

KOGNITIVNE TEHNIKE U KOGNITIVNO BIHEVIORALNOJ TERAPIJI MLAĐE DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

VLATKA BORIČEVIĆ MARŠANIĆ^{1,2}, IVA ZEČEVIĆ¹, LJUBICA PARADŽIK¹, DAVORKA ŠARIĆ¹ i
LJILJANA KARAPETRIĆ BOLFAN¹

¹Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb i

²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

Djeca s eksternaliziranim poremećajima iskazuju simptome nedovoljno kontroliranog ponašanja kojima ometaju okolinu zbog čega su ovi poremećaji jedan od najčešćih razloga za traženje stručne procjene i tretmana u području mentalnog zdravlja. Eksternalizirani poremećaji su rezultati međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Djeca s eksternaliziranim poremećajima imaju specifične socio-kognitivne karakteristike koje održavaju simptome, a mnoge terapijske intervencije u sklopu kognitivno bihevioralnog terapije usmjerene su na njihovu modifikaciju. U radu je prikazan kognitivno bihevioralni model eksternaliziranih poremećaja u djece i tehnike kognitivno bihevioralne terapije (KBT) s naglaskom na specifičnosti kognitivnih tehnika kod djece mlađe dobi. Navedeni su i rezultati istraživanja učinkovitosti KBT za eksternalizirane poremećaje djece koja pokazuju značajno smanjenje simptoma, osobito kada su u terapiju uključeni i roditelji kao koterapeuti. Prognoze su bolje ako se s terapijom započne u mlađoj dobi.

Ključne riječi: eksternalizirani poremećaji, kognitivno bihevioralna terapija, djeca

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, dr. med.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
Ulica I. Kukuljevića 11
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: vlatka.boricevic.marsanic@djecja-psihijatrija.hr

UVOD

Eksternalizirane poremećaje karakterizira ljutnja, neprijateljstvo, agresija i delinkventna ponašanja. U ovu skupinu ubrajaju se *poremećaj ponašanja s prkošenjem i suprotstavljanjem te poremećaj ophođenja*. Eksternalizirani simptomi mogu biti dio kliničke slike hiperkinetskog poremećaja, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja u djece i adolescenata. Ova ponašanja su najčešći razlog upućivanja djece svih dobnih skupina na procjenu i tretman u službu za mentalno zdravlje, jer su problem za djetetovu okolinu, ali i za samo dijete (1).

Eksternalizirani simptomi i agresivnost kod djece pokazuju stabilnosti u vremenu i prediktori su niza negativnih psihosocijalnih ishoda tijekom djetinjstva i odrasle dobi (2). Razvijen je niz bihevioralnih i kognitivnih terapijskih tehnika koje su se pokazale učinkovite u modifikaciji ponašanja djece i mladih s eksternalnim simptomima.

U ovom će radu biti prikazane bihevioralne i kognitivne tehnike u radu s djecom s eksternaliziranim poremećajima i simptomima s naglaskom na kognitivne tehnike u primjeni kod djece mlađeg uzrasta. Prikazat će se specifičnosti i teškoće u radu te rezultati istraživanja u ovom području.

EKSTERNALIZIRANI POREMEĆAJI

Psihički poremećaji u djetinjstvu dijele se u dvije široke kategorije (3). Jedna su eksternalizirani poremećaji koje karakteriziraju ljutnja, neprijateljstvo, agresija i delinkventna ponašanja, a druga su internalizirani poremećaji u kojima dominiraju osjećaji tuge i tjeskobe s tendencijom povlačenja i izbjegavajućeg ponašanja (4). Djeca sa simptomima iz prve skupine označavaju se kao djeca s nedovoljno kontroliranim ponašanjem koje je ometajuće za druge ljude i okolinu, dok se djeca sa simptomima iz druge skupine označavaju kao djeca s pretjerano kontroliranim ponašanjem koje stvara probleme najčešće samom djetetu (3,5). Nedovoljno kontrolirano ponašanje češće je kod dječaka, a pretjerano kontrolirano ponašanje kod djevojčica (3).

