

Terapijski pristup poremećajima ponašanja u adolescenata

Leho, Josipa

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:245244>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
STUDIJ MEDICINA

Josipa Leho

TERAPIJSKI PRISTUP POREMEĆAJIMA PONAŠANJA U ADOLESCENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
STUDIJ MEDICINA

Josipa Leho

TERAPIJSKI PRISTUP POREMEĆAJIMA PONAŠANJA U ADOLESCENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

Mentor rada: doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr. med

Diplomski rad ocjenjen je dana 1.7.2024. na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.prim.dr.sc. Daniela Petrić, dr. med.

2. Izv.prof.dr.sc. Jasna Grković, dr. med.

3. Doc.dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr. med

Rad sadrži 49 stranica, 0 slika, 0 tablica, 46 literaturnih navoda.

Zahvale

Od srca zahvaljujem svojoj mentorici, doc.dr.sc. Ani Kaštelan, dr. med, na uloženom trudu, velikoj pomoći i prenesenom znanju pri pisanju ovog diplomskog rada.

Hvala mami i tati na svemu što su mi omogućili tokom studiranja, što su me podržavali u svim mojim odlukama i uvijek vjerovali u mene. Bez vaše ljubavi i podrške sve ovo ne bi bilo ostvarivo.

Hvala mom bratu Tomislavu što je uvijek bio uz mene i pratio me svojom bratskom ljubavlju.

Hvala Miškovićima, babi Ljubi i ostatku moje obitelji što su ispratili i sa mnom se radovali svakom položenom ispitu.

Hvala Petri što mi je uvijek bila sestra i prijateljica te sa mnom prolazila sve uspone i padove tokom ovih šest godina.

Hvala Ani na svim godinama koje smo provele zajedno u domskoj sobi, na svakom večernjem razgovoru na prozoru i na svim uspomnama koje ću zauvijek nositi u srcu.

Hvala Ivanu što je uvijek bio tu za mene kao prijatelj, svećenik i brat.

Hvala zajednici Ecclesia na svakoj molitvi.

Hvala Viti, Neni i Petri što su još od srednje škole vjerovali u mene i radovali se svakom mom uspjehu. Hvala na svakom druženju u Zagrebu.

Hvala Ivi i Katiji što su sa mnom nakon svih godina prijateljstva prošle i ovih šest godina studiranja.

Hvala svim mojim kolegama i prijateljima koji su mi bili podrška u teškim trenucima.

Posebno hvala Davidu na svakoj nesebičnoj pomoći i dijeljenju znanja.

I na kraju, najveća hvala mome Gospodinu bez kojeg ni mene ne bi bilo ovdje. Hvala Kriste!

Popis korištenih skraćenica i akronima

BSFT – Kratka strateška obiteljska terapija (engl. Brief Strategic Family Therapy)

CAS – Skale za procjenu afektivnih poremećaja i shizofrenije kod djece školskog uzrasta (engl. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)

DISC-R, DICA – Dijagnostički intervju za djecu i mladež (engl. Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. revizija

FFT – Funkcionalna obiteljska terapija (engl. Functional Family Therapy)

GBG – Igra lijepog ponašanja (engl. Good Behaviour Game)

K-SADS – Skala za procjenu afektivnih poremećaja i shizofrenije kod djece školskog uzrasta (engl. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)

MDFC – Multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu (engl. Multidimensional Treatment Foster Care)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. Revizija

MST – Multisistematska terapija (engl. Multi-systemic Therapy)

NICE – Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i skrbi (engl. National Institute for Health and Care Excellence)

PMT – Trening roditeljskih vještina (engl. Parent Management Training)

Triple P – Program pozitivnog roditeljstva (engl. Positive Parenting Program)

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Definicija poremećaja ponašanja	2
1.2. Klinička slika i klasifikacija poremećaja ponašanja	3
1.3. Epidemiologija poremećaja ponašanja.....	7
1.4. Etiologija poremećaja ponašanja	8
1.5. Dijagnostički postupak.....	10
1.6. Komorbiditeti i diferencijalna dijagnoza	11
1.7. Prevencija.....	12
2. Svrha rada	13
3. Terapijski pristup poremećajima ponašanja u adolescenata	14
3.1. Psihosocijalne intervencije.....	14
3.1.1. Trening roditeljskih vještina	15
3.1.2. Program pozitivnog roditeljstva	18
3.1.3. Funkcionalna obiteljska terapija	19
3.1.4. Kratka strateška obiteljska terapija.....	21
3.1.5. Multisistematska terapija	23
3.1.6. Multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu	25
3.1.7. Igra lijepog ponašanja.....	28
3.1.8. Tretmani utemeljeni na kognitivnom pristupu.....	29
3.2. Farmakoterapija	31
4. Rasprava	33
5. Zaključak	38
6. Sažetak	39
7. Summary	40
8. Literatura	41
9. Životopis	49

1. Uvod

Poremećaji ponašanja česti su poremećaji u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji te predstavljaju značajan društveni problem. Mladi s poremećajima ponašanja česti su počinitelji kaznenih djela u vidu delinkvencije, konzumiranja opojnih droga, krađa, uništavanja imovine, tuča i drugih oblika fizičke i/ili verbalne agresije (1, 2, 3). Pojam delinkvencija koristi se kada su počinitelji kaznenih djela osobe mlađe od 18 godina. Delinkvencija se kao takva odnosi na pravni i socijalni aspekt, a obuhvaća teže oblike antisocijalnih i kriminalnih ponašanja (uz iznimku ubojstva) kao što su krađe, pljačke i prijestupi (1). Smatra se kako 40-50% mladih s poremećajima ponašanja u odrasloj dobi ima dijagnosticiran antisocijalni poremećaj ličnosti ili postanu kriminalci sa stalnim recidivima kriminalnih djela (4). Multidisciplinarni i intenzivni pristup u toku terapije iznimno je važan. U SAD-u i zapadnoeuropskim zemljama provode se specifični programi čija je učinkovitost dokazana i istraživanjima. Spomenuti programi provode se uglavnom unutar obiteljskog okruženja, a neki od njih obuhvaćaju i širu zajednicu (5, 6, 7, 8). U Republici Hrvatskoj još uvijek se ne provode takvi terapijski programi već se provodi “Mjera nadzora nad osobnim i obiteljskim odnosima” koju provode socijalni radnici temeljem pravomoćne odluke suda o ostvarivanju osobnih odnosa s djetetom pod nadzorom (9). Socijalni radnici po izrečenoj mjeri rade s roditeljima i djetetom prema odgovarajućim metodama stručnog rada te centru za socijalnu skrb prilažu mjesečni izvještaj o zapažanjima stanja, napretka i razvoja odnosa roditelja i djeteta (9). Ukoliko navedena mjera ne pokaže pozitivne rezultate u ponašanju djeteta i roditeljskih interakcija, iduća mjera je institucionalizacija. Institucionalizacija podrazumijeva izdvajanje iz obitelji i smještanje u odgojne ustanove s ciljem resocijalizacije i ponovnog uključivanja u zajednicu. Mnoga istraživanja koja su se bavila učinkovitosti institucionalizacije pokazala su brojne negativne psihološke, socijalne, obrazovne i druge posljedice izdvajanja mladih iz obitelji (8).

Obzirom na malobrojne zastupljene terapijske pristupe poremećajima ponašanja u adolescenata u Republici Hrvatskoj, cilj ovog rada bio je istražiti znanstveno utemeljene terapijske pristupe poremećajima ponašanja u adolescenata koji se provode u ostalim državama svijeta.

1.1. Definicija poremećaja ponašanja

Poremećaji ponašanja su poremećaji koje karakterizira ponavljajući i postojani obrazac disocijalnog, agresivnog ili prkosnog ponašanja (1, 12). Takvo ponašanje uključuje ozbiljno kršenje društvenih pravila u dobi kada ta ista pravila osoba može razumjeti i sukladno tome na njih odgovoriti primjerenim ponašanjem (1). Poremećaji ponašanja najčešće se pojavljuju i dijagnosticiraju u adolescenata dok su u dječjoj dobi puno rjeđi. Dijagnoza poremećaja ponašanja postavlja se do 18. godine života (1). Ponašanja na kojima se temelji dijagnoza poremećaja ponašanja su česte tučnjave ili maltretiranje, okrutnost prema ljudima ili životinjama, uništavanje imovine, podmetanje požara, učestalo laganje, izostajanje iz škole ili bijeg od kuće, teški i ponavljajući ispadi bijesa, neposlušnost. Ukoliko se bilo koje od ovih oblika ponašanja ponavlja u periodu duljem od 6 mjeseci postavlja se dijagnoza poremećaja ponašanja. Izolirani slučajevi disocijalnog ponašanja ili kriminalnih djela nisu dovoljni za dijagnozu (1, 10). Kod određenog broja djece i adolescenata sa poremećajima ponašanja, u odrasloj dobi moći će se dijagnosticirati neki od poremećaja ličnosti, najčešće antisocijalni poremećaj ličnosti (4, 10, 11). Poremećaji ličnosti su kronično prisutne i duboko ukorijenjene karakteristike ličnosti pojedinca koje su stalno prisutne i izražene, a utječu na unutarnje doživljavanje i ponašanje koje se razlikuje od očekivanog. Uzrokuju subjektivnu patnju pojedinca i/ili poremećaj socijalnog funkcioniranja i nisu uzrokovane drugim psihičkim ili medicinskim poremećajem (1).

1.2. Klinička slika i klasifikacija poremećaja ponašanja

U kliničkoj slici poremećaja ponašanja ključan je obrazac ustrajnog i ponavljajućeg ponašanja kojim se krše prava drugih ljudi, društvene norme ili pravila koja bi pojedinac u svojoj dobi trebao moći razumjeti i sukladno njima se ponašati (1, 2, 3). Takve devijacije očituju se s tri ili više simptoma agresivnosti i/ili kršenjem pravila u prošlosti s barem jednim simptomom koji se pojavio unatrag posljednjih šest mjeseci (1, 12, 13). Simptomi poremećaja ponašanja dijele se u četiri glavne skupine: agresija prema ljudima životinjama, uništavanje imovine, prijevare ili krađe te ozbiljna kršenja društvenih pravila i normi (1, 13).

Poremećaji ponašanja puno su ozbiljniji od tipičnog adolescentnog buntovništva, nestašluka i prkosa, a agresivno i nedruštveno ponašanje prelazi granice tipične za dob pojedinca (1, 2). Djeca i adolescenti s poremećajima ponašanja često imaju nagao temperament, manjak tolerancije na frustraciju, skloni su vulgarnostima, zloupotrebi droga, tučnjavama, seksualnom promiskuitetu. Česti su sukobi s roditeljima i nepoštivanje roditeljskih zabrana (1, 4). Prvi koji svjedoče takvom ponašanju uglavnom su školsko osoblje i članovi obitelji koji dijete upućuju psihijatru. Adolescenti s poremećajem ponašanja uglavnom se nikada sami ne javljaju psihijatru što rezultira nesuradljivošću i teškoćama pri uzimanju anamneze. Nesuradljivost pacijenta, prikrivanje simptoma ili davanje pogrešnih podataka mogu rezultirati otežanim ili pogrešnim postavljanjem dijagnoze (1, 12, 13). Početak simptoma najčešće javlja tijekom srednjeg djetinjstva do srednje adolescencije. Medijan pojavnosti je dob od 11.6 godina, dok je početak nakon 16. godine rijedak (13). Poremećajima ponašanja koji se očituju prije 10. godine života (engl. early-onset type) često prethode hiperkinetički poremećaj, poremećaj ponašanja sa suprotstavljanjem i prkošenjem u mlađoj dobi, izražena obiteljska disfunkcija i veći genski rizik. S druge strane, prethodno spomenuti poremećaji rijetko prethode i imaju manji genski rizik kada je riječ o poremećajima ponašanja koji se očituju nakon 13. godine (engl. late-onset type). Poremećaji koji se očituju nakon 13. godine imaju bolju prognozu i

uglavnom prestaju u punoljetnosti, dok se to za poremećaje koji se očituju prije 10. godine života ne može reći. Tijek poremećaja ponašanja nakon pojave simptoma je vrlo varijabilan, a simptomi variraju od osobe do osobe i ovise o dobi u kojoj se pojavljuju. Prilikom kategoriziranja i dijagnosticiranja poremećaja ponašanja, osim samih simptoma, iznimno je važno u obzir uzeti okolnosti unutar koji se isti javljaju (12, 13).

Za klasifikaciju poremećaja ponašanja koriste se Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija (MKB-10), i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. revizija (DSM-5) (10). U Europi, pa tako i u Hrvatskoj, koristi se MKB-10 u kojoj se poremećaji ponašanja nalaze u skupini mentalnih poremećaja pod naslovom "Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s početkom obično u djetinjstvu i adolescenciji" (F90–F98). MKB-10 razlikuje poremećaje ponašanja (F91) i mješovite poremećaje ponašanja i emocija (F92) (2).

