koji su jasno evolucijski uvjetovani. Nadalje, uči ga se da izbjegavanje tih misli dovodi samo do njihova učestalijeg pojavljivanja. Stoga se dijete vodi kroz tzv. terapiju 4 koraka u kojoj se opsesivna misao prepoznaje, potom se imenuje, zatim se skreće pažnja na nešto drugo, a potom se vraća opsesivnoj misli i procjenjuje njezinu istinitost (Schwartz 1997). Metakognitivne terapije pokazale su se iznimno uspješne u terapiji OKP-a i dugotrajnih depresija (Jokić-Begić 2012).

Treća generacija KBT-a obuhvaća različite teorijske modele: **dijalektičku bihevioralnu terapiju**, **mindfulness**, **terapiju prihvaćanja i posvećenosti (Acceptance and commitment, ACT)** i **integrativnu terapiju (Integrative Couples Behavior Therapy, ICBT)**. Riječ je o grupi psiholoških terapija koje ciljaju na procese misli (radije nego na njihov sadržaj), pri čemu je cilj osvijestiti vlastite misli i emocije, prihvatiti ih bez vrednovanja i osuđivanja, uz adaptivno ponašanje.

Osnove **dijalektičko-bihevioralne terapije** su navedene u tekstu koji slijedi (Linehan i sur. 2006). Termin dijalektička (koji se nalazi u sklopu naziva dijalektičko-bihevioralne terapije) znači sintezu, odnosno integraciju suprotnosti – prihvaćanje i promjenu. Prihvaćanje se odnosi na sve što život sa sobom nosi, a promjena na promjenu vlastita doživljavanja i ponašanja. U terapiji se klijenta uči prihvaćanju vlastitih misli i emocija bez osuđivanja (kroz *mindfulness*) te toleranciju stresa, neizvjesnosti i ostalih neugodnih emocionalnih stanja. S druge strane, usmjerenost na promjenu očituje se kroz učenje emocionalne regulacije, te učenje asertivnosti, odnosno aktivno zalaganje za sebe čuvajući samopoštovanje, ali i odnose s drugima. U ovoj se terapiji integriraju kognitivno-bihevioralne terapije, s elementima zen-budizma i humanističkih terapijskih postupaka. Posebno se čini indicirano pri samoozljeđujućem ponašanju i kod graničnog poremećaja ličnosti.

Mindfulness bazirana kognitivna terapija temelji se na pregrupiranju i regulaciji pažnje da bi se učinkovito ovladalo nizom psiholoških simptoma, a koji uključuju emocionalnu reakciju na stres, tjeskobu i depresiju. Više istraživanja pokazuje podatke o učinkovitoj redukciji negativnih emocionalnih reakcija u djece, adolescenata, kao i njihovih roditelja. Ova je tehnika posebno korisna u adolescenata s disfunkcional-

nim kognitivnim procesima kao što su opsesije, ruminalacije (stalno razmišljanje o prošlim događajima na negativan način), stalna zabrinutost, kronični bolovi i slično (Perry-Parrisch i sur., 2016).

Brojne su empirijske provjere kognitivno-bihevioralne terapije. Ona je terapija prvog izbora kod svih anksioznih poremećaja, depresivnih poremećaja, poremećaja hranjenja, poremećaja spavanja, seksualnih i partnerskih problema, općih zdravstvenih problema, kroničnog bola te kod većine psihičkih poremećaja u djece i mladih.

Često se kombinira s farmakoterapijom jer lijekovi brže djeluju na vegetativne simptome, a kognitivno-bihevioralna terapija osigurava profilaktički utjecaj na povrat simptoma. Zajednička primjena KBT-a i psihofarmaka pokazala se iznimno učinkovitom u liječenju svih vrsta anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, a postignuta su poboljšanja najdulja (Jokić-Begić, 2010).

U kognitivno-bihevioralnim terapijama njeguje se partnerski odnos. Terapeut i klijent zajedno nastoje razumjeti klijentov problem, utvrditi kako on utječe na klijentove misli, ponašanja i osjećaje u svakodnevnom funkcioniranju te stvoriti plan liječenja koji je ostvariv (čiji je cilj jasan, ograničen, realan, doseživ u konkretnom vremenu, mjerljiv, izražen u pozitivnim terminima). Važno je naglasiti da je cilj zajednički (i terapeuta i klijentov). Taj se plan ostvaruje nizom kognitivnih i/ili bihevioralnih tehnika u ograničenom broju seansi.