Posljedice eksternaliziranih poremećaja za dijete i njegovu okolinu uključuju: slab školski uspjeh, probleme s vršnjacima, odbačenost od vršnjaka i socijalnu izolaciju, lošu sliku o sebi, što može dovesti do sekundarnih poremećaja u obliku ovisnosti i depresivnosti. U adolescenciji i ranoj odrasloj dobi nerijetki su problemi sa zakonom, nezaposlenost, razvodi, kao i sklonost kriminalu i psihopatologija u odrasloj dobi što dovodi do velikih troškova u zdravstvenom i socijalnom sustavu (6,7).

ETIOLOGIJA EKSTERNALIZIRANIH POREMEĆAJA

Eksternalizirani poremećaji rezultat su međudjelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Genetski čimbenici (polimorfizmi gena za serotoninški transporter, MAO-A) prema nekim istraživanjima objašnjavaju 50 % varijance agresivnog i antisocijalnog ponašanja (8). Ostali biološki čimbenici obuhvaćaju reaktivnost kortizola, testosterona, abnormalnu razinu serotonina i temperament (9) te strukturne i funkcionalne promjene u mozgu na razini bihevioralnog aktivacijskog sustava (BAS) koji potiče ponašanja koja dovode do nagrade uz deficite bihevioralnog inhibicijskog sustava (BIS) odgovornog za anksioznost i inhibiciju ponašanja (10).

Psihološki čimbenici odnose se na socio-kognitivne procese koje karakterizira sklonost procjenjivanju tuđih ponašanja prijetećima, deficite u socijalnim vještinama i rješavanju problema i nedostatnu samokontrolu (10).

Socijalni čimbenici mogu se podijeliti na one koji su vezani za obitelj i one koji se odnose na socijalnu sredinu. Obiteljski čimbenici povezani s agresivnošću su česte roditeljske svađe, nasilje u obitelji, razvod roditelja, zlostavljanje, psihički poremećaj roditelja, neadekvatni i nedosljedni odgojni postupci roditelja, roditelji kao loš uzor i model djeci, nedostatak volje, brige i uključenosti, a značajnu ulogu u agresivnom ponašanju mogu imati i problemi u ranom razvoju privrženosti (8,11). Čimbenici vezani za socijalnu sredinu obuhvaćaju: nezaposlenost

roditelja, nizak socioekonomski status, izloženost neprijerenim sadržajima medija te loš utjecaj vršnjaka (8).

Prema teoriji socijalnog učenja (12) agresivno se ponašanje uči neposrednim iskustvom ili opažanjem po modelu. Modeliranje i/ili potkrepljenje u okviru interakcija i iskustava s roditeljima i vršnjacima mogu održavati agresivne reakcije djeteta (10).