Skupina poremećaji ponašanja (F91) karakterizirana je ponavljajućim nedruštvenim, agresivnim i prkosnim ponašanjem koje prerasta nasilnost kakva se očekuje za odgovarajuću dob. Ova skupina dijeli se na:

1. Poremećaj ponašanja u kontekstu obitelji (F91.0) koji uključuje nedruštveno i agresivno ponašanje koje je ograničeno samo na obitelj, odnose unutar obitelji ili užeg kućanstva.
2. Nesocijalizirani poremećaj ponašanja (F91.1) koji je karakteriziran stalnim nedruštvenim ili agresivnim ponašanjem u osobnim odnosima s ostalom djecom.
3. Socijalizirani poremećaj ponašanja (F91.2) koji je karakteriziran stalnim nedruštvenim i agresivnim ponašanjem koji se pojavljuje kod osobe koja je dobro uklopljena u vršnjačko društvo. Tu spadaju poremećaj ponašanja skupni tip, skupna delikvencija, napadi u dodiru s članovima družine, krađa u društvu s ostalima, markiranje iz škole.

4. Poremećaj ponašanja sa suprotstavljanjem i prkošenjem (F91.3) koji se pojavljuje uglavnom u mlađe djece, a karakteriziran je vidljivim prkošenjem, neposluhom i poremećenim ponašanjem koje ne uključuje delikvenciju, agresivna ili nedruštvena ponašanja. Ukoliko se pripisuje starijoj djeci treba jer su tada poremećaji ponašanja uglavnom praćeni nedruštvenim ili agresivnim ponašanjem koji prelaze granice prkosa i neposlušnosti.
5. Ostali poremećaji ponašanja (F91.8)
6. Poremećaji ponašanja, nespecificirani (F91.9) među koje spadaju poremećaji ponašanja i ophođenja s pojavnosti u djetinjstvu bez posebnog objašnjenja.

Skupina poremećaja mješoviti poremećaji ponašanja i emocija (F92) karakterizirana je kombinacijom stalno prisutne agresivnosti, nedruštvenosti ili prkosa koji se pojavljuju sa simptomima depresivnog raspoloženja, straha i emocionalne uzbuđenosti. Za dijagnozu moraju biti zadovoljeni kriteriji oba poremećaja koji uključuju poremećaj ponašanja i emocionalni poremećaj u djetinjstvu ili dijagnoza neuroze u odraslih ili pak emocionalni poremećaj (2). Ova podskupina dijeli se na:

1. Poremećaji depresivnog tipa (F92.0) koji su karakterizirani kombinacijom poremećaja ponašanja sa stalnim izraženim depresivnim raspoloženjem uz prisutne simptome osjećaja bijede, gubitka interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima, samookrivljavanjem i beznadnošću. Moguć je poremećaj sna i gubitak teka.
2. Ostali mješoviti poremećaji ponašanja i emocija (F92.8) karakterizirani su kombinacijom poremećaja ponašanja sa prisutnim vidljivim simptomima anksioznosti, prisilnih misli, depersonalizacije ili derealizacije, fobije ili hipohondrije. Tu spadaju poremećaj ponašanja povezani s emocionalnim poremećajima ili neurotičkim poremećajima.
3. Mješoviti poremećaj ponašanja, nespecificiran (F92.9).

U Sjedinjenim Američkim Državama za klasifikaciju psihijatrijskih bolesti koristi se DSM-5 priručnik. Prema DSM-5 priručniku bitno obilježje poremećaja ponašanja je ponavljajući i trajni model ponašanja kojim se povređuju prava drugih, društvene norme ili pravila primjerena za dob pojedinca. Petnaest je kriterija koji mogu biti prisutni, a za postavljanje dijagnoze u posljednjih 12 mjeseci moraju biti prisutna najmanje tri od ukupno 15 kriterija, od kojih je barem jedan prisutan u posljednjih 6 mjeseci (3).

Dijagnostički kriteriji su raspoređeni u više skupina, a to su:

1. Agresivno ponašanje prema ljudima i prema životinjama: često tiraniziranje, zastrašivanje i prijetnje drugima; često započinjanje tučnjava; korištenje oružja koje može dovesti do ozbiljnih tjelesnih povreda kod drugih; fizička okrutnost prema životinjama ili ljudima; krađa koja uključuje suočavanje sa žrtvom; prisiljavanje druge osobe na seksualnu aktivnost.
2. Uništavanje imovine: namjerno podmetanje požara s namjerom da se izazove ozbiljna šteta; namjerno uništavanje tuđe imovine (a da nije podmetanje požara).
3. Prevara i krađa: provala u tuđu kuću, zgradu ili stan; često laganje kako bi se dobili predmeti ili usluge ili izbjegle obaveze (npr. smišljeno varanje drugih); krađa vrijednih predmeta bez suočavanja sa žrtvom (krađa u dućanu, ali bez provaljivanja, krivotvorenje)
4. Ozbiljno kršenje pravila: često ostajanje vani bez obzira na roditeljske zabrane, s početkom prije 13. godine; bježanje od kuće, za vrijeme dok je živio/la kod roditelja ili skrbnika, u najmanje dva navrata preko noći, ili jednom ako je izbijanje trajalo duži period vremena; često bježanje iz škole („markiranje“) prije 13. godine.

Ukoliko su prisutni kriteriji za dijagnozu, potrebno je odrediti o kojem se tipu poremećaja radi obzirom na početak pojave simptoma. Postoje tri tipa poremećaja, a to su: F91.1 Tip s početkom u djetinjstvu (najmanje jedan karakterističan simptom prisutan je prije 10. godine), F91.2 Tip s početkom u adolescenciji (prije dobi od 10. godine nije bilo

karakterističnih simptoma za poremećaje ponašanja) i F91.9 Nespecificiran početak (nema dovoljno podataka o tome jesu li se simptomi pojavili prije ili poslije 10. godine, ali kriteriji za postavljanje dijagnoze su zadovoljeni). Nakon utvrđivanja početka pojave simptoma, potrebno je odrediti prisutnost sljedećega: ograničene pro-socijalne emocije, nedostatak grižnje savjesti ili osjećaja krivnje, bešćutnost - nedostatak empatije, nezainteresiranost za uspjeh, površnost ili manjkav afekt. Nakon toga, slijedi određivanje sadašnje težine poremećaja koji može biti blagi, umjereni ili teški (3). Američka DSM-5 klasifikacija poremećaje ponašanja svrstava u skupinu poremećaja „ometajući poremećaj, poremećaj kontrole impulsa i poremećaj ponašanja“ (engl. disruptive, impulse control and conduct disorder) (1, 3).

1.3. Epidemiologija poremećaja ponašanja

Poremećaji ponašanja smatraju se čestom dijagnozom u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (10). U Americi je 2006. godine provedeno istraživanje u kojemu je sudjelovalo 3199 djece, a kojim je pokazano kako je učestalost poremećaja ponašanja u populaciji djece od 5 do 19 godina među istraživanom skupinom bila 9.5%. Istraživanjem je utvrđeno kako je pojavnost poremećaja ponašanja među muškom djecom 12%, a među ženskom 7% (13). Sacco i suradnici su analizirali istraživanja o prevalenciji poremećaja ponašanja u Europi. Istraživanje je obuhvaćalo mlade u dobi od 5 do 18 godina u vremenu od 2016. do 2021. godine, te su utvrđene stope prevalencije od 1.5%, za dječake i mladiće 1.8%, a za djevojčice i djevojke 1.0%. Učestalost poremećaja ponašanja među učenicima osnovne škole je 1.4 puta niža od učestalosti među učenicima srednje škole (15). Epidemiološke studije u Hrvatskoj nisu provedene, dostupni su podaci o hospitalizacijama djece u Hrvatskoj iz 2011. godine. Prema tim podacima uočava se kako je u dobi od 10 do 19 godina bilo više hospitalizacija dječaka

od djevojčica, a najčešći razlog hospitalizacije s udjelom od 16.4%, bili su mješoviti poremećaji ponašanja i osjećaja (16).

1.4. Etiologija poremećaja ponašanja

Četiri su glavne skupine etioloških teorija koje govore o mogućim uzrocima poremećaja ponašanja, a to su: biološke, psihodinamske, kognitivno-bihevioralne te sistemske teorije (1, 17).

Biološke teorije govore o genetskim čimbenicima, neurobiološkim deficitima, disfunkciji neurotransmitera, neuroendokrinim čimbenicima, temperamentu, smanjenoj psihofiziološkoj aktivnosti i reaktivnost te neuropsihološkim deficitima kao mogućim faktorima koji utječu na razvoj poremećaja ponašanja. Genetski čimbenici sami po sebi ne uzrokuju poremećaj, već predstavljaju predispoziciju za njegov nastanak (1, 17). Neurobiološki defцити su strukturalne i funkcionalne abnormalnosti u mozgu koje rezultiraju agresivnim i socijalno nepoželjnim ponašanjem. Primjerice, redukcija volumena limbičkih struktura, posebno amigdale i prednje inzule može uzrokovati manjak empatije te lošu kontrolu vlastitih emocija i ponašanja (1, 17). Neurotransmitterska teorija govori o tome kako niske razine serotonina ili njegova disfunkcija mogu dovesti do pojačane osjetljivosti na podražaje koji potiču agresiju. Neuroendokrina teorija tvrdi kako androgeni, poput testosterona i dehidroepiandrosterona (DEHA) doprinose pojačanom antisocijalnom ponašanju (1, 17). Temperament predstavlja jedan od rizičnih čimbenika za razvoj poremećaja ponašanja ukoliko se radi o tzv. „teškom temperamentu“. “Težak temperament” opisuje djecu koja imaju poteškoća u uspostavljanju redovitih rutina za hranjenje, obavljanju nužde i spavanju, a koja na promjene reagiraju intenzivnim negativnim emocijama. Takav temperament obično izaziva negativne reakcije roditelja, učitelja i vršnjaka na što djeca odgovaraju prkosom, agresijom i ostalim oblicima antisocijalnih ponašanja.

Psihofiziološka aktivnosti i reaktivnost može biti smanjena kod neke djece i adolescenata s poremećajima ponašanja. U tom slučaju može se pronaći nizak nivo kortizola, niža bazalna srčana frekvencija te smanjena provodnost kože (1, 17). Neuropsihološki deficiti odnose se na slabiju verbalnu inteligenciju i deficite verbalnih funkcija. Ta djeca i adolescenti često imaju smanjen kapacitet učenja i niži akademski uspjeh (1, 17).

Psihodinamske teorije govore o utjecaju nesvjesnih iskustava iz ranog djetinjstva na ponašanje pojedinca, pridajući pritom važnost roditeljskom stilu kao jednom od iskustava. Ovisno o roditeljskom stilu moguća je pojava internalizacije, odnosno eksternalizacije (17). Internalizacija obuhvaća ponašanja usmjerena prema unutra poput tjeskobe, pojave depresivnih simptoma i somatskih tegoba, dok eksternalizacija obuhvaća ponašanja koja su usmjerena prema van poput hiperaktivnosti, agresije i antisocijalnog ponašanja (1, 17, 18). Stil privrženosti djece također je jedan od čimbenika koji može utjecati na razvoj poremećaja ponašanja. John Bowlby je 1944. godine iznio teoriju privrženosti. Privrženost podrazumijeva stvaranje emocionalnog odnosa sa roditeljem u kojem roditelj predstavlja tzv. „sigurnu bazu“ za dijete. To znači da će sigurno privrženo dijete u stresnim situacijama tražiti blizinu i kontakt sa roditeljem i da taj kontakt umiri uznemireno dijete (19). Ukoliko dijete razvije nesigurni stil privrženosti, veći je i rizik od povećane sklonost agresiji, manjku empatije, morala i brige za druge ljude kasnije u životu (1, 17).

Kognitivno-bihevioralne teorije bave se socijalnim utjecajem na poremećaj ponašanja. Deficit socijalnih vještina često rezultira reagiranjem na socijalno neprilagođen način na svakodnevne probleme. Ono što je specifično za djecu i adolescente s poremećajem ponašanja je kognitivni mehanizam pogrešne procjene ponašanja i namjera drugih ljudi. Često namjere drugih ljudi tumače kao neprijateljske što im predstavlja prijetnju na koju odgovaraju agresijom ili socijalno neprikladnim odgovorom (1, 17). Jedna od kognitivno-bihevioralne teorija je i teorija modeliranja. Ona objašnjava kako dijete koje odrasta uz agresivnog roditelja uči po

njegovom modelu i preuzima takav model ponašanja. To ponašanje prenosi na svoje vršnjake koji imaju predisponirajuće rizične čimbenike za razvoj poremećaja ponašanja. To se naziva “trening devijantnosti”, a utječe na razvoj delinkvencije kod adolescenata (1, 17). Sistemske teorije objašnjavaju utjecaj obitelji, društvenih mreža i šire zajednice. Jedan od važnih rizičnih čimbenika za razvoj poremećaja ponašanja je disfunkcionalna obitelj u kojoj postoji manjak komunikacije, problemi u rješavanju konflikata, nepostojanje hijerarhije. Uz to se ističu i siromaštvo, tjelesno i seksualno zlostavljanje, teške traume, psihička bolest roditelja, promjena bliske osobe koja se brine za dijete. Izloženost televiziji, videoigrama i internetu gdje je često prisutno nasilje i agresivno ponašanje, može poticati agresiju. Utjecaj vršnjaka je bitan faktor u razvoju devijantnog ponašanja. Djeca i adolescenti s poremećajem ponašanja često se jako dobro slažu te u takvim okruženjima često dolazi do konzumiranja alkohola, droga, kršenja normi i društvenih pravila (1, 17).