75.4.2. Specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi

Specifičnosti primjene KBT-a u dječjoj i adolescentnoj dobi proizlaze iz razvoja djeteta. Prema teoriji kognitivnog razvoja Jeana Piageta, dob između 2. i 7. godine pripada **preoperacijskom razdoblju** u kojem vlada egocentrizam na predodžbenoj razini. Mlađe preoperacijsko dijete ima vrlo ograničenu sposobnost predočivanja psihičkog iskustva i stajališta neke druge osobe čija je perspektiva različita od njegove. Dijete nije kadro prepoznati perspektivu mišljenja druge osobe, realno je samo ono što ono vidi i doživljava, ne može uvidjeti kako to drugi vide i doživljavaju (Boričević-Maršanić i sur. 2015). U ovom se razdoblju stoga češće primjenjuju **bihevioralne tehnike**. Djetetovim razvojem i ulaženjem u **razdoblje konkretnih i formalnih operacija** veća je uloga **kognitivnih intervencija**.

Dok se u odraslih KBT primjenjuje češće pri emocionalnim smetnjama i poremećajima, prije svega ank-

sioznim i depresivnim, u djece se češće primjenjuje kod specifičnih razvojnih poremećaja i poremećaja ponašanja (eksternalizirajućih), a rjeđe pri emocionalnim smetnjama, odnosno internalizirajućim poremećajima (anksioznost, depresivnost). Ova razlika proizlazi i iz različitih potreba za tretmanom u dječjoj i odrasloj dobi. Naime, odrasli dolaze po pomoć dobrovoljno jer se subjektivno osjećaju loše (zbog anksioznosti i/ili depresivnosti). Djeca često ne iskazuju sama potrebu za tretmanom, već ih dovode odrasli. Roditelji, učitelji, odgojitelji zabrinuti su zbog ponašanja djece s razvojnim poremećajima, hiperkinetskim sindromom, smetnjama ponašanja i sl., pa preporučuju traženje stručne pomoći.

Ponašanje djece, u usporedbi s ponašanjem odraslih, ovisnije je o okolini. Stoga procjena ponašanja djeteta (i adolescenta) uključuje procjenu šire okoline (odnos s roditeljima, braćom i sestrama, prijateljima).

Što se tiče samih terapijskih tehnika, one su slične ili jednake, bez obzira na dob, ali su način i sadržaj rada, njegov intenzitet i trajanje prilagođeni djetetovoj dobi.

Važna je razlika i u tome što se u odraslih radi na ispravljanju promijenjenih kognitivnih procesa (misli, vjerovanja, kognitivna iskrivljenja), a u djece je riječ o učenju funkcionalnih kognicija. Djecu se uči kako da se koriste kognitivnim procesima u svladavanju razvojnih poremećaja, u rješavanju problema, u kontroli vlastita neprilagođenog ponašanja.

75.4.3. Metode KBT-a u djece

Dijagnosticiranje nekog poremećaja, odnosno problema uključuje njegovo prepoznavanje i analizu. Taj postupak počinje intervjuom, nastavlja se procjenom i samoprocjenom ponašanja te njegovim opažanjem, a završava zajedničkim izborom cilja i metoda liječenja.

Prepoznavanje problema jest utvrđivanje postoji li problem u ponašanju, je li to više problem djeteta ili roditelja, koliko je ozbiljan, je li povezan s teškoćama prilagodbe ili je simptom emocionalnog poremećaja (anksioznost, depresivnost, ljutnja, neprilagođeno ponašanje).

Analiza problema detaljna je razrada svih njegovih aspekata. Pri tome se utvrđuju učestalost pojavljivanja, trajanje, postoji li ritmičnost pojavljivanja, kada i gdje se pojavljuje, prethodi li mu što, kakve posljedice izaziva.

Dijagnostički intervju obuhvaća razgovor s roditeljem i djetetom. S roditeljem se obično prvo razgovara, pri čemu se nastoji dobiti što više informacija o pro-

blemu (koji, kada, kako se manifestira, s kojim posljedicama). Sznaju se informacije o djetetovu ranom razvoju, načinu reakcije, ponašanju u stresnim situacijama. Ne dobiju se samo informacije o odnosu roditelj – dijete nego i o odnosu između roditelja, šire obitelji, djetetovih vršnjaka, odgojitelja i učitelja.