KOGNITIVNE KARAKTERISTIKE DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

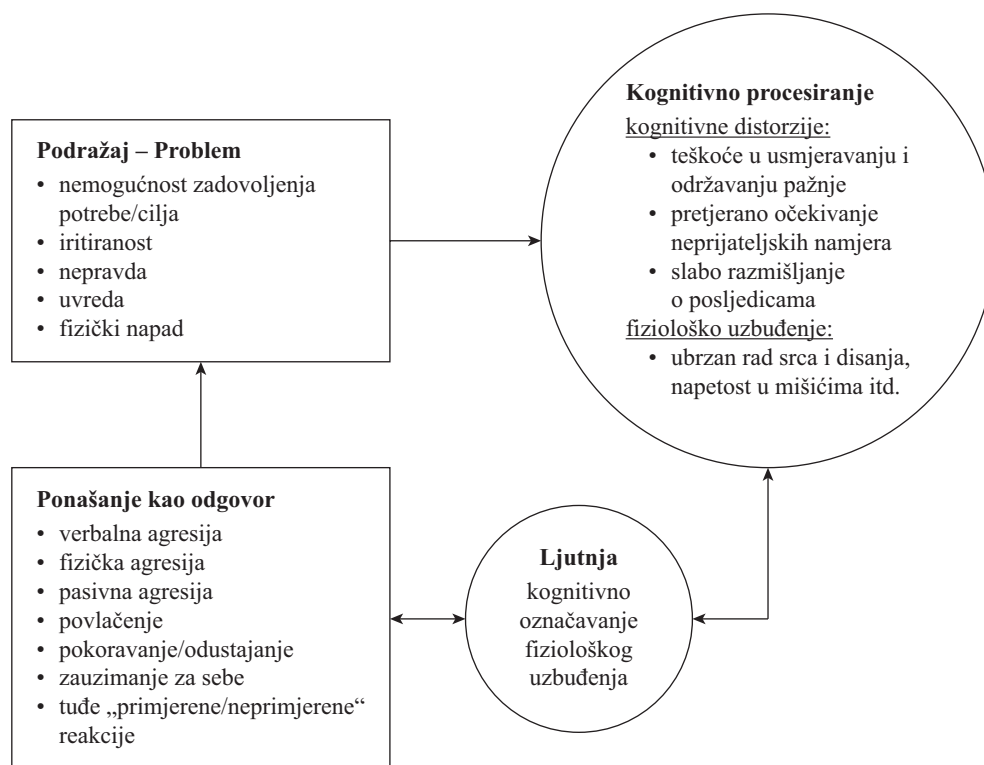
Djeca s eksternaliziranim poremećajima imaju specifične kognitivne karakteristike koje održavaju simptome, a mnoge terapijske intervencije u sklopu KBT-a usmjerene su na njihovu modifikaciju. Agresivna djeca imaju kognitivne distorzije u procjeni socijalne situacije. Sklona su procjenjivati tuđe ponašanje prijetećim, neprijateljskim, nepravednim te im se često čini da drugi krše pravila (10). U osnovi toga su dijelom neurokognitivne poteškoće u izvršnim funkcijama (13), krive interpretacije socijalnih situacija i tuđih namjera. U kognitivnim procesima imaju poteškoće u održavanju pažnje i prisjećaju se manjeg broja pozitivnih karakteristika neke socijalne situacije u usporedbi s neagresivnom djecom (14).

U socijalnim odnosima agresivna djeca su dominantna i osvetoljubiva (7) zbog čega u socijalnim interakcijama poduzimaju neprikladne akcije. U rješavanju socijalnih problema imaju ograničen repertoar ponašanja te generiraju manji broj rješenja. Pri tome rijetko nalaze rješenja koja uključuju suradnju, imaju manje verbalnih načina rješavanja problematičnih situacija, a više rješenja kroz direktnu akciju (10). Karakteristična je i niska empatija te očekivanje da će drugi agresivno reagirati u socijalnim interakcijama.

Agresivna djeca podcjenjuju vlastitu agresivnost, vjeruju da agresivnost vodi do željenih ishoda i da je ona opravdano sredstvo i reakcija. Iako su nalazi istraživanja u kojima se to pokazuje korelacijski (14), važno je uočiti koliko se tim kognitivnim karakteristikama agresivno ponašanje održava i postaje stabilno.

Sl. 1. prikazuje kognitivno-bihevioralni model ljutnje i agresije prema kojem su emocije i ponašanja djece regulirani načinom na koji ona opažaju i procesiraju događaj u okolini (10). Problemi ili događaji u okolini ne određuju direktno kako će se dijete osjećati i/ili što će činiti u određenim okolnostima. Kod djece sklone ljutnji i agresiji, ljutnja je često rezultat pogrešne interpretacije samog događaja ili fiziološkog uzbuđenja. Agresivna djeca imaju deficite rješavanja problema i nošenja sa stresom zbog čega su sklona reagirati agresivno na problem ili provokaciju (10).

Razumljivost i jednostavnost ovog modela omogućuju i djetetu i roditelju razumijevanje prirode djetetove ljutnje i s njom povezanih agresivnih ponašanja. Cilj kognitivno



Sl. 1. Kognitivno-bihevioralni model ljuttje i agresije prema Kendall, 2006.

bihevioralnih intervencija je razvijanje vještina za kontrolu ljuttje što ima za posljedicu prikladnije ponašanje i adekvatnije suočavanje sa stresom i problemima (10).