Uz rizične čimbenike postoje i protektivni čimbenici koji kod pojedinca mogu ojačati otpornost. Neki od njih su: dobra povezanost s bliskom odraslom osobom, prijateljstvo sa socijaliziranim vršnjacima, bolja kontrola impulsa, poboljšanje socijalnih sposobnosti, prosječna ili iznadprosječna inteligencija (1).

1.5. Dijagnostički postupak

Pri postavljanju dijagnoze jedan od ključnih elemenata je uzimanje dobre anamneze i heteroanamneze. Anamneza se najprije uzima od adolescenta nasamo, zatim zajedno s njegovim roditeljima ili skrbnicima; a na kraju se može nasamo razgovarati i sa roditeljima (1). Potrebno je saznati odnosi li se poremećaj ponašanja samo na obiteljsko okruženje; ima li adolescent razvijene veze sa vršnjacima; kada su smetnje započele i jesu li nastale nakon određenih trauma ili velikih životnih događaja (10). Potrebno je ispitati obiteljsku anamnezu i

saznati kakvi su odnosi u obitelji. Nadalje se procjenjuje roditeljski stil odgajanja i moguće psihopatološke smetnje roditelja. Nastojimo otkriti postoji li kod adolescenta empatija, kontrola emocija, odnos povjerenja te koji je tip privrženosti prisutan. Obavezno pitamo o suicidalnim mislima i namjerama (1). Nakon razgovora slijedi fizikalni pregled (ožiljci, znakovi fizičkog ili seksualnog zlostavljanja); uz neurološki pregled i osnovnu neurološku obradu. U procjeni smetnji mogu se koristiti razni upitnici za roditelje, nastavnike i same adolescente. Istraživanja su pokazala da iskazi nastavnika najbolje koreliraju sa stvarnom kliničkom slikom (1, 4, 11, 13). Najčešće korišteni upitnici su Connersova procjenska ljestvica (engl. Conners Rating Scales), Upitnik o ponašanju djeteta (engl. The Child Behavior Checklist) u formi za nastavnike, roditelje i za samoprocjenska, te Revidirana lista problema u ponašanju (engl. Revised Behavior Problems Lists) (4). Provode se i strukturirani intervjui i psihološka testiranja koja pokazuju širu sliku osobina djeteta. To su: Dijagnostički intervjui za djecu i mladež (engl. Diagnostic Interview for Children and Adolescents) (DISC-R, DICA), Skala za procjenu afektivnih poremećaja i shizofrenije kod djece školskog uzrasta (engl. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children) (K-SADS), Skala za ispitivanje djece (engl. Child Assessment Schedule) (CAS) i drugo (4, 11). Pomoću njih se ispituje postoje li određene poteškoće u učenju ili nizak kvocijent inteligencije koji mogu doprinijeti pojavi simptoma poremećaja ponašanja (4).

1.6. Komorbiditeti i diferencijalna dijagnoza

Postojanje komorbiditeta često je u poremećajima ponašanja (2). Najčešće su to: hiperkinetički poremećaj, depresija i pokušaji suicida, zloupotreba nikotina i droga, bipolarni poremećaj (1, 2). U nekim slučajevima poremećaj ponašanja prikriva prodromalnu fazu težih psihijatrijskih poremećaja (1). Utvrđene su razlike između komorbidnih stanja kod djevojaka i

mladića. Djevojke su sklonije depresiji, anksioznom poremećaju, graničnom poremećaju ličnosti i pokušajima suicida, dok se kod mladića poremećaj ponašanja uglavnom pojavljuje s poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje (4, 11, 13). Poremećaji ponašanja mogu se preklapati s emocionalnim poremećajima s početkom u djetinjstvu te bi u tom slučaju takav poremećaj trebalo dijagnosticirati kao mješoviti poremećaj ponašanja i emocija (1, 2, 12). U slučaju prisutne shizofrenije ili pervazivnih razvojnih poremećaja (autistični spektar) isključuje se dijagnoza poremećaja ponašanja (1).

1.7. Prevencija

Razine prevencije poremećaja ponašanja mogu se podijeliti na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju (20). Primarna prevencija poremećaja ponašanja počinje već od prenatalne dobi i mjere su usmjerene na sve buduće majke. Važno je prepoznavanje žena i obitelji kojima bi bila potrebna intenzivnija socijalna i psihološka potpora (1). U dojenačkoj dobi primarna prevencija podrazumijeva sve mjere kojima se potiče zdrav rast i razvoj dojenčeta (1). Sekundarna prevencija podrazumijeva sve mjere koje su usmjerene na onu djecu i adolescente kod kojih postoje rizični čimbenici za razvoj poremećaja ponašanja (20). Intervencije su usmjerene na razvoj i osnaživanje socijalnih vještina, vještina uspješnog roditeljstva, učenje nenasilnog rješavanja sukoba, intervencije u školskom okruženju i lokalnoj zajednici (14). Tercijarna prevencija provodi se s djecom i adolescentima kojima je već dijagnosticiran poremećaj ponašanja. Tu ubrajamo terapijske programe koji se provode u cilju sprječavanja daljnje progresije poremećaja i nastanka poremećaja ličnosti u odrasloj dobi (20). U preventivne programe trebali bi biti uključeni obitelj, odgojno-obrazovne institucije i šira lokalna zajednica. Cilj preventivnih programa je ojačati protektivne čimbenike i pomoći u stvaranju novih, te otkloniti ili barem reducirati rizične čimbenike (21).

2. Svrha rada

Svrha ovog rada je dati pregled terapijskih opcija za liječenje poremećaja ponašanja u adolescenata. U ovom radu naglasak je na prikazu onih psihosocijalnih terapijskih programa i postupaka kojima je učinkovitost dokazana istraživanjima.

3. Terapijski pristup poremećajima ponašanja u adolescenata

Prvi izbor u terapijskom pristupu poremećajima ponašanja su psihosocijalne intervencije. Farmakoterapija se primjenjuje u kombinaciji sa psihosocijalnim intervencijama ukoliko postoji komorbidni poremećaj ili klinički značajan simptom, primjerice agresija, koji zahtijeva farmakološko liječenje (1, 5, 6, 22, 23). Cilj terapije poremećaja ponašanja je razvoj alternativnih i socijalno prihvatljivih ponašanja. Adolescente se uči različitim modelima za suočavanje sa stresom, povećanju tolerancije na frustraciju i kontroli agresije. Nastoje se poboljšati komunikacijske vještine, razviti empatije i osnažiti pozitivna iskustava u odnosima s drugima (1, 22). Tretmani se provode na način da se pojedinac ne izdvaja iz obitelji ili obiteljskog okruženja nego su svi uključeni u terapijski proces. U tretmane je potrebno uključiti i širu okolinu pojedinca (škola, vršnjaci) zbog snažne međusobne isprepletenosti okoline i njezinog utjecaja na ponašanje pojedinca. Okolina može pozitivno djelovati na spremnost i motiviranost pojedinca prilikom provedbe određenih tretmana (5, 6, 24). U toku same terapije nužno je uspostaviti terapijski savez između terapeuta i adolescenta koji će biti kontinuiran i prožet povjerenjem i uvažavanjem obzirom na to da se uglavnom radi o pojedincima s nesigurnim tipom privrženosti. Terapijski savez je između ostalog i podrška obitelji te predstavlja kontinuiranu dostupnost terapeuta posebno za vrijeme kriznih razdoblja jer je liječenje dugotrajno, a dobar odnos s klijentima poboljšava ishode liječenja (1, 22, 25).

3.1. Psihosocijalne intervencije

Psihosocijalne metode liječenja su multimodalne i multidisciplinarne intervencije koje mogu biti usmjerene na adolescenta, obitelj i okolinu (npr. škola, vršnjaci) (1, 22, 23). Cilj psihosocijalnih intervencija je promjena ponašanja prema društveno prihvatljivim oblicima ponašanja, što uključuje odstupanje od postojećeg ponašanja, kretanje iz jednog oblika

ponašanja u drugo, zadržavanje u tom procesu te postizanje drugačijeg i boljeg oblika ponašanja od prijašnjeg (24). Psihosocijalne intervencije koje se primjenjuju u terapiji poremećaja ponašanja u adolescenata, a utemeljene su na dokazima, su trening roditeljskih vještina, program pozitivnog roditeljstva, funkcionalna obiteljska terapija, kratka strateška obiteljska terapija, multisistematska terapija, multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu, “Igra lijepog ponašanja” i tretmani utemeljeni na kognitivnom pristupu, o čemu će više riječi biti u nastavku rada. Te su terapijske intervencije pokazale najbolje rezultate u liječenju poremećaja ponašanja u adolescenata sa simptomima agresivnog i nedruštvenog ponašanja unutar obitelji i/ili prema vršnjacima (5, 6, 7, 22). Postoje i psihosocijalne intervencije usmjerene na djecu vrtičke, predškolske i mlađe školske dobi za koje je dokazano da djeluju preventivno na rizična ponašanja. Te su intervencije većinom usmjerene na edukaciju i rad s roditeljima u svrhu poboljšanja odgojnog stila, prepoznavanja rizičnih ponašanja i pravovaljanog reagiranja na njih (5, 6, 7). Multidisciplinarni pristup ovih intervencija zahtjeva uključivanje timova sastavljenih od socijalnih pedagoga, psihoterapeuta, psihologa, socijalnih radnika i psihijataru (1, 5, 26). Svaki od njih promatra adolescenta iz svoje domene rada, donosi svoj zaključak o dijagnozi i predlaže oblike tretmana. Cilj takvog pristupa je preciznija dijagnostika i planiranje tretmana obzirom na procjenu mogućih postignuća pojedinca u socijalnim i osobnim intervencijama, moguće reakcije pojedinca na intervencije i određivanje konkretnih načina rada s pojedincem i/ili njegovom okolinom (26).

3.1.1. Trening roditeljskih vještina

Trening roditeljskih vještina (PMT – engl. Parent Management Training) je terapijski pristup koji roditelje uči kako mijenjati ponašanje svog djeteta unutar vlastitog doma (6). Roditelji se sastaju s terapeutom uz pomoć kojeg uče i razvijaju određene vještine koje zatim primjenjuju

u interakciji sa svojim djetetom s ciljem razvoja prosocijalnog ponašanja kod djeteta. Poticanjem prosocijalnog ponašanja smanjuje se devijantno ponašanje adolescenta, poboljšava odnos između roditelja i djeteta te se mijenja obrazac interakcije koji postoji u njihovom odnosu (5, 6). Devijantno ponašanje adolescenta često dovodi do neprimjerenih reakcija roditelja kao što su neprimjerene naredbe i kazne, a to može rezultirati novim burnim reakcijama adolescenta (6). Trening roditeljskih vještina, osim u adolescenta, potiče razvoj i održavanje prosocijalnog ponašanja unutar obitelji. Roditelji razvijaju vještine kao što su: jasno definiranje pravila, pohvala i odobravanje primjerenog ponašanja, primjena blage kazne za neprimjereno ponašanje, pronalaženje kompromisa i bolje komunikacijske vještine. Ove vještine sustavno se grade i razvijaju uz pomoć terapeuta (5, 6).

Danas postoji puno varijacija i različitih oblika PMT-a, ali određene karakteristike su zajedničke svim programima. Prva zajednička karakteristika je da se terapija provodi s jednim ili oba roditelja koji naučene vještine primjenjuju kod kuće. Pri tom je dozvoljeno da terapeut ima i manju interakciju s adolescentom, često na način da se i adolescenta uključi u razgovor o terapiji zajedno s njegovim roditeljima kako bi se uvažile i njihove želje. Druga zajednička karakteristika je da se roditelje uči kako identificirati, definirati i promatrati problematična ponašanja adolescenta iz nove perspektive. Ispravna interpretacija ponašanja adolescenta i primjerena reakcija roditelja jako je bitna za evaluaciju uspješnosti tretmana. Treća zajednička karakteristika je da svaki tretman potiče socijalno učenje o određenim ponašanjima. Primjerice, društveno prihvatljivo ponašanje nagradit će se pohvalom i nekim oblikom nagrade dok će neprimjereno ponašanje rezultirati blagim oblikom kazne (npr. gubljenja određene privilegije koja je do tada postojala). Četvrta zajednička karakteristika je to da roditelji imaju mogućnost vidjeti kako se određene tehnike provode i kada se koriste (5, 6). Terapijski utjecaj ovog tretmana nakon nekog vremena počinje se odražavati i na druge

domene adolescentovog života kao što su poboljšanje uspjeha u školi i bolji odnosi s vršnjacima (6).