Problem s pouzdanošću dobivenih informacija uvijek postoji jer roditelji problem mogu preuveličavati ili ga umanjivati (svjesno i nesvjesno).

Slijedi razgovor s djetetom u kojemu se saznaje kako ono vidi problem. Ako je problem u poremećenom ponašanju (eksternalizirajući poremećaji), dijete obično problem ne vidi na način kako ga vide odrasli (ono vidi reakciju na svoje ponašanje). Kod internalizirajućih poremećaja dijete iznosi više subjektivnih emocionalnih smetnji.

Pitanja treba prilagoditi djetetovoj dobi, nuditi alternativne odgovore (tipa da – ne, izbor između dviju umjesto više mogućnosti), koristiti se jednostavnim i jasnim formulacijama.

Procjena ponašanja strukturirano je izvješće o djetetovu ponašanju koje daje roditelj (učitelj), prema točno određenim uputama. To su skale procjene s tvrdnjama koje se točne ili netočne, odnosno skale Likertova tipa.

Samoprocjena ponašanja važan je izvor podataka o djetetu. Samoprocjena (skale, upitnici) primjenjuju se više što je dijete starije. Metoda izravnog opažanja i bilježenja problematičnog ponašanja u realnom vremenu (self-monitoring) vrlo je važna, ali zahtijeva još bolju suradnju nego ispunjavanje skala. Pri tome treba detaljno objasniti što i kako se bilježi, uvježbavati bilježenje, potkrepljivati ga i sl.

Opazanje je izravno opažanje ponašanja u stvarnoj okolini. Provodi se u svakoj dobi, ali je osobito značajno za djecu mlađe dobi. Najbolje je opažati u različitim uvjetima i prostorima, na sustavan i unaprijed dogovoren način, bilježeći što prethodi ponašanju i što slijedi nakon njega. Opažać može biti uobičajen ili ne, vidljiv ili prikriven, može to biti jedna ili više osoba.

U ovom je postupku zabilježen fenomen mijenjanja ponašanja pod utjecajem opažača (fenomen reaktivnosti). Taj se fenomen nakon nekog vremena gubi. Može ga se iskoristiti i u liječenju.

75.4.4. Specifično kognitivno-bihevioralno liječenje

Nakon dijagnostičke procjene slijedi tretman, koji obuhvaća niz tehnika, a najčešće su **tehnike rješavanja problema, trening socijalnih vještina, učenje po**

modelu, igranje uloga, mijenjanje atribucija, korištenje samouputama.

Tehnika rješavanja problema (*problem solving*) ključna je u KBT-u, iako nije specifična samo za ovaj pristup. Naime, KBT shvaća simptom kao problem koji treba riješiti, a ne kao dio dubljeg poremećaja. Terapija rješavanja problema učenje je djeteta i adolescenta kako da samostalno riješi problem. To je uvježbavanje da se bude „sam sebi terapeut“, na način da se poveća uspješnost u rješavanju prije svega svakodnevnih problema. Pri tome treba uočiti problem, definirati ga, pronaći moguća rješenja, izabrati najbolje od njih te provjeriti to rješenje. Obično se djetetu prvo zada hipotetski problem, a onda svakodnevni.

Metoda je osobito uspješna u djece s emocionalnim smetnjama i socijalnom anksioznošću (ona uvježbavaju rješavanje međuljudskih problema). Svrha nije samo rješavanje konkretnog problema nego učenje djeteta kako da se snađe u novim situacijama i problemima.

Trening socijalnih vještina ima za cilj osnaživanje djece i mladih za snalaženje u svakodnevnim situacijama kroz iskustveno učenje. Socijalne se vještine najčešće definiraju kao ponašanja koja su socijalno prikladna, odnosno pojedinac koji posjeduje socijalne vještine znat će odgovoriti na mnoge životne situacije na prikladan i proaktivan način. Dugoročni cilj jest prevencija neprihvatljivog ponašanja i postizanje učinkovite socijalne integracije djece i mladih.

Učenje po modelu jest učenje promatranjem drugih. Temelji se na činjenici da je ponašanje nastalo promatranjem drugih stabilno i dugotrajno. Dijete imitiranjem druge osobe uči bez vlastita iskustva i ponavljanja neke situacije. Model može biti vršnjak ili odrasla osoba. Bolji se rezultati postižu ako model nije „savršen“, nego pokazuje neke teškoće i nesigurnost. Važno je kako model rješava problem. Ova se metoda pokazala osobito učinkovitom u anksioznim poremećajima, a česta je metoda koja se primjenjuje u djece i adolescenata, posebno za adolescente s poremećajima ponašanja i agresivnim ponašanjem. Prikladni modeli i njihovo ponašanje zamjenjuju neprikladno ponašanje.