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

U kognitivno bihevioralnom tretmanu (KBT) djece s eksternaliziranim poremećajima koriste se bihevioralne i kognitivne tehnike. Kod djece mlađe dobi važno je modificirati i prilagoditi tehnike razvojnoj razini djeteta te u skladu s tim u tretmanu koristiti igre, lutke, igračke, priče, crteže, stripove, misaone oblačiće i slično.

U inicijalnoj procjeni djeteta potrebno je utvrditi koja su disfunkcionalna, odnosno odstupajuća agresivna ponašanja prisutna te njihovo trajanje, učestalost, intenzitet, predisponirajuće i precipitirajuće čimbenike, moderirajuće varijable, podržavajuće okolnosti, ali i prednosti i sposobnosti djeteta. Osim od roditelja/skrbnika djeteta, ako postoji mogućnost, potrebno je podatke dobiti i od drugih značajnih osoba u životu djeteta (ostali članovi obitelji, nastavnici, treneri, prijatelji). Ciljeve tretmana nužno je definirati u pozitivnim terminima (npr. za dijete koje u ljuttji baca stvari ili udara drugu djecu, te ne može izdržati u interakcijama s djecom duže od 10 minuta bez agresivnog ponašanja, cilj bi bio da razvije samokontrolu, ljuttju

iskazuje verbalno i sudjeluje u zajedničkim aktivnostima s drugom djecom u trajanju od oko 15-20 min za početak).

Bihevioralne tehnike u kognitivno bihevioralnom tretmanu djece s eksternaliziranim poremećajima

Funkcionalna analiza ponašanja je postupak kojim se utvrđuje što je funkcija ponašanja: što se njime dobiva, što ga potiče, koje socijalno značenje ima ponašanje (na primjer, prednosti i nedostaci ljuttje). Pažljivo se za neadekvatno ponašanje koje se želi mijenjati (npr. vrištanje, guranje i udaranje druge djece, bacanje stvari) procjenjuje: učestalost, trajanje, intenzitet, okolnosti koje mu prethode i posljedice koje ga slijede.

Identifikacija emocija ili afektivna edukacija podrazumijeva podučavanje djeteta i roditelja o osjećajima, što je prvi korak u stjecanju samokontrole. Pomoću tehnike samo-opažanja djeca uočavaju situacije u kojima se javljaju neugodni osjećaji, najčešće ljuttja. Nakon osvještavanja osjećaja ljuttje radi se na uočavanju fizioloških simptoma poput crvenjenja u licu, ubrzanja pulsa i disanja, napetosti u mišićima ili glavi. Tako djeca stječu sposobnost prepoznavanja svojih specifičnih znakova ljuttje u izrazu lica, tonu glasa, tjelesnim reakcijama, mislima i ponašanjima, ali i uče da drugi ljudi mogu ljuttju doživjeti drugačije (15). Sljedeći je korak procjena intenziteta emocionalnog stanja. S djetetom se može napraviti tzv. „Moj (termo)metar ljuttje“ s vrijednostima od 0 do 10. Za svaku vrijed-

nost djeteta opisuje situaciju koja izaziva određeni stupanj ljutnje. Ljutnja se tako prikazuje kao kontinuum, a djecu se uči prepoznavati rane znakove ljutnje dok ju je lakše kontrolirati. Ova tehnika je posebno korisna za djecu koja ne zamjećuju male razlike u osjećajima ili za djecu koja kronično precjenjuju ili podcjenjuju stupnjeve emocija (16). Potiče ih se da povezuju emocionalna stanja različitog intenziteta sa specifičnim situacijama u okolini (10). Kod mlade djece u terapiji se koriste slikovnice, odnosno biblioterapija. Prikladne su slikovnice koje opisuju osnove emocije, način na koji se te osnove emocije osjećaju u tijelu, koje misli i ponašanja su za njih karakteristična te što sve može pomoći u nošenju s neugodnim emocijama.