Učinci PMT-a su mnogobrojni, uključujući razvoj prosocijalnog ponašanja, poboljšanje odnosa s vršnjacima i unutar obitelji te smanjenje devijantnog ponašanja. Pokazalo se kako PMT neposredno utječe i na poboljšanje ponašanja braće i sestara koji nisu direktno bili uključeni u terapijski tretman, što je vrlo značajno jer su braća i sestre djece i adolescenata kojima je dijagnosticiran poremećaj ponašanja pod povećanim rizikom da ga i sami razviju (5, 6). Postoje i određeni nedostaci PMT-a. Jedan od njih je da osnovni učinci terapije ovise o roditeljima, a neki roditelji mogu imati poteškoće pri usvajanju različitih vještina. Pred roditelje je stavljen izazov učenja o socijalnom ponašanju i prepoznavanje devijantnih ponašanja. Obavezni su dolaziti tjedne susrete s terapeutom i provoditi specifične postupke kod kuće. S druge strane, kada je riječ o terapeutima koji provode ovakav oblik tretmana, potrebno je istaknuti kako nedostaje prilika za obuku stručnjaka u ovom području. Obrazovni programi u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, kliničkoj psihologiji i socijalnom radu rijetko uključuju ovu tehniku. Iako poznavanje osnovnih principa PMT-a može biti od koristi, potrebno je naučiti na ispravan način i u pravom trenutku primijeniti različite tehnike u praksi. (5, 6).

Neki od autora koji su se bavili istraživanjem o PMT-u su Forgatch, Patterson, DeGarmo i Beldavs, koji su 2009. godine proveli istraživanje na uzorku od 238 samohranih majki i njihovih osnovnoškolskih sinova. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je 9 godina, a rezultati dobiveni istraživanjem su pokazali značajno smanjenje neprikladnog ponašanja i smanjenje policijskih uhićenja dječaka (26).

3.1.2. Program pozitivnog roditeljstva

Program pozitivnog roditeljstva (Triple P – engl. Positive Parenting Program) je program namijenjen roditeljima čija su djeca u tretmanu liječenja poremećaja ponašanja, emocionalnih poremećaja i razvojnih poremećaja (5). Ovaj oblik terapije provodi se u više od 30 svjetskih država uključujući Kanadu, Australiju, Veliku Britaniju, Novi Zeland, Njemačku, Japan i dr. (28). Cilj ove terapije je jačanje zaštitnih čimbenika obitelji kroz poboljšanje roditeljskih vještina i povećanje samopouzdanja roditelja u njihovom roditeljstvu. Pozitivnim roditeljskim praksama promiče se sigurno i nenasilno okruženje, a time se potiče razvoj socijalnih, emocionalnih, verbalnih i intelektualnih kompetencija kod djece i adolescenata (5, 29). Neke od pozitivnih roditeljskih praksi su provođenje kvalitetnog vremena s djetetom, razgovor i jasna komunikacija, iskazivanje ljubavi na fizički način, pružanje dobrog primjera kroz vlastite postupke, postavljanje jasnih pravila, davanje jasnih uputa, produktivne rasprave, korištenje blagih kazni (29).

Ovaj program uključuje pet razina intervencija raspoređenih po hijerarhiji. Prva razina je informativna strategija koja svim zainteresiranim roditeljima pruža pristup informacijama o roditeljstvu putem medija, promotivnih kampanja, priručnika sa savjetima za roditelje, videozapisa koji prikazuju specifične roditeljske strategije. Osmišljena je za povećanje svijesti zajednice o roditeljskim potrebama, za poticanje roditelja na sudjelovanje u programima i kao sredstvo komuniciranja. Druga razina je kratka intervencija primarne zdravstvene skrbi za roditelje djece s blagim poteškoćama u ponašanju. Ova razina intervencije može se provesti individualno ili u velikim grupama roditelja putem tri seminara od 90 minuta. Treća razina uključuje individualni trening vještina koji se provodi u obliku četiri sastanka s roditeljima u kojem se roditelje osposobljava za upravljanje određenim ponašanjima u odnosu sa svojom djecom. Četvrta razina namijenjena je roditeljima čija djeca imaju ozbiljan poremećaj ponašanja sa agresivnim i antisocijalnim karakteristikama. Provodi se kroz 8 do 10 sastanaka

s roditeljima. Peta razina je namijenjena roditeljima u čijoj su obitelji uz poremećaj ponašanja adolescenta prisutne i neke druge obiteljske poteškoće, primjerice bračni sukobi, depresija roditelja, visoke razine stresa (5, 29).

Ovakav oblik terapijske intervencije pokazao je učinkovitost u poboljšanju roditeljskih odgojnih metoda, bolje funkcioniranje obitelji te napredak u poticanju stvaranja prosocijalnih ponašanja kod djece i adolescenata (5). Program pozitivnog roditeljstva kao terapijska intervencija je oblik obiteljske podrške koji se može implementirati kao preventivna strategija na razini populacije kako bi se roditeljima pružila bolja potpora u odgoju njihove djece (29). Neki od autora koji su se bavili istraživanjem ovog programa su Sanders, Markie-Dadds, Tully i Bor, koji su 2000. godine proveli istraživanje na uzorku od 305 obitelji predškolaca s visokim rizikom za razvoj poremećaja ponašanja. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je jednu godinu, a rezultati dobiveni istraživanjem pokazali su smanjenje roditeljskih prijava o rizičnim čimbenicima djece, niže stupnjeve disfunkcionalnosti u roditeljstvu i poboljšanje roditeljskih vještina (5).

3.1.3. Funkcionalna obiteljska terapija

Funkcionalna obiteljska terapija (FFT – engl. Functional family therapy) je oblik obiteljski usmjerene terapije koja na integrativan način pristupa interakcijskim, bihevioralnim i kognitivnim disfunkcijama unutar obitelji kao jednog sustava. Etiološka teorija na kojoj se temelji ovaj terapijski pristup tumači djetetov poremećaj ponašanja kao posljedicu neispravnosti čitavog obiteljskog sustava. U takvom sustavu poremećaj ponašanja adolescenta ima svoje mjesto i određenu funkciju (5, 6). Ova terapija intenzivno se provodi u raznim državama svijeta kao što su Sjedinjene Američke Države, Velika Britanija, Irska, Nizozemska, Australija, Kanada i druge (30). Cilj liječenja je promijeniti obrasce u međusobnoj interakciji

i komunikaciji unutar obitelj da bi se na taj način potaknulo zdravije funkcioniranje obitelji kao sistema. Takvim promjenama moguće je postići napredak ka socijalno prihvatljivijim oblicima ponašanja adolescenta (6).

Funkcionalna obiteljska terapija se sastoji od 8 do 12 tretmana u trajanju od sat vremena koji se provode tokom tri mjeseca. Postoji više faza liječenja prilikom primjene ove terapije. Prva faza je razdoblje angažmana i motivacije tijekom koje je terapeut zadužen da smanji negativne stavove članova obitelji koji bi mogli ometati daljnji nastavak tretmana. Terapeut nastoji poboljšati percepciju pozitivnih čimbenika u obitelji koji upućuju na to da se pozitivna promjena u ponašanju adolescenta i funkcioniranju obitelji može postići. U ovoj fazi stvara se terapijski savez i podloga za nastavak liječenja. Druga faza liječenja je faza promjene ponašanja koja je usmjerena na razvoj pozitivnih obrazaca ponašanja kod svakog pojedinog člana obitelji. Njome se obuhvaća kognitivna, interaktivna i emocionalna domena. Promjene u obiteljskim interakcijama olakšavaju prepoznavanje problema koji podupire poremećaj ponašanja u adolescenta. Cilj ove faze je poboljšati bolju komunikaciju unutar obitelji, poboljšati roditeljske vještine te ojačati zaštitne faktore unutar obitelji. Treća faza je faza generalizacije gdje se promjena koja je postignuta unutar obitelji sada prenosi izvan kruga obitelji na druga problematična područja. Primarni cilj ove faze je pomoći obitelji da održi promjene koje je usvojila u toku liječenja i spriječiti recidiv disfunkcionalnog ponašanja (5, 6, 31).

Obitelji mladih delikvenata često pokazuju veći stupanj defenzivnosti u komunikaciji, okrivljavanju, negativnim atributima i niži stupanj uzajamne podrške. U toku terapije obitelj treba uvidjeti problem u njihovim međusobnim interakcijama i odnosima. Terapeut služi kao pomoćnik koji ukazuje na određene situacije u njihovom međusobnom funkcioniranju s posebnim osvrtom na temeljni problem zbog kojeg dolaze na terapiju. To je poticaj da se među članovima stvori konstruktivnija interakcija (5, 6). Učinkovitost ove terapije posebno je

uočena među mladim delikventima, konzumentima alkohola i opojnih droga te mladima s agresivnim oblicima ponašanja. Nakon FFT-a među takvim skupinama smanjila se stopa uhićenja i delikvencije (31). Ono što značajno doprinosi učinkovitosti ove terapije je i odnos terapeuta s obitelji. Podrška i jasan stav terapeuta u toku tretmana poboljšava spremnost i motiviranost članova obitelji (5, 6, 31).

Neki od autora koji su se bavili istraživanjem o FFT su Sexton i Turner, koji su 2010. godine proveli istraživanje na uzorku 917 obitelji s mladima u dobi od 13 do 17 godina koji su bili u riziku ili su bili uključeni u delinkvenciju te su uz to imali poremećaj ponašanja. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je godinu dana, a rezultati dobiveni praćenjem pokazali su značajno smanjenje teških zločina među praćenim adolescentima (32).

3.1.4. Kratka strateška obiteljska terapija

Kratka strateška obiteljska terapija (BSFT- engl. Brief strategic family therapy) novi je model obiteljske terapije razvijen za liječenje poremećaja ponašanja u djece i adolescenata. Ovaj oblik terapije aktivno se provodi u Sjedinjenim Američkim Državama (33). Kao i FFT, ova terapija usredotočuje se na promjenu disfunkcionalnih obrazaca unutar obitelji, međutim usmjerena je na promjenu obiteljskih obrazaca komunikacije i dinamike, dok FFT integrativno pristupa individualnim problemima adolescenta promatrajući ih u kontekstu obitelji (5). Kratka strateška obiteljska terapija koristi se tehnikama obiteljske terapije za promjenu interakcija unutar obiteljskog sustava koje podržavaju poremećaj ponašanja. Obrasci obiteljskih interakcija i njihovo funkcioniranje predstavljaju osnovu za maladaptivno funkcioniranje adolescenta. Poremećaj ponašanja koji je u fokusu terapije se promatra kao disfunkcija u odnosu na čitavu obitelj (5, 6, 34).

Terapija traje četiri mjeseca tijekom kojih se održava 8-24 susreta s terapeutom u klinici ili obiteljskom domu. Fokus terapije je na razvijanju pozitivnih i prosocijalnih ponašanja kod adolescenta kroz razvijanje bolje interakcije među članovima obitelji (5). Kako bi izazvali promjene u ponašanju, terapeut koristi četiri skupine tehnika: povezivanje, praćenje i izazivanje, preoblikovanje ili stvaranje motivacijskog konteksta za promjenu te restrukturiranje (34). Pridruživanje je ključni korak u procesu terapije u kojem terapeut postaje dio terapijskog tima obitelji. Terapeut mora razviti empatiju prema svakom članu obitelji i ponuditi konkretnu pomoć. Pridruživanje uključuje prihvaćanje, poštovanje i usvajanje ponašanja kojim se terapeut uklapa u obitelj. Primjerice, ako članovi obitelji koriste određeni žargon, terapeut može koristiti iste riječi prilikom komunikacije s obitelji. Praćenje je druga tehnika koja se koristi za identificiranje jakih i slabih strana obiteljskih interakcija. Osnovna taktika praćenja je poticanje članova obitelji da se ponašaju onako kako bi se ponašali da terapeut nije prisutan. Primjerice, članovi bi ispred terapeuta trebali izravno razgovarati jedni s drugima o problemima koji ih dovode na terapiju, bez da upućuju komentare terapeutu. Dijagnoza je proces kojim terapeut identificira određene obrasce unutar obitelji za koje smatra da su povezani sa simptomima poremećaja ponašanja u adolescenata. Preoblikovanje i stvaranje motivacijskog konteksta je tehnika kojom se smanjuje negativnost koja se može pojaviti u toku terapije. Terapeut stvara pozitivno i motivacijsko okruženje za usvajanje novih obrazaca u odnosima i komunikaciji. Restrukturiranje je tehnika kojom se mijenjaju disfunkcionalne interakcije unutar obitelji (34).