Igranje uloga osobito je popularno među djecom. Dijete igra ulogu druge osobe te pri tome shvaća njezinu motivaciju, želje, interese, osjećaje. Uloge se mogu mijenjati i tada dijete dobiva još širi uvid u konkretnu situaciju. Igranje uloga pomaže prije svega u otklanjanju neprilagođena ponašanja, smetnji ophođenja, ljutnje, prkosa. Ova je metoda danas etablirana kao

standardna metoda koja se primjenjuje u djece i adolescenata. U toj se metodi često mogu naći teme kao što su ljubav, odnosi, konflikti u grupama, kao i pitanja autonomije. Igra uloga temelji se na različitim formama učenja, kao što su diskriminiranje, operantno pojačavanje, kao i učenje po modelu.

Preoblikovanje (mijenjanje atribucija) postupak je kognitivne reatribucije, u kojoj se „mijenjaju“ shvaćanja o postojećim uzrocima nekog problema. Novi su uzroci realniji, prihvatljiviji, lakše je nositi se s njima. U razumijevanju nastanka konkretnog problema pronalaze se različiti uzroci. Oni mogu biti globalni ili specifični, postojani ili nepostojani, unutarnji ili vanjski. Najteže je suočavanje s uzrocima koji su globalni, postojani i unutarnji, pa je onda teško i njihovo rješavanje. S druge strane, problemi koji su vezani za specifični, nepostojani i vanjski uzrok lakši su i za suočavanje s njima i za njihovo rješavanje. Reatribucijom se nastoje „objasniti“ uzroci problema i mijenjati oni koji su rigidni, a vezani za globalno, unutarnje, postojano.

U **tablici 75.3.** prikazani su primjeri atribucije neuspjeha na ispitu.

Ako adolescent uzroke neuspjeha traži u globalnim, unutarnjim i postojanim razlozima („glup sam“), imat će najviše teškoća u njegovu rješavanju. S druge strane, najlakše je ako kaže „dobio sam teške zadatke“ jer je uzrok specifičan, vanjski i nepostojan. Mijenjanje je atribucija primjenjivije u starije djece i adolescenata nego u mlađih. Reatribucija se pokazala korisnom u djece s problemima čitanja, pisanja i teškoćama u učenju te u adolescenata sa školskim neuspjehom.

Korištenje samouputama (*self instructional training*) tehnika je u kojoj se primjenjuju naučene samoupute („govor samom sebi“) pri rješavanju nekog problema. Temelji se na procesu razvoja samokontrole, pri čemu se djetetovi postupci prvo kontroliraju verbalnim uputama odraslih, a zatim ih dijete usvaja i ponavlja kao neku vrstu unutrašnjeg govora. Ovom se metodom te upute sada izgovaraju naglas. Primjenjuje se od 6. godine života (jer se tada razvija ovaj oblik samokontrole), poglavito kod eksternalizirajućih poremećaja, prkosa, pri ljutnji, impulzivnosti.

75.5. Klinička vinjeta

Dječak Fran učenik je 1. razreda osnovne škole, ima 7,5 godina. Kao glavni razlog dolaska roditelji navode kako dječak unatrag pola godine ne želi spavati bez jednog od roditelja, iako je samostalno usnivanje pret-

Tablica 75.3.

Atribuiranje pri neuspjehu na testu iz matematike

| | Zašto nisam prošao test iz matematike? | | | |
|------------|--|------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | Unutarnje (osobno) | | Vanjsko (okolinsko) | |
| Stupanj | Postojano | Nepostojano | Postojano | Nepostojano |
| Globalno | Glup sam | Iscrpljen sam | Testovi nisu pravedni | Danas je petak 13. |
| Specifično | Nisam matematičar | Dosta mi je matematike | Testovi iz matematike su grozni | Dobio sam teške zadatke |