Tehnike samokontrole i relaksacije. Emocionalna regulacija ključna je za smanjenje simptoma eksternaliziranih poremećaja. Kod uvježbavanja samokontrole djecu se uči da uspore svoje emocionalne reakcije i razmotre različite alternative prije nego što reagiraju. Pomoću tehnike samoopažanja djeca uočavaju okidače za vlastitu ljutnju i agresivne reakcije. Svjesnost o postojanju tih okidača koristi im u stjecanju vještina samokontrole (10). Jedna od uobičajenih tehnika samokontrole je trijada samokontrole – postupak koji prekida nepoželjno stanje ili ponašanje. Dijete kada osjeti intenziviranje osjećaja ljutnje zamišlja da glasno vikne „STOP!“ ili vizualizira taj znak. Neposredno nakon zaustavljanja pokušava se umiriti bilo relaksacijom ili preusmjeravanjem pažnje (distrakcijom). Treći dio ove tehnike je nagrađivanje djeteta kada dođe do smanjivanja intenziteta ljutnje i/ili agresivne reakcije kako bi se potkrepljenjem povećala učestalost željenog ponašanja, odnosno samokontrole. Preusmjeravanje pažnje jedan je od načina za smanjenje uznemirenosti, a posebno je korisno u situacijama kada je dijete preplavljeno osjećajima i zbog toga nije moguća druga strategija, na primjer relaksacija (16). Pažnja se može preusmjeriti na trbuh, tijelo ili ugodnu scenu, muziku, slikovnice, lego kocke, crtanje ili fizičku aktivnost (10). Starije dijete se može podučiti da se na kraju i samo nagradi materijalno (naljepnice, slatkiši, igračke) ili pozitivnim samoizjavama („Bravo, uspio sam ostati smiren“, „Super sam uspjela“, „Bravo ja“, „Mogu ja to“) čime se potiče osjećaj zadovoljstva, ponosa i moći kada se uspije kontrolirati i čime postaje manje ovisno o nagrađivanju od strane odraslih.

Tehnike relaksacije pomažu u prevenciji eskalacije ljutnje (10), a kod djece se primjenjuju abdominalno disanje, vođena imaginacija i progresivna mišićna relaksacija. Za mlađu djecu potrebna je prilagodba tehnika. Abdominalno disanje se može djetetu objasniti da zamisli kao da u trbuhu ima balon koji onda napuhuje, a progresivna mišićna relaksacija, kojom se opuštaju skupine mišića po cijelom tijelu, provoditi u formi priče (17). Vođeno zamišljanje je relaksacijska tehnika kojom se od djeteta traži što vjernije predočavanje smirujućih scena ili događaja.

Modeliranje je tehnika kojom terapeut u seansi, a roditelj kod kuće demonstriraju djetetu ciljano ponašanje, a dijete ga usvaja promatranjem te kasnije ga samo opisuje i izvodi. *Ima-*

ginativna tehnika unutarnje modeliranje temelji na činjenici da tijelo ne razlikuje zamišljaj od realnosti. Dijete zamišlja željeno ponašanje i njegove pozitivne posljedice čime se događa unutarnje kondicioniranje - proces mijenjanja ponašanja zamišljenim povezivanjem ponašanja i njegovih posljedica.

Potkrepljivanje. Kako bi se pospješila modifikacija ponašanja, ključno je u terapiji koristiti potkrepljenje. Potkrepljenje je događaj čija pojava nakon željenog ponašanja povećava vjerojatnost ponavljanja tog ponašanja. Potkrepljivači mogu biti socijalni (pohvala roditelja, nastavnika, ili druge značajne osobe u životu djeteta) i materijalni (manje i veće nagrade). Unaprijed se određuje željeno ponašanje za koje će se primjenjivati nagrade i vrsta nagrade; na primjer svaki puta kada se dijete uspije kontrolirati i ne reagira agresivno, dobije manju nagradu (naljepnicu, keks, bombon, čokoladicu ili smješkica), a za više manjih nagrada neku veću nagradu (igračku, knjigicu, odlazak u kino, igraonicu).

Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnom tretmanu djece s eksternaliziranim poremećajima

Kognitivne tehnike su usmjerene na mijenjanje iskrivljenih misli djeteta vezanih uz socijalne situacije koje su za dijete frustrirajuće ili provokativne (10), a koje su u osnovi neadekvatnih i agresivnih ponašanja djece s eksternaliziranim poremećajima.

Psihoedukacija podrazumijeva podučavanje roditelja i djeteta o djetetovom poremećaju, kognitivno bihevioralnom modelu ljutnje i agresivnog ponašanja i BKT tretmanu. Djetetu je prikladnije opisati problematično ponašanje, umjesto da mu se govori o dijagnozi. Potrebno je djetetu i roditeljima pružiti osnovne informacije o poremećaju kako bi neke od djetetovih problema počeli pripisivati poremećaju i na taj način smanjili (samo)kritičnost i krivnju (16). Na primjer, ako se dijete s hiperkinetskim poremećajem trudi izvršavati školske obaveze, važno je za početak nagrađivati njegov trud, bez obzira što često ne uspije do kraja odraditi neki zadatak, jer je teškoća u dovršavanju zadataka simptom hiperkinetskog poremećaja.

Identifikacija i evaluacija negativnih automatskih misli. Uz ranije opisane tehnike identifikacije i procjene intenziteta osjećaja kojima djeca povezuju triger situaciju s afektivnim odgovorom, uči ih se i da prepoznaju i svoje negativne automatske misli u tim situacijama. Na taj način djeca još bolje utvrđuju povezanost između misli, osjećaja i ponašanja. Propitkivanjem točnosti negativnih automatskih misli dijete se potiče na zamjenu alternativnim, realnijim i funkcionalnijim mislima. Na primjer, djevojčica u dobi od 5 godina kojoj je mlađa sestra od 2 godine pošarala crtež ima negativnu automatsku misao „Sestra je to namjerno napravila“. Kognitivnom restrukturacijom uz dokaze za navedenu misao, dokaze protiv misli, alternativno viđenje situacije djevojčica je pronašla novu realniju misao „Sestra me htjela oponašati, htjela je crtati kao i ja, a i ja ponekad oponašam mamu i oblačim njezine cipele“.

Verbalne samoinstrukcije (samo-govor). Unutrašnji samogovor je mehanizam samoregulacije koji djeca normalno razvijaju u dobi od 6 do 7 godina. Djeca s eksteraliziranim sptomima i poremećajima pokazuju deficit unutrašnjeg samogovora te se u KBT radi na stjecanju ovog mehanizma na način da dijete u početku izvodi neki zadatak uz verbalno vođenje od strane terapeuta, kasnije dijete samo glasno govori upute, potom šapćući i na kraju dijete obavlja zadatak vodeći ponašanje unutrašnjim govorom. Uvježbavanjem se djecu uči da prepoznaju misli koje pojačavaju i umanjuju ljutnju te da shvate utjecaj samogovora na emocije i ponašanje (10).

Samoumirujuće rečenice su samoizjave koje djeci koriste u smanjenju neugodnih emocija poput ljutnje (npr. „Nije vrijedno da se oko toga ljutim“; „Samo me želi naljutiti, neću se dati“). Djecu se potiče da sama smisle svoje izjave koje im pomažu. Korisne su i *pozitivne samoizjave* koje mogu biti verbalne samopohvale kod ostvarivanja poželjnih obrazaca ponašanja (npr. „Super, uspjela sam ostati smirena“, „Bravo, riješio sam problem razgovorom“ i sl.).