Učinci BSFT-a očituju se stvaranjem novih i socijalno prihvatljivih obrazaca ponašanja, smanjenjem nasilnog ponašanja i poboljšanjem funkcioniranja i komunikacije unutar obitelji (29). Neki od negativnih čimbenika koji bi mogli ometati provođenje i uspjeh terapije su nemotiviranost i neuključivanje svih članova obitelji u terapiju (34).

Neki od autora koji su se bavili istraživanjem o BSFT su Santisteban i suradnici, koji su 2003. godine proveli istraživanje na uzorku od 126 hispanskih obitelji s mladima u dobi od 12 do 18 godina čiji su roditelji i nastavnici prijavili probleme ponašanja. Rezultati dobiveni istraživanjem pokazali su značajno poboljšanje ponašanja i smanjenje delinkvencije u praćenih ispitanika od strane roditelja (5).

3.1.5. Multisistematska terapija

Multisistematska terapija (MST – engl. Multisystemic therapy) je oblik terapije koja se temelji na sistemskoj teoriji koja objašnjava kako je adolescent uklopljen u više različitih sistema, od kojih svaki od njih ima svoj utjecaj na razvoj poremećaja ponašanja. Terapija zalazi u više različitih sistema koji su dio života adolescenta i reflektira na njih ono što je u fokusu terapije, a to je poremećaj ponašanja adolescenta (6, 22). Ovaj oblik terapijske intervencije provodi se u više od 34 svjetske države, posebno u Sjedinjenim Američkim Državama, Nizozemskoj, Norveškoj, Danskoj, Švedskom i drugima (35). Cilj ove terapije je ispraviti pogreške i nedostatke u različitim sistemima kako bi se oko adolescenta stvorilo pozitivno socijalno okruženje koje bi djelovalo poticajno u smislu stvaranja prosocijalnih obrazaca ponašanja i smanjenja devijantnih i socijalno neprimjerenih oblika ponašanja (5, 6). Ne postoji jedinstven skup intervencija, već se MST se u svojoj praksi koristi tehnikama različitih terapijskih pristupa, a to su najviše intervencije proizašle iz PMT-a, obiteljske i bračne terapije te kognitivno-bihevioralne tehnike. Intervencije usmjerene na obitelj koriste se za prepoznavanje problema unutar obiteljskog funkcioniranja, poboljšanje komunikacije, promjene funkcioniranja i interakcije među članovima obitelji. Ukoliko su problemi pojedinog člana obitelji izrazito intenzivni i zahtijevaju individualan pristup tada se najčešće koriste kognitivno-bihevioralne tehnike (8). Ciljevi tih intervencija su pomoći roditeljima da

razvijaju drugačije modele ponašanja, pomoći im u prevladavanju bračnih poteškoća koje ometaju sposobnost roditelja da funkcioniraju kao roditelji, eliminirati negativne interakcije između roditelja i adolescenta te razvijati bolje odnose unutar obitelji (5, 6). Evaluacija se provodi i u drugim sistemima unutar kojih se adolescent kreće, a to su najčešće škola, vršnjaci i susjedstvo. Kada se provodi procjena interakcija adolescenta s vršnjacima provode se razgovori s adolescentom, vršnjacima, roditeljima, poznanicima. Direktno se promatra ponašanje adolescenta s njegovim vršnjacima (8). Uočavaju se i negativni čimbenici jednog sistema koji utječu na funkcioniranje drugih sistema, primjerice nezaposlenost roditelja ili povećana konzumacija alkohola u roditelja često negativno utječu na bračne odnose i funkcioniranje obitelji te na taj način podržavaju antisocijalno ponašanje adolescenta što se zatim odražava na njegov školski uspjeh i odnose s vršnjacima (8). Dakle, tijekom terapije se postepeno uočavaju disfunkcionalnosti različitih sustava te se prema potrebi pravovaljano intervenira u svaki od njih s ciljem otklanjanja poteškoća. Nakon sveobuhvatne evaluacija svih sistema terapeut zajedno s članovima obitelji definira ciljeve terapije, način provođenja konkretnih intervencija i način praćenja napretka (6, 8). Terapija se provodi s u timu s tri do četiri terapeuta koji su implementirani u razne sisteme koji su prisutni u životu adolescenta. Terapeut je dostupan 24 sata na dan kroz sedam dana u tjednu telefonskim putem, a konkretan rad u pojedinoj domeni može trajati od dva do 15 sati tjedno. Trajanje terapije je četiri do šest mjeseci, a terapeut je prisutan u obiteljskom domu adolescenta i drugim mjestima gdje se adolescent kreće (5, 6, 8). Terapeut radi na poboljšanju roditeljskog odgojnog stila, djeluje na učitelje, odgojitelje i druge utjecajne osobe u životu adolescenta. Također, nastoje se ojačati pozitivne osobine adolescenta i stvoriti osjećaj odgovornosti kod članova obitelji. Konflikti se ne ostavljaju neriješenima. Intervencije moraju biti primjerene za razvojnu dob adolescenta. Ova metoda zahtijeva kontinuirano praćenje i stalnu evaluaciju različitih sistema te razmatranje učinaka koji će uslijediti nakon završetka tretmana (6).

Multisistematska terapija pokazala se uspješnom u smanjenju delinkvencije, antisocijalnog ponašanja i smanjenju upotrebe droga u odnosu na uobičajene usluge koje se pružaju takvim adolescentima (npr. sudski uvjetovane aktivnosti ili uvjetna kazna). Uočeno je češće pohađanje školske nastave i bolje funkcioniranje obitelji. Zabilježen je manji broj hospitalizacija i skraćeno je vrijeme hospitalizacije tijekom provedbe ovog terapijskog tretmana (5, 6, 36).

Nedostatci MST-a postoje, a u velikoj se mjeri odnose na količinu i opseg različitih intervencija koje je potrebno pružiti i obuhvatiti u toku tretmana. Velika je količina administracije s obzirom na broj intervencija, a terapeuti moraju biti osposobljeni za rad unutar različitih sistema. Intenzitet terapije zahtjeva stalnu superviziju terapeuta. Unatoč ovim nedostacima, MST i dalje ima rezultate koji govore u prilog uspješnosti ovog tretmana te ostaje puno mogućnosti za daljnje unapređenje ovakvog oblika terapije (5, 6).

Neki od autora koji su se bavili istraživanjem o MST- u su Timmons-Mitchell, Bender, Kishna i Mitchell, koji su 2006. godine proveli istraživanje na uzorku od 93 mladih u dobi od 13 do 15 godina s poremećajem ponašanja. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je 18 mjeseci, a rezultati dobiveni praćenjem su pokazali značajno smanjenje ponovnih uhićenja i poboljšanje funkcioniranja u različitim sistemima (5).

3.1.6. Multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu

Multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu (MTFC – engl. Multidimensional Treatment Foster Care) je psihosocijalna intervencija liječenja u zajednici. Ovaj oblik terapije aktivno se provodi u Sjedinjenim Američkim Državama, Nizozemskoj, Velikoj Britaniji i Švedskoj (37). Primjenjuje se za vrlo problematičnu djecu kao alternativa smještanja u socijalne ustanove, kada roditelji odbijaju sudjelovanje u tretmanu ili kada je iz određenog razloga adolescent

izdvojen iz obitelji (5, 6, 37). Cilj ove intervencije je adolescenta zadržati u prirodnom okruženju obitelji putem udomitelja koji predstavljaju ključan faktor ovog tretmana. Za vrijeme boravka u udomiteljskoj obitelji adolescenta se uči što se od njega očekuje u tipičnoj obiteljskoj situaciji, a istovremeno se njegove roditelje ili buduće skrbnike uči tehnikama roditeljskih strategija s kojima se adolescent susreće u udomiteljskoj obitelji (37). Time se postiže dosljednost u strategijama discipliniranja, mogućnost života unutar zajednice uz intenzivan nadzor, ispravljanje antisocijalnih i razvoj prosocijalnih ponašanja (6). Idealno bi bilo kada bi se mladi nakon ove terapije vratili u svoje obitelji. U 85% slučajeva se to i događa, dok se preostalih 15% mladih vraća u udomiteljske obitelji ili u ustanove koje nude trajan smještaj za takve mlade (5).

Konkretno liječenje započinje smještanjem adolescenta u udomiteljsku obitelj. Nastoji se da samo jedan adolescent sa poremećajem u ponašanju bude smješten u jednu obitelj zbog mogućeg sinergističkog djelovanja ukoliko ih se više smjesti u istu obitelj. Od prvog dana smještaja, udomitelji imaju svakodnevni kontakt s terapeutom. Terapeut putem telefonskog poziva prikuplja informacije o ponašanju adolescenta tijekom proteklih 24 sata. Udomitelj terapeutu daje izvještaj u obliku "Roditeljskog dnevnog izvještaja" (engl. Parent Daily Report). Na taj se način osigurava kontinuirana provedba i uspješnost terapije. Osim telefonskih poziva, terapeut obavlja i kućne posjete udomiteljima i grupne tjedne sastanke udomitelja. (5, 6, 37). Na tjednim sastancima sudjeluju svi udomitelji i svatko može pred grupu iznijeti određene probleme i situacije. Udomitelji mogu na taj način pružiti podršku i pomoć jedni drugima. Sastanak potpore udomitelja traje otprilike dva sata te se tu, između ostalog, evaluira napredak svakog adolescenta prema tjednim izvještajima. Podrška se pruža i školskom osoblju u obliku savjetovanja učitelja. Praćenje ponašanja, uspjeha i napretka u školi važan je dio intervencije (37).

Nakon što je adolescent smješten u udomiteljsku obitelj njegovim biološkim roditeljima ili budućim skrbnicima se pruža podrška u obliku PMT-a i obiteljski usmjerene terapije. Cilj tih intervencija je naučiti roditelje ili buduće skrbnike roditeljskim vještinama pomoću kojih će na prikladan način moći odgovoriti na različita ponašanja adolescenta. Primjerice, kako postaviti granice na negativno ponašanje, kako i u kojim situacijama primijeniti blagu kaznu ili nagradu. Nastoji se da dugoročni skrbnici usvoje tehnike primjenjivane u udomiteljskoj obitelji kako bi se adolescent vratio u slično i dosljedno okruženje. Vrijeme koje se provede u udomiteljskoj obitelji je šesti do devet mjeseci (5, 6). Četiri su ključna elementa MTFC-a, a to su: stvaranje okruženja u kojem se potiče na specifična ponašanja kojima se povećavaju vještina adolescenta i njegovih roditelja, pred adolescenta se stavljaju dnevni zadatci, očekivanja, ograničenja i posljedice, mjesto gdje mladi borave se svakodnevno prati te se potiču prosocijalni kontakti sa zdravim vršnjacima (5, 6, 37).

U provedbi ove terapije sudjeluje veliki tim ljudi koji je sastavljen od voditelja slučaja, individualnog terapeuta koji radi s adolescentom, obiteljskog terapeuta, terapeuta koji će svakodnevno kontaktirati udomitelje, grupnog terapeuta, psihijatra i mnogih drugih. Mladoj osobi se nastoji pružiti iskustvo socijalnog učenja preko pozitivnih međuljudskih odnosa. Roditelji kojima se dijete vraća prije toga posjećuju dijete u udomiteljskoj obitelji i dijete posjećuje njih. Takvo postepeno izlaganje osigurava siguran prijelaz iz jednog okruženja u drugo te priprema roditelje na utvrđivanje novih strategija i vještina (5, 6). Mladi kojima se određuje ovakav oblik terapijske intervencije često imaju komorbidne poremećaje, traume iz prošlosti, zlostavljanja ili su već bili dio nekih drugih terapijskih tretmana. Često se na ovaj program upućuju i mladi uključeni u delinkvenciju i mladi iz sustava socijalne skrbi. Istraživanja MTFC pokazala su velike dobrobiti kao i znatno smanjenje delinkvencije, maloljetničkog kriminala, smanjenje stope uhićenja i maloljetničkih trudnoća među adolescenticama (5, 6, 37).

Neki od nedostataka ove terapije su pronalaženje adekvatnih udomitelja i veliki zahtjevi stavljeni pred udomitelje. Multidisciplinarni pristup iziskuje jednakomjerno zalaganje svih osoba uključenih u ovaj tretman i dobru koordinaciju svih struktura. Terapeuti moraju imati široku edukaciju i znanje kako bi pravilno integrirali i primijenili različite tehnike u određenim situacijama (6).

Neki od autora koji su se bavili istraživanjem o MTFC-u proveli su Chamberlain, Leve i DeGarmo, koji su 2007. godine proveli istraživanje na uzorku od 103 mlade djevojke u dobi od 13 do 17 godina s problemima ozbiljne i stalne delinkvencije. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je dvije godine, a rezultati dobiveni praćenjem pokazali su značajno smanjenje delinkvencije kod starijih djevojaka u odnosu na mlađe (38).