hodno usvojio. On je jedino dijete u obitelji, roditelji ga opisuju kao mirnog i nježnog dječaka. Odnose u obitelji opisuju kao skladne. Ne vide jasan uzrok, a ni povod dječakova straha, no unatrag pola godine smetnje se pojavljuju svake večeri. Dječak je na početku tražio roditelje da budu s njim dok ne zaspi, ali nakon što se nekoliko puta probudio usred noći i osjetio snažan strah, sada ih svaku večer moli da spava s njima u krevetu. Roditelji su udovoljili tom zahtjevu, pogotovo zato što dječak nema nikakvih drugih znakova anksioznih smetnji. Samostalno odlazi u školu, preko dana ne pokazuje pretjerani strah ni prema čemu. Veseli se školi, uredno obavlja svoje zadatke, druži se s vršnjacima. U posljednje su vrijeme primijetili da i preko dana Fran nerado ostaje sam u svojoj sobi, više voli zadaću pisati u dnevnom boravku ili kuhinji. Dječak svoj strah pripisuje igranju računalne igrice kod prijatelja u kojoj „je bio netko s raznim oružjem protiv koga sam se morao boriti“. Kad legne u krevet, na pamet mu dolaze predodžbe u kojima taj „strašan lik mene napada, govori mi 'Ubit ću te, pogodit ću te strijelom, umrijet ćeš, a onda ću te pojesti'“. Tada osjeća lupanje srca i plitko disanje, a na ponašajnoj se razini vide plač, motorički nemir i odlaženje roditeljima u sobu.

U KBT-u je važna konceptualizacija slučaja, odnosno definiranje problema i ciljeva, te identificiranje raspoloživih resursa. U ovom je slučaju terapeutkinja KBT-a, zajedno s roditeljima i dječakom, problem definirala kao strah od ostajanja samog u sobi. Polazilo se od hipoteze da je riječ o simptomatologiji iz anksioznog spektra, a, budući da su prisutni strah i uznemirenost u trenucima kada Fran ostane sam, pretpostavka je da su u osnovi percepcija opasnosti, kao i vjerovanje o vlastitoj slabosti ili ranjivosti. Zajednički su definirana dva cilja tretmana: samostalno usnivanje i ostanak u sobi ako se probudi usred noći i ponovno

usnivanje. Na početku tretmana provedena je psihoedukacija roditelja i djeteta o anksioznosti, specifičnim strahovima u djece, kognitivno-bihevioralnom pristupu, planiranim intervencijama, poticanje na aktivno uključivanje u liječenje. Potom je napravljen plan liječenja koji je uključivao učenje relaksacije, izlaganje situacijama koje ga straše, najprije u mašti, a poslije i uživo. Primijenjeno je žetoniranje – u visoku prozirnu vazuu stavljane su šarene kocke (10 kockica ako Fran dopusti roditeljima da izađu iz sobe prije nego što se probudi i 10 kockica ako se ujutro probudi u svojem krevetu). Ta prozirna vaza dječaku je nalikovala na simbol „zdravlje“ kakav nalazi u računalnim igricama i značila mu je snagu da se izbori protiv straha. Ako je vaza bila napunjena do dogovorene razine, onda je Fran dobio nagradu koja je bila unaprijed dogovorena veća igračka. Osim toga, radilo se i na kognitivnoj restrukturaciji, odnosno zamjeni negativnih automatskih misli („Doći će onaj strašan i ubit će me“) funkcionalnijima („Ma to ništa ne postoji, a i ja sam jači jer imam zdravlje“). Nakon 8 seansi Fran je spavao sam u svojoj sobi.

75.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Kombinirana primjena kognitivne i bihevioralne terapije (KBT) pokazala se u dječjoj i adolescentnoj dobi jednako učinkovitom, ako ne i učinkovitijom nego u odraslih. U osnovi ona slijedi opća načela kognitivne i bihevioralne terapije, uz prihvaćanje niza specifičnosti s obzirom na dob klijenta.
- ✓ Teoretičari ovih modela kombiniranu su primjenu razradili, a praktičari (terapeuti)

uspješno je primijenili. I kombinacija se pokazala učinkovitom, prije svega kod poremećaja ponašanja, razvojnih smetnji, teškoća učenja, pri mucanju, tikovima, separacijskoj anksioznosti, školskoj fobiji, različitim anksioznim fenomenima i depresivnosti.

- ✓ U djece i adolescenata najčešće se primjenjuju tehnike rješavanja problema, učenje po modelu, igranje uloga, mijenjanje atribucija, preusmjerivanje pažnje, sustavna desenzibilizacija, pozitivno potkrepljenje, trening socijalnih vještina.
- ✓ Uspješnost KBT-a kod niza psihičkih smetnji u dječjoj i adolescentnoj dobi provjerena je i dokazana. U prilog joj govore i zadovoljstvo djece i adolescenata, njihovih obitelji, te bolje školsko funkcioniranje.