Tehnike rješavanja problema u socijalnim situacijama i trening socijalnih vještina. Uvježbavanje tehnike rješavanja problema u socijalnim odnosima može se provoditi kroz igre uloga koje su naročito prikladne za djecu (16). Međutim, postoje i strukturirani programi za trening socijalnih vještina i rješavanje problema u socijalnim odnosima. Jedan od najpoznatijih programa za djecu predškolske i rane školske dobi razvili su Spivack i Shure (18). Cilj programa je naučiti djecu kako da misle, a ne što da misle pomoću igranja uloga, slikovnih priča i igračaka. Pomoću razgovora djecu se potiče da smisle što više različitih mogućnosti za reagiranje u određenoj situaciji te da razmisle o mogućim posljedicama svakog od tih postupaka. S vještinom koju dijete tada ima, ono može izabrati je li neko ponašanje prikladno ili nije zbog posljedice kojom će rezultirati. Pokazalo se da djeca koja razviju ovu vještinu rješavanja problema mogu bolje procijeniti i izabrati jedno od različitih mogućnosti/rješenja problema, isprobati novi način u slučaju neuspjeha, doživjeti manje frustracije i manje simptoma loše prilagodbe (18). Na kraju programa djeca su bila manje impulzivna tj. sposobnija pričekati na ono što žele, manje zahtjevna, bolja u izmjenjivanju igračaka i manje uznemirena u frustrativnoj situaciji (18).

Trening asertivnosti uči djecu izraziti svoje viđenje situacije i zauzeti se za sebe, na način da se poštuje druga osoba. Terapeut s djetetom koristi igru uloga u određenoj situaciji. Kod mlađe djece obično prvo terapeut glumi dijete i kao model prikazuje asertivno ponašanje, a nakon toga zamijene uloge te dijete vježba novo ponašanje.

Tehnika zauzimanja stajališta usmjerava djecu na razmatranje učinaka njihova lošeg ponašanja na druge te ih se podučava da budu osjetljivi na ono što drugi misle i osjećaju. Kada djeca nauče osvještavati učinke vlastitog neadekvatnog ponašanja na druge, lakše kontroliraju ljutnju prije

nego ih ona potpuno preplavi (10). Ova tehnika nešto je zahtjevnija za djecu mlađe dobi zbog kognitivne nezrelosti i egocentrizma, teškoće u shvaćanju stajališta drugih osoba.

ULOGA RODITELJA U KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOM TRETMANU DJECE S EKTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

U terapiji kod mlađe djece iznimno je važna uloga roditelja. Uključenost roditelja u KBT djece s eksteraliziranim poremećajima povećava učinkovitost tretmana (10,25,27,30). Roditelje se potiče na aktivno sudjelovanje u planiranju i provođenju terapijskog programa. Roditelji kao koterapeuti pomažu djetetu u uvježbavanju vještina terapijskog programa te generalizaciji, odnosno prenošenju stečenih vještina u svakodnevni život (osviještavanje i imenovanje osjećaja i procjena njihovog intenziteta, samokontrola i kognitivna restrukturacija). Naročito je značajna uloga roditelja u potkrepljivanju pozitivnih obrazaca ponašanja koje dijete uspije postići pohvaljivanjem i materijalnim nagradama. Važno je da roditelji prate uspješnost terapijskog programa te uočavaju nedostatke o čemu izvještavaju terapeuta i s njim dogovaraju nastavak terapije. Osim rada s djetetom, roditelje se potiče da rade i na vlastitoj samokontroli ljutnje i anksioznosti te kognitivnoj restrukturaciji vlastitih automatskih negativnih misli i disfunkcionalnih vjerovanja (npr. negativna automatska misao roditelja „Nikad ne uspijem izaći na kraj s ovim djetetom“ zamijenjena je u „Moje je dijete zahtjevno, ima teških situacija u odgoju s njim, ali u većini situacija ih uspijemo prebroditi.“) (10).

POTEŠKOĆE U PRIMJENI KOGNITIVNIH TEHNIKA KOD MLAĐE DJECE

S obzirom na razvojne karakteristike djece mlađe dobi u primjeni kognitivnih tehnika prisutne su stanovite poteškoće i ograničenja o kojima treba voditi računa tijekom terapije. Prema teoriji kognitivnog razvoja Jeana Piageta, dob između 2. i 7. godine pripada predoperacijskom razdoblju u kojem vlada egocentrizam na predodžbenoj razini. Mlađe predoperacijsko dijete ima vrlo ograničenu sposobnost predočavanja psihičkog iskustva i stajalište neke druge osobe čija je perspektiva različita od njegove. Umjesto toga četverogodišnjak ili petogodišnjak ponaša se često kao da svi dijele njegov pogled na svijet, vide ono što i on vidi, osjećaju ono što i on osjeća, znaju ono što on zna. Pritom valja napomenuti da egocentrizam ne znači egoizam ili sebičnost, već jednostavno teškoću u preuzimanju stajališta drugih osoba. Dijete nije u stanju prepoznati perspektivu mišljenja druge osobe, realno je samo ono što on vidi i doživljava, ne može uvidjeti kako to drugi vide i doživljavaju (19).

U kognitivnoj restrukturaciji negativnih automatskih misli kod mlađe djece koriste se misaoni oblačici za iden-

tifikaciju misli, a u pronalaženju realnijeg i adaptivnijeg odgovora uz traženje dokaza za i protiv negativnih misli, sokratovskim ispitivanjem prilagođenim kognitivnom razvoju mlade dječje dobi uz korištenje usporedbi i metafora traga se s djetetom za alternativnim viđenjem situacije (na primjer: „Namjerno se ne želi maknuti“ misao je djevojčice dok otac gleda TV i ne miče se, a ona želi staviti knjige na policu, nakon čega mu djevojčica razdere košulju, a alternativni odgovor je bio „Tata je gledao utakmicu, jako se zagledao kao kad ja gledam crtiće i ne čujem mamu, nije me vidio i zato se nije maknuo“).

Djeca u mlađoj dobi imaju i poteškoće u sekvencijskom mišljenju kod rješavanja problema (10). Sekvencijsko mišljenje je proces u kojem se misli i postupci stavljaju u redosljed prema važnosti. To omogućuje donošenje ispravne odluke. Sekvencijalno mišljenje podrazumijeva dobro razvijene organizacijske sposobnosti i dosljedno poštivanje redosljeda postupaka što kod mlade djece još nije dovoljno razvijeno [na primjer: dijete želi igračku koju ima njegova sestra i zna da treba promisliti o tome kako sve može postupiti da dobije igračku (generiranje rješenja), no preskoči procjenu kakve bi posljedice svako od rješenja moglo imati (sekvencu tehnike rješavanja problema) i nasumično izabere neko rješenje, umjesto da razmišljajući o mogućim posljedicama izabere rješenje koje je najbolje za sve].

U grupnom tretmanu djeca u dobi od 5 do 7 godina su motorički aktivnija i teže slijede strukturu grupne seanse kao što su sjedenje na mjestu, čekanje svog reda, davanje važnih komentara i slično. Zbog navedenih ponašajnih i socio-kognitivnih karakteristika mlade djece potrebna je prilagodba strukture i sadržaja grupnih seansi dobi djece koja su uključena u ovu vrstu tretmana (20).

UČINKOVITOST KBT DJECE S EKSTERNALIZIRANIM POREMEĆAJIMA

Rezultati nekoliko meta-analiza upućuju na učinkovitost KBT u prevenciji i smanjenju agresivnog i ometajućeg ponašanja kod djece s eksternaliziranim poremećajima. Sukhodolsky i sur. (21) proveli su meta-analizu u koju je uključeno 40 istraživanja ishoda tretmana KBT programa namijenjenih radu na osjećaju ljutnje i agresivnosti kod djece. U ovim istraživanjima sudjelovalo je ukupno 1953 djece u dobi od 7 do 17,2 godine (s prosječnom dobi od 12,5 godina), od kojih su većina bila uključena u neki oblik grupne terapije. Evaluirani tretmani su bili kratki, između 8-18 seansi. Prosječna veličina učinka tretmana u istraživanjima uključenima u meta-analizu u rasponu je srednjih vrijednosti ($\eta^2=0,67$). Pri tome je utvrđena veličina učinka intervencija namijenjenih djeci s problemima umjerene težine visoka ($\eta^2=0,80$) u odnosu na intervencije za djecu s visokom ($\eta^2=0,59$) i niskom razinom problema ($\eta^2=0,57$). Razlike u učinkovitosti intervencija također su utvrđene i