3.1.7. Igra lijepog ponašanja

Igra lijepog ponašanja (GBG – engl. Good Behaviour Game) je oblik terapijske intervencije koji se provodi u školama. Terapija se provodi kao igra unutar razreda, a traje tjedan ili dva. Temelj igre je socijalno učenje koje uključuje kaznu ili nagradu za određeno ponašanje. Pravila igre nalažu da se razred podijeli u dva tima. Postoje pravila i obaveze kojih se oba tima moraju pridržavati. Ta pravila usmjerena su na određene obrasce ponašanja koja se nastoje moderirati ka socijalno prihvatljivijem ponašanju, primjerice ometanje drugih učenika na nastavi, maltretiranje drugih ili tuča s kolegama u razredu. Kada netko u timu prekrši jedno od pravila, tim gubi bodove. Bodovi se pišu na vidljivo mjesto i na kraju tjedna se zbrajaju. Tim s više bodova osvaja određenu nagradu. Ova metoda može se primjenjivati u osnovnim i srednjim školama. Za ovaj oblik psihosocijalne intervencije utvrđeno je da znatno smanjuje agresivno i nasilno ponašanje i poboljšava školski uspjeh. Posebno se među mladim muškarcima smanjila stopa zlorabe alkohola i opojnih droga, stopa kršenja pravila,

nasilnih ispada, antisocijalnih ponašanja i suicidalnih ideja. Implementiranje ovog modela u škole može poslužiti ne samo kao tretman, već kao i preventivna intervencija za djecu s rizičnim čimbenicima za razvoj poremećaja ponašanja (6).

Istraživanja o GBG-u započela su 1985. godine u učionicama osnovnih škola na uzorku od 41 razreda u Baltimoreu. Sinteza dugoročnih rezultata, kada su ispitanici bili u dobi oko 20 godina, pokazala je značajan utjecaj na smanjenje agresivnog i antisocijalnog ponašanja kod muške populacije (39).

3.1.8. Tretmani utemeljeni na kognitivnom pristupu

Tretmani utemeljeni na kognitivnom pristupu (engl. Cognitively Based Treatments) usmjereni su na liječenje kognitivnih distorzija koje postoje kod pojedinca (6). Kognitivni procesi obuhvaćaju spoznajne procese, pažnju, učenje, motivaciju, načine donošenja odluka. Oni su medijator kroz koji se tumače različiti životni događaji. U svakodnevnom životu čovjek uvijek iznova kognitivno obrađuje događaje i promatra ih u odnosu na subjektivnu dobrobit (40). Djeca i adolescenti s poremećajem ponašanja i izraženim agresivnim ponašanjem pokazuju distorzije u različitim kognitivnim procesima (npr. stvaranja alternativnih rješenja u međuljudskim odnosima, odabir sredstava za postizanje ciljeva ili uvid u moguće posljedice određenog ponašanja). Kognitivni procesi utječu na način na koji procjenjuju situaciju, način na koji pretpostavljaju očekivanu reakciju od drugih ljudi i način na koji odlučuju odgovoriti na datu situaciju (6). Često takvi mladi neprijateljski shvaćaju namjere drugih, posebno u situacijama koje se mogu protumačiti na više načina. Zbog toga češće izabiru agresivnu reakciju kao rješenje (17).

Najrazvijeniji među kognitivnim programima su Program suočavanja s ljutnjom (engl. Anger Coping Program), Program jačanja sposobnosti suočavanja (engl. Coping Power Program) i

Trening vještina rješavanja problema (engl. Problem-Solving Skills Training) (5, 6). Program suočavanja s ljutnjom provodi se u obliku grupne terapije kroz 18 susreta s terapeutom u trajanju 45-60 minuta. Tijekom terapije naglasak se stavlja na učenje o samokontroli, različitim pristupima u rješavanju problema i promatranju događaja iz više perspektiva. Cilj je pomoći adolescentima da se nose s ljutnjom nakon provokacija ili frustracija te da nauče nove strategije rješavanja sukoba (5, 6).

Program jačanja sposobnosti suočavanja je proširena verzija Programa suočavanja s ljutnjom koji osim adolescenta uključuje i roditelje u terapijski proces. Postoje posebne grupne terapije za adolescente i posebne grupne terapije za roditelje koje se u velikoj mjeri baziraju na PMT tehnikama za jačanje ciljanog ponašanja kod adolescenta. Ovaj terapijski pristup uključuje primjenu zamišljenih scenarija, igranja uloga i zadatke za vježbu nakon tjednih sastanaka (6). Neki od autora istraživanja o Programu jačanja sposobnosti suočavanja su Lochman i Wells, koji su 2002. godine proveli istraživanje na uzorku od 245 dječaka i djevojčica, polaznika petog i šestog razreda osnovne škole. Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je godinu dana, a rezultati dobiveni praćenjem pokazali su smanjenje agresivnog ponašanja i smanjenje problematičnih ponašanja u školi (5).

Trening vještina rješavanja problema provodi se u bolnicama i ambulantama kroz 12 susreta s terapeutom u trajanju 30-50 minuta. Glavni naglasak u tretmanu stavljen je na način na koji adolescent pristupa raznim situacijama. Pred njega se stavlja razne situacije i ispituju se načini na koji bi odgovorio na njih. Uči se kako korak po korak pristupiti rješavanju problema u međuljudskim odnosima i koja ponašanja odabrati kao prikladna. Koriste se strukturirani zadatci koji uključuju igre, školske aktivnosti i priče. Usvojene kognitivne vještine tijekom terapije primjenjuju se na stvarne situacije (5, 6). Neki od autora istraživanja o Treningu vještina rješavanja problema su Kazdin i suradnici, koji su 1989. godine proveli istraživanje na uzorku od 112 dječaka i djevojčica nasumično odabranih u dobi od sedam do 13 godina.

Period praćenja ispitanika po završetku studije trajao je godinu dana, a rezultati dobiveni praćenjem pokazali su značajno smanjenje antisocijalnog ponašanja i problema u ponašanju u usporedbi s kontrolnom grupom (41).

Ovakve terapijske intervencije pokazale su značajno smanjenje agresivnog i antisocijalnog ponašanja kod kuće, u školi i među vršnjacima, a spriječen je daljnji razvoj antisocijalnih ponašanja. Prednost je što se puno ovakvih intervencija osim u ambulantomama i bolnicama može provoditi i u školskim učionicama (5, 6).

3.2. Farmakoterapija

Farmakoterapija se ne preporučuje kao prva terapijska opcija, međutim pokazala se učinkovitom u slučaju kada je uz poremećaj ponašanja prisutna agresija ili povećana razdražljivost koja ometa provedbu psihosocijalnih intervencija. Farmakoterapija se koristi u slučajevima postojanja komorbidnih poremećaja, a to su najčešće hiperkinetički poremećaji i poremećaji raspoloženja (1, 22, 25).

Kod djece i adolescenata sa poremećajem ponašanja bez komorbiditeta, a sa simptomima verbalne i/ili fizičke agresije, sa ili bez razdražljivosti koji utječu na psihosocijalno funkcioniranje ili ometaju psihosocijalne intervencije liječenje se započinje kombinacijom psihosocijalnih intervencija i farmakoterapije. U liječenju simptoma agresije i razdražljivosti najučinkovitiji se pokazao risperidon iz skupine atipičnih antipsihotika (1, 22, 42, 43). Risperidon se uvodi u terapiju u početnoj dozi od 0,5 mg oralno jednom dnevno, najčešće noću ako se želi postići noćna sedacija ili se doza može podijeliti na dvije manje ako je potreban i dnevni učinak. Doza od 0,5 mg se povećava svaka tri do pet dana za dodatnih 0,5 mg sve dok se ne dođe do ukupne dnevne doze 3-5 mg koja se obično daje u podijeljenim dozama (22). Nakon što se dostigne terapijska doza kroz četiri tjedna se prati terapijski

učinak. Ukoliko se terapija ne pokaže učinkovitom u smanjenju agresije i razdražljivosti treba je ukinuti, a ako se postigne stabilna remisija do šest mjeseci, nakon toga treba pokušati reducirati dozu ili ukinuti lijek (1). Risperidon može izazvati metaboličke, hormonalne i ekstrapiramidalne nuspojave. Stoga pripisivanje atipičnih antipsihotika mora imati opravdanu indikaciju i zahtijeva redovito praćenje od strane liječnika (43). Osim risperidona mogu se koristiti aripiprazol i kvetiapin, međutim za risperidon postoji najviše dokaza u smanjenju agresije i razdražljivosti kod poremećaja ponašanja (22, 43).

Najčešća komorbidna stanja koja se javljaju s poremećajem ponašanja su hiperkinetički poremećaji i poremećaji raspoloženja. Liječenje ovih stanja može smanjiti simptome poremećaja ponašanja te olakšati provedbu psihosocijalnih intervencija (1, 22, 23). Uz poremećaj ponašanja najčešće se komorbidno pojavljuje poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje (engl. ADHD) gdje se kao lijek izbora koriste metilfenidat i atomoksetin (22, 44, 45). Metilfenidat pripada skupini centralnih stimulansa. Značajno smanjenje glavnih simptoma (hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja) postiže se dozama između 0,3- 0,6 mg/kg. Titriranje lijeka ovisi o formulaciji, dobi i tjelesnoj težini pacijenta. Početak i trajanje lijeka djelovanja ovise o formulaciji, a učinci se primjećuju unutar 30 minuta s trajanjem od tri do pet sati ili duže ukoliko se radi o pripravku s produženim oslobađanjem (45). Atomoksetin je selektivni inhibitor ponovne pohrane noradrenalina. Koristi se u djece kod koje komorbidno postoje drugi psihijatrijski poremećaji. Doza ovisi o tjelesnoj težini djeteta. Početak djelovanja atomoksetina je u rasponu od jednog do četiri tjedna, a puni odgovor postiže se nakon šest do 12 tjedana (45).

Kod poremećaja raspoloženja, najčešće je riječ o pridruženoj depresiji s ili bez anksioznosti. Lijek prvog izbora kod ovih stanja su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), međutim nije se pokazalo da ti lijekovi utječu na simptome poremećaja ponašanja iako su učinkoviti u liječenju depresije i poremećaja raspoloženja (1, 22).

4. Rasprava

U ovom radu prikazani su terapijski pristupi poremećajima ponašanja u adolescenata. Stručnjaci su jedinstveni u stavu da su prvi izbor u liječenju poremećaja ponašanja psihosocijalne intervencije (1, 5, 6, 7, 22, 23). Intervencije se međusobno razlikuju prema različitim obilježjima. Neka od tih obilježja su broj osoba uključenih u proces, broj terapeuta, trajanje i učestalost provedbe terapijskih sadržaja, jednostavnost primjene, mjesto i način provedbe. Psihosocijalni tretmani opisani u ovom radu provode se u raznim državama. Sjedinjene Američke Države prednjače u provođenju ovih intervencija, ali one su implementirane i u zapadnoeuropskim državama Velika Britanija, Švedska, Nizozemska, Danska, Njemačka i Irska. (8, 28, 30, 33, 35, 37). Ne postoje podaci o provođenju opisanih intervencija u RH. U literaturi se može pronaći podjela terapijskih intervencija ovisno o tome primjenjuju li se kao individualna terapija, terapija s roditeljima, obiteljska terapija ili zahvaćaju više razina i sistema prisutnih u životu adolescenta uz njegovu obitelj npr. škola, vršnjaci (5). Navedena podjela sugerira i zahtjevnost provođenja pojedinih intervencija. Može se zaključiti kako će se lakše provesti intervencije koje uključuju manji broj terapeuta i klijenata. Nema stava niti pokazatelja koji bi ukazivali na povezanost efikasnosti terapija i složenosti neke mjere (broj sudionika, učestalost i broj susreta). Također nema jedinstvenog stava o tome koliko dugo bi neka mjera trebala trajati da bi bila učinkovita.

U treningu roditeljskih vještina sudjeluje jedan ili oba roditelja i jedan terapeut; provodi se na radnom mjestu terapeuta (5, 41). Ovakav pristup jednostavniji je za provedbu, ali zahtijeva više angažmana od roditelja. Kako se roditelje uče roditeljske vještine, edukacija terapeuta nije jako zahtjevna niti dugotrajna što je prednost u provođenju ove mjere.

U programu pozitivnog roditeljstva sudjeluju jedan ili oba roditelja i jedan terapeut, provodi se 8-10 sastanaka s terapeutom. Riječ je o individualnim psihoterapijama roditelja koje se

provode na radnom mjestu terapeuta (29). Prednost ove metode je ograničen broj seansi koje se odvijaju na radnom mjestu terapeuta što je prikladno za terapeute. Kako je riječ o psihoterapiji, edukacija terapeuta je zahtjevnija i dugotrajnija.

U funkcionalnoj obiteljskoj terapiji sudjeluju svi članovi obitelji, adolescent i jedan terapeut. Ova terapija provodi se kroz 8-12 tretmana kroz tri mjeseca. Mjesto provedbe terapije može biti radno mjesto terapeuta ili obiteljski dom, a način provedbe je međusobna komunikacija članova obitelji s terapeutom (5, 6, 31). Ova metoda može uključivati i odlazak u obiteljski dom klijenta što ponekad može komplicirati provedbu programa. Uključeno je više članova obitelji, što u praktičnom radu također može otežati proces. Edukacija terapeuta je zahtjevnija u odnosu na one metode koje su edukativnog karaktera. Vrlo slična obilježja, pa time i prednosti i mane, ima kratka strateška obiteljska terapija. U njoj sudjeluju svi članovi obitelji, adolescent i jedan terapeut a provodi se kroz 8-24 tretmana tijekom četiri mjeseca. Mjesto provođenja terapija je obiteljski dom ili ured terapeuta, a način provedbe je razgovor i suživljavanje terapeuta u obitelj i obiteljske odnose (5).

Za provedbu je najsloženija multisistematska terapija jer u njoj sudjeluju svi članovi obitelji, nastavnici, adolescentovi vršnjaci, susjedi i ostali koji su aktivno uključeni u život adolescenta. Za ovu terapiju potreban je tim od tri do četiri terapeuta koji su dostupni svakodnevno telefonskim putem, a tjedni susreti su u trajanju od dva do 15 sati. Vrijeme provedbe terapije je četiri do šest mjeseci. Mjesto provedbe terapije su sva mjesta na kojima adolescent boravi npr. obiteljski dom, učionica, igralište. Načini provedbe terapije su kombinirane tehnike koje uključuju primjenu PMT-a, bračne terapije, obiteljske terapije, i individualnog pristupa najčešće u obliku kognitivno-bihevioralne terapije (5, 6, 8). Ovo je sveobuhvatna metoda koja traži više dobro educiranih terapeuta. Cijena takve metode je velika i podrazumijeva dužu edukaciju terapeuta.

U multidimenzionalnoj skrbi u udomiteljstvu sudjeluju adolescent, udomitelji, biološki roditelji ili skrbnici, nastavnici, školsko osoblje. Ova terapija sastoji se od ukupno 20 sati edukacije udomitelja prije nego adolescent bude smješten u njihovu obitelj. Adolescent u udomiteljskoj obitelji provodi šest do devet mjeseci. Udomitelji svakodnevno kontaktiraju terapeuta te imaju tjedne susrete s terapeutom. Udomiteljima se pruža potpora kroz tjedne sastanke udomitelja. S biološkim roditeljima ili skrbnicima se provodi PMT ili drugi oblik obiteljske terapije. Terapeuti pružaju potporu i nastavnicima te školskom osoblju. Mjesta na kojima se provodi ova terapija su udomiteljski smještaj, ured terapeuta, dom roditelja ili skrbnika, škola (5, 6, 38). Ova metoda je također sveobuhvatna te kombinira edukativan i psihoterapijski pristup. Također je vrlo zahtjevna za provedbu.

U Igru lijepog ponašanja sudjeluje čitav školski razred, terapiju provodi nastavnik, svakodnevno, tijekom jednog do dva tjedna, u učionici. Ovo je, od prezentiranih, najjednostavnija i najmanje zahtjevna metoda. Edukacija nastavnika je jednostavna i brza (6). Ovaj program vrlo je pogodan kao preventivni program. Učinkovitost ovog tretmana u liječenju je vjerojatnija kod mlađe djece i u početnim fazama poremećaja.

U programu suočavanja s ljutnjom sudjeluju adolescent i jedan terapeut. Program se provodi 40-60 minuta tokom 18 tretmana. Mjesto provođenja programa je ured terapeuta, a način je ustanovljeni Program (5, 6). Ovo je jednostavan tretman za provedbu, terapeut mora biti educiran za tu metodu. Ovaj pristup pogodan je posebno u slučajevima kada se roditelje ne može uključiti u intervenciju (nisu dostupni) ili se ovaj program kombinira sa drugim terapijskim opcijama.

U Programu jačanja sposobnosti suočavanja sudjeluju adolescent i njegovi roditelji te jedan terapeut. Provode se posebne grupne terapije za roditelje i posebne grupne terapije za adolescente. Načini na koje se terapija provodi su PMT, primjena zamišljenih scenarija,

igranja uloga i izvršavanje zadataka nakon tjednih sastanka s terapeutom (6). Ovaj program kombinira različite pristupe, terapeut mora biti educiran.

U Treningu vještina rješavanja problema sudjeluje adolescent i jedan terapeut. Tretman se provodi 30-50 minuta kroz 12 susreta s terapeutom. Mjesto provođenja tretmana su bolnica i ambulanta, a način je ustanovljeni Program vještina (5, 6). Ovaj pristup je jednostavan, uključuje jednog terapeuta i jednog klijenta; terapeut mora biti educiran za tu metodu liječenja.

Učinci koji se postižu ovim terapijskim pristupima su istraživani, no istraživanja su malobrojna. Za većinu intervencija nedostaju dugoročna praćenja (5). Najduže su praćeni rezultati, odnosno ispitanici, programa PMT i GBG. Vrijeme praćenja ovih rezultata bilo je devet godina (5, 39). Trening roditeljskih vještina (PMT) istraživan je na uzorku majki čiji su sinovi bili polaznici osnovnih škola različitih dobnih skupina, dok je Igra lijepog ponašanja (GBG) istraživana je u osnovnim školama na muškoj i ženskoj djeci raznih dobnih skupina. Oba istraživanja pokazala su značajno smanjenje neprikladnog, odnosno agresivnog ponašanja kod mladića, dok GBG nije imao značajnog učinka na poremećaj ponašanja djevojaka (5, 39). Praćenje ispitanika koji su sudjelovali u Tripple P, FFT-u, Programu jačanja sposobnosti suočavanja i programu Vještina rješavanja problema trajalo je godinu dana. Praćenje rezultata provedenog istraživanja o MST-u trajalo je 18 mjeseci, a vrijeme praćenja rezultata MTFC trajalo je dvije godine. Praćenje rezultata svih spomenutih istraživanja pokazalo je smanjenje simptoma poremećaja ponašanja kao što su delinkvencija i agresija. Kako nisu istraživani dugoročni učinci tih tretmana, ne može se reći jesu li učinci trajali i nakon adolescencije (19). Nadalje možemo uočiti da se uzorak ispitanika razlikuje od istraživanja do istraživanja. Primjerice, MTFC je istraživan samo na ženskoj populaciji, a PMT samo na majkama dječaka (27, 38). Postoje i dobne razlike među ispitanicima ovih istraživanja, pa se tako ističe Triple P koji je istraživan na uzorku obitelji s trogodišnjom

djecom, dok su istraživanja o PMT-u, BGB-u i kognitivno utemeljenim programima obuhvatila populacije osnovnoškolske djece (5, 27, 39, 41). Istraživanja o FFT-u, BSFT-u, MCT-u i MTFC-u obuhvatila su populacije u dobi od 13 godina i starije (5, 22, 32). Iz toga proizlazi da brojna obilježja (spol, dob) mogu utjecati na učinkovitost intervencija. Rad autora Gatti, Grattagliano, Rocca (2018.) temelji se na analizi istraživanja empirijski podržanih psihosocijalnih intervencija za djecu i adolescente objavljenih u vremenu od 1982. do 2016.godine. Autori su zaključili kako su varijable koje predviđaju, utječu ili objašnjavaju dobre ili loše odgovore na tretmane poremećaja ponašanja još uvijek slabo shvaćene. Navode kako je za razumijevanje djelovanja tretmana potrebno mnogo više istraživanja. Ipak, zaključuju da su psihosocijalne intervencije za maloljetnike s poremećajima ponašanja široko proučene te se mogu smatrati korisnom terapijom poremećaja ponašanja (5).

Osim psihosocijalnih intervencija, jedan od oblika terapije poremećaja ponašanja je i farmakoterapija. Važno je istaknuti kako se ona ne preporučuje kao prva terapijska opcija. Unatoč tome, farmakoterapija se pokazala učinkovitom u smanjenju agresije i razdražljivosti, a to može ometati provedbu psihosocijalnih intervencija (1, 22, 25). Gatti, Grattagliano, Rocca (2018.) navode kako određeni dio autora podupire korištenje farmakoterapije u reguliranju simptoma agresije i drugih disfunkcionalnih ponašanja. Zaključuju da ne postoji dovoljno istraživanja rizika i koristi farmakoterapije u svrhu reguliranja agresije (5).

U Republici Hrvatskoj se primjenjuju mjera nadzora nad osobnim i obiteljskim odnosima te mjera institucionalizacije (8,9). Novi pristup kojem Republika Hrvatska teži u radu s osobama s poremećajima ponašanja temelji se na deinstitucionalizaciji i transformaciji domova socijalne skrbi (46). Cilj takvog pristupa jest smanjiti broj mladih osoba s poremećajem ponašanja u institucijama i potaknuti obiteljsku reintegraciju uz pružanje podrške obitelji (46). Može se zaključiti kako u Republici Hrvatskoj ostaje puno prostora za uvođenje istraženih i znanstveno utemeljenih terapijskih pristupa u terapiji poremećaja ponašanja u adolescenata.

5. Zaključak

Poremećaji ponašanja česti su poremećaji u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji te predstavljaju značajan društveni problem. Kod velikog broja adolescenata poremećaj ponašanja napreduje u antisocijalni poremećaj ličnosti što predstavlja daljnje opterećenje za društva u cjelini. Upravo stoga je važno rano prepoznavanje i učinkovito liječenje poremećaja ponašanja u mladima. Pregledom stručne i znanstvene literature možemo zaključiti da struka jasno preporučuje psihosocijalne intervencije kao prvi izbor liječenja poremećaja ponašanja. U SAD-u i zapadnoeuropskim zemljama provode se specifični, izvaninstitucionalni programi. U ovom radu prikazani su detaljnije programi čija je učinkovitost dokazana istraživanjima. Takvi program uključuju jednog ili više educiranih terapeuta koji intervencije najčešće provode na svom radnom mjestu ili u obiteljskom domu pacijenta. Programi su različite duljine trajanja, neki su usmjereni samo na adolescenta ili samo na roditelje ili udomitelje; neki uključuju i druge sobe iz života adolescenta. Za većinu ovdje opisanih tretmana nisu provedena dugogodišnja praćenja ispitanika stoga se ne može zaključiti o dugodjelujućim pozitivnim učincima programa. Najduže su praćeni učinci Treninga roditeljskih vještina (PMT) i Igre lijepog ponašanja (GBG). Neka istraživanja upućuju da razlike u dobi ili spolu mogu različito utjecati na učinkovitost programa. Pregledom literature na ovu temu može se zaključiti da varijable koje predviđaju, utječu ili objašnjavaju učinkovitost pojedinih psihosocijalnih tretmana nisu dovoljno istražene te su potrebna buduća istraživanja.

U terapijskom pristupu poremećajima ponašanja koristi se i farmakoterapija no nije preporučena kao prva niti kao jedina terapija. Najviše je istraživano liječenje risperidonom koji se pokazao učinkovit u smanjenju agresije i razdražljivosti. Istraživanja o farmakoterapiji poremećaja u ponašanju su malobrojna i potrebna su dodatna istraživanja.

6. Sažetak

Poremećaji ponašanja najčešće se pojavljuju za vrijeme adolescencije, a karakterizirani su ponavljajućim obrascima disocijalnog, agresivnog i prkosnog ponašanja kojima se krše prava drugih ljudi, društvene norme i pravila. Prvi izbor u terapiji poremećaja ponašanja su psihosocijalne intervencije koje osim individualnog rada s adolescentom zahtijevaju i uključivanje obitelji i obiteljskog okruženja. Dokazano učinkovite psihosocijalne intervencije u terapiji poremećaja ponašanja u adolescenata su: Obuka roditeljskog upravljanja, Pozitivni roditeljski program, Funkcionalna obiteljska terapija, Kratka strateška obiteljska terapija, Multisistematska terapija, Multidimenzionalna skrb u udomiteljstvu, Igra lijepog ponašanja i tretmani utemeljeni na kognitivnom pristupu. Cilj terapije je educirati i pomoći roditeljima u roditeljskoj ulozi, razviti prosocijalne obrasce ponašanja u mladima, naučiti ih kako se nositi sa stresom, povećati toleranciju na frustraciju, poboljšati komunikacijske vještine i razviti empatiju. Pregledom literature na ovu temu može se zaključiti da nema dovoljno istraživanja o dugoročnim pozitivnim učincima opisanih tretmana i da nisu dovoljno istražene varijable koje predviđaju, utječu ili objašnjavaju učinkovitost pojedinih psihosocijalnih tretmana.

U terapijskom pristupu poremećajima ponašanja koristi se i farmakoterapija no ne kao prvi ili jedini terapijski modalitet. Lijekovima se najčešće želi umanjiti agresivnost i razdražljivost jer navedeni simptomi često otežavaju primjenu psihosocijalnih intervencija. Istraživanja o farmakoterapiji poremećaja ponašanja su također malobrojna.

Ključne riječi: adolescenti, poremećaji ponašanja, psihoterapija

7. Summary

Conduct disorders most commonly appear during adolescence, characterized by recurring patterns of dissocial, aggressive, and defiant behaviors that violate the rights of others, societal norms, and rules. The primary treatment for conduct disorders includes psychosocial interventions, which require involvement not only with the adolescent but also with their family and familial environment. Proven effective psychosocial interventions in the treatment of adolescent behavioral disorders include: Parent Management Training, Positive Parenting Program, Functional Family Therapy, Brief Strategic Family Therapy, Multisystemic Therapy, Multidimensional Foster Care, Good Behavior Game, and cognitive-based treatments. The goal of therapy is to educate and assist parents in their parenting roles, develop prosocial behavior patterns in youth, teach coping skills for stress, increase frustration tolerance, improve communication skills, and foster empathy. A review of the literature on this topic concludes that there is insufficient research on the long-term positive effects of these treatments and inadequate exploration of variables predicting, influencing, or explaining the effectiveness of individual psychosocial treatments. In the therapeutic approach to conduct disorders, pharmacotherapy is also used but not as the first or only therapeutic modality. Medications are primarily aimed at reducing aggression and irritability, as these symptoms often hinder the application of psychosocial interventions. Research on pharmacotherapy for conduct disorders is also scarce.

Keywords: adolescents, conduct disorders, psychotherapy

8. Literatura

1. Begovac I. Poremećaj ponašanja, delinkvencija. U: Begovac I., ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. [Internet]. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. str. 880-93. [citirano 25.02..2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
2. Svjetska Zdravstvena Organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. Revizija (MKB-10). Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija (MKB-10). Svezak 1., drugo hrvatsko izdanje. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2012. str. 327-34
3. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014. str. 469-73
4. Pejović Milovančević M, Popović Deušić S, Aleksić O. Definiranje poremećaja u ponašanju u okviru dječje psihijatrije. Kriminologija & socijalna integracija [Internet]. 2002 [citirano 26.02.2024.];10(2):139-52. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/98995>
5. Gatti U, Grattagliano I, Rocca G. Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. Psychiatry, Psychology and Law. [Internet] 20.11.2018. [citirano: 04.05.2024.] 2018;26(2):171–93. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485523>
6. Kazdin AE. Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children and Adolescents. U: Nathan PE, Gorman JM, ed. A Guide to Treatments That Work. 4th ed. New York: Oxford Academic; 2015 str.141-74. [Internet] 1.8.2015. [citirano: 04.05.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199342211.003.0005>
7. Ollendick TH, Shirk SR. Clinical Interventions with Children and Adolescents: Current Status, Future Directions. U: Barlow DH, ed. The Oxford Handbook of Clinical Psychology. Oxford: Oxford Academic; 2014. [Internet] 3.11.2014.[citirano: 04.05.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199328710.013.007>

8. Maurović I. Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnosti prevencije izdvajanja djece i mladih rizičnog ponašanja iz obitelji. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2010 [citirano 08.05.2024.];17(3):413-43. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/64355>
9. Pravilnik o provođenju nadzora nad ostvarivanjem osobnih odnosa djeteta i roditelja. Čl. 125. st. 5. Obiteljskog zakona («Narodne novine», br. 75/14). Zagreb, 1. rujna 2014. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_09_106_2060.html
10. Graovac M. Kliničke manifestacije psihopatologije razvojne i adolescentne dobi. U: Frančišković T, Moro L, urednici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.str. 318-33
11. Turgay A. The diagnosis of disruptive behaviour disorders, *Paediatrics & Child Health*, Volume 9, Issue suppl_B. [Internet] Listopad 2004, str. 4B-7B. [citirano 4.11.2018.]. Dostupno na: https://doi.org/10.1093/pch/9.suppl_B.4B
12. LaLonde MM, Newcorn JH. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder.] U: Ebert MH, Leckman JF, Petrakis IL, ed. Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry. [Internet] 3rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019 [citirano 25.01.2024.]. Dostupno na: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2509§ionid=200807352>
13. Leahy LG, King BH. Conduct disorder: Epidemiology, clinical manifestations, course, and diagnosis. U: UpToDate, Brent D. ed, Friedman M. ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate 2023. [citirano 26.2.2024.] Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/conduct-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?search=epidemiology%20of%20conduct%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~81&usage_type=default&display_rank=1#H3686470000

14. Mihić J, Bašić J. Preventivne strategije- eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2008 [citirano 27.02.2024.];15(3):445-71. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/31381>
15. Sacco R, Camilleri N, Umla-Runge K. The prevalence of conduct disorders among young people in europe: A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. [Internet]. 13.8.2021.. [citirano 26.04.2024.] 2021;64(S1):S637–8. Dostupno na: doi:[10.1192/j.eurpsy.2021.1693](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1693).
16. Radoš I, Kušević Z. Epidemiologija u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Medica Jadertina [Internet]. 2022 [citirano 12.02.2024.];52(2):121-28. Dostupno na: <https://doi.org/10.57140/mj.52.2.5>
17. Carr A. Aetiological theories of conduct disorder. U: Caar A., The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextua approach. [Internet] 3th edition. Routledge. 2016. str. 422-38 Dostupno na: <https://digitallibrary.tsu.ge/book/2021/apr/books/Carr-Handbook-of-Child.pdf>
18. Štrosar I. Povezanost stila privrženosti i kliničke dijagnoze poremećaja ponašanja u adolescenciji [Disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2020 [pristupljeno 23.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:517164>
19. Bandić J. Vrste privrženosti [Završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet; 2019 [pristupljeno 30.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:571734>
20. Mahmutović A. Poremećaji u ponašanju od prevencije do posttretmana [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; 2015 [pristupljeno 20.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:243469>

21. Mikas D, Pavlović Ž, Sunko E. Predškolski preventivni programi. Paediatrica Croatica [Internet]. 2013 [citirano 28.04.2024.];57(Supl 1): 125-130. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/99160>
22. Lindhiem O, Birmaher B. Treatment of oppositional defiant and conduct disorders. y. U: UpToDate. Brent D. MD ed, Friedman M. MD ed. UpToDate [Internet] Waltham, MA: UpToDate 2022. [citirano 28.04.2024.] Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-oppositional-defiant-and-conduct-disorders?search=Psychosocial%20treatment%20of%20conduct%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H640611962
23. Geddes JR, i sur. Conduct disorders and antisocial personality disorder in childhood and adolescence. U: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, ed. New Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Oxford: Oxford Textbook; 2020. Oxford Academic [Internet]1.3.2020. [citirano 01.05.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/med/9780198713005.003.0124>.
24. Ratkajec Gašević G, Dodig Hundrić D, Mihić J. Spremnost na promjenu ponašanja – od individualne prema obiteljskoj paradigmi. Kriminologija & socijalna integracija [Internet]. 2016 [citirano: 01.05.2024.];24(1):50-83. Dostupno na: <https://doi.org/10.31299/ksi.24.1.3>
25. Nice.org.uk. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. [Internet]. London: NICE; [ažurirano 17.4.2017. citirano 2.5.2024.] Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
26. Koller-Trbović N. Dijagnosticiranje kao pretpostavka tretmana. Kriminologija & socijalna integracija [Internet]. 1996 [citirano 01.05.2024.];4(1):61-71. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/93909>

27. Forgatch MS, Patterson GR, Degarmo DS, Beldavs ZG. Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*. 2009;21(2):637–60. doi:10.1017/S0954579409000340
28. Triplep.net. Find out about Triple P. The World of Triple P. [Internet]. Milton, QLD, Australia. Triple P International; [ažurirano 20.6.2022.]; [citirano 3.6.2024.]. Dostupno na: <https://www.triplep.net/glo-en/find-out-about-triple-p/the-world-of-triple-p/>
29. Briesmeister JM, Schaefer CE. *Handbook of Parent Training: Helping Parents Prevent and Solve Problem Behaviors*. [Internet] 3th ed. John Wiley & Sons; 2018. Poglavlje 7; str. 234-65 [citirano: 05.05.2024.] Dostupno na: <https://drmsimullick.com/wp-content/uploads/2020/07/Handbook-of-Parent-Training-Helping-Parents-Prevent-and-Solve-Problem-Behaviors.pdf>
30. Fftllc.com. Sites. [Internet]. Atlanta, GA. FFT LLC. [ažurirano 2022.; citirano 3.6.2024.] Dostupno na: <https://www.ffmpeg.com/sites>
31. Littell JH, Pigott TD, Nilsen KH, Roberts J, Labrum TK. Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*. [Internet] 2023 Jul 19 [citirano: 05.05.2024.]; 19(3) Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/cl2.1324>
32. Sexton T, Turner CW. The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *J Fam Psychol*. 2010 Jun;24(3):339-48. doi: [10.1037/a0019406](https://doi.org/10.1037/a0019406). PMID: 20545407; PMCID: PMC4172308.
33. Ojjdp.ojp.gov. States. [Internet]. Washington, D.C. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. [ažurirano 3.6.2024.; citirano 3.6.2024.] Dostupno na: <https://ojjdp.ojp.gov/states>
34. Szapocznik J, Zarate M, Duff J, Muir J. Brief Strategic Family Therapy: Engaging Drug Using/Problem Behavior Adolescents and Their Families in Treatment. *Soc Work Public*

- Health. [Internet] 2013 [citirano: 05.05.2024.] 28(3-4), 206–223. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774666>
35. Mstservices.com. Our-community. [Internet]. Moraga, CA MST Services, LLC. [ažurirano 2021.; citirano 3.6.2024..] Dostupno na: <https://www.mstservices.com/our-community>
36. Tan JX, Fajardo MRL. Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. London Journal of Primary Care [Internet] 2017 [citirano: 08.05.2024.] 9(6), 95–103. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1362713>
37. Fisher PA, Gilliam KS. Multidimensional Treatment Foster Care: An Alternative to Residential Treatment for High-Risk Children and Adolescents. Interv Psicosoc [Internet]. 21.8.2012 (2):195-203. [citirano: 08.05.2024.] Dostupno na: doi: [10.5093/in2012a20](https://doi.org/10.5093/in2012a20)
38. Chamberlain P, Leve LD, DeGarmo DS. Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. [Internet] veljaca 2007;75(1):187-93. [citirano: 08.05.2024.] Dostupno na : DOI: [10.1037/0022-006X.75.1.187](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.187)
39. Kellam SG, Mackenzie AC, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, Wilcox HC. The good behavior game and the future of prevention and treatment. Addict Sci Clin Pract. [Internet] srpanj 2011;6(1):73-84. [citirano: 20.05.2024.] Dostupno na: doi: [10.1186/1940-0640-6-1-73](https://doi.org/10.1186/1940-0640-6-1-73). PMID: 22003425; PMCID: PMC3188824.
40. Galinec V. Kognitivni procesi i subjektivna dobrobit [Završni rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2018 [pristupljeno 30.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:062004>
41. Kazdin AE, Bass D, Siegel T, Thomas C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. J Consult Clin

- Psychol. [Internet]kolovoz 1989;57(4):522-35. [citirano: 20.05.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.4.522>
42. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, Boylan K, Cochrane-Brink K, Goldade R, Soper PR, Ustina J, Pringsheim T. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, [Internet] veljača 2015 [citirano: 08.05.2024.] 60(2), 62–76. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/070674371506000204>
43. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, [Internet] veljača 2015 [citirano: 09.05.2024.] 60(2), 52–61. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/070674371506000203>
44. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, [Internet] veljača 2015 [citirano: 09.05.2024.] 60(2), 42–51. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/070674371506000202>
45. Chan Eugenia. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. U: Up To Date, Augustyn M., ed, Tehrani N. ed. Up To Date

[Internet]. Waltham, MA: UpToDate; (citirano 3.6.2024.) Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?search=therapy%20for%20adhd&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H5).

46. Mrosp.gov.hr. Deinstitutionalizacija i transformacija domova za djecu i mlade. [Internet]. Zagreb. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike Republike Hrvatske. [ažurirano 2024 ; citirano 3.6.2024.]. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/obitelj-12037/djeca-i-obitelj-12048/deinstitutionalizacija-i-transformacija-domova-za-djecu-i-mlade-12058/12058>

9. Životopis

Josipa Leho rođena je 5. veljače 1999. godine u Dubrovniku. Školovanje je započela u Osnovnoj školi Mokošica nakon čega upisuje Opću Gimnaziju Dubrovnik. Godine 2018. upisala je Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine na Medicinskom fakultetu u Rijeci. Tijekom studija godinu je dana bila demonstrator na Zavodu za histologiju i embriologiju. Nekoliko mjeseci je volontirala u Domu za odgoj djece i mladeži Rijeka na odjelu opservacije. Područje interesa su joj psihijatrija, pedijatrija i rad s mladima smještenim u odgojnim institucijama.