75.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što je to ABA (*Applied Bibehavioral Analysis* – ABA) terapija u djece s autističnim spektrom poremećaja?

ODGOVOR: Danas se kao najprovjerena metoda pokazala rana intenzivna bihevioralna terapija koja je najvećim dijelom temeljena na modelu primijenjene bihevioralne analize (*Applied Bibehavioral Analysis* – ABA) te drugih sveobuhvatnih ponašajnih ili razvojnih programa. Bihevioralne terapije usmjerene su na stjecanje različitih vještina, od onih jednostavnijih prema složenijima, kao što je npr. započinjanje verbalizacije.

■ PITANJE: Kako se provodi kognitivno-bihevioralna terapija pri depresiji u adolescenata?

ODGOVOR: Kognitivno-bihevioralne intervencije kod depresije obuhvaćaju znanje o bolesti, strukturiranje svakodnevice, nadvladavanje neaktivnosti ili stresnih aktivnosti, poboljšanje socijalnog ponašanja, komunikacije i interakcije s drugima; prepoznavanje te provjeru i korekciju disfunkcionalnih kognitivnih stavova.

■ PITANJE: Što je to *mindfulness* bazirana kognitivna terapija?

ODGOVOR: *Mindfulness* bazirana kognitivna terapija temelji se bazira pregrupiranju i regulaciji pažnje da bi se učinkovito ovladalo nizom psiholoških simp-

toma, a koji uključuju emocionalnu reakciju na stres, tjeskobu i depresiju.

■ PITANJE: Što je to dijalektičko-bihevioralna terapija?

ODGOVOR: Termin dijalektička (koji se nalazi u sklopu naziva dijalektičko-bihevioralne terapije) znači sintezu, odnosno integraciju suprotnosti – prihvaćanje i promjenu. Prihvaćanje se odnosi na sve što život sa sobom nosi, a promjena na promjenu vlastita doživljavanja i ponašanja.

75.8. Pitanja

- 1 Navedite što znači međuodnos ponašanja, kognicije i emocija prema kognitivnoj paradigmi.
- 2 Navedite neka emocionalna stanja povezana s odgovarajućim mislima (kognicijom).
- 3 Navedite osnove kognitivne psihologije?
- 4 Navedite razlike između klasičnog kondicioniranja, operantnog kondicioniranja i učenja prema modelu.
- 5 Navedite što je to preoblikovanje (mijenjanje atribucija).
- 6 Navedite neke specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi.

75.9. LITERATURA

1. Anić N. Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznosti u dječjoj dobi. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 65-70.
2. Anić N. Bihevioralna terapija u radu s djecom i omladinom. U: Nikolić S. *Mentalni poremećaji u djece i omladine* 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 137-46.
3. Boričević-Maršanić V, Zečević I, Paradžik, Lj i sur. Kognitivne tehnike u kognitivno-bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. *Soc psihijat* 43 2015;4:183-190
4. Jokić-Begić N. Bihevioralna paradigma anksioznosti. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 49-52.
5. Jokić-Begić N. Kognitivna paradigma anksioznosti. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 53-8.
6. Jokić-Begić N. Kognitivno-bihevioralne terapije. U: Kozarić-Kovačić D, Frančičković T. *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 233-54.

7. *Jokić-Begić N.* Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: Towards closer integration. *Psihol teme* 2010;19.2: 235-254.
8. *Linehan MM, Comtois KA, Murray AM i sur.* Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-766.
9. *Perry-Parrisch C, Copeland- Linder N, Webb L i sur.* Improving self- regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness- based cognitive therapy. *Adolesc Health Med Ther* 2016;7:101-8.
10. *Kalebić-Jakupčević K, Živčić-Bećirević, I.* Cognitive and metacognitive processes in depressive disorder. *Soc psihi-jatr* 2016;44:185-195.
11. *Schwartz JM.* Obsessive-compulsive disorder. *Science & Medicine* 1997;4(2):14-23.
12. *Živčić-Bećirević I.* Kognitivno-bihevioralna procjena djece. U: Anić N, ur. *Praktikum kognitivne i bihevioralne terapije.* Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske; 1990, str. 113-34.
13. *Živčić-Bećirević I.* Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznih poremećaja. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 59-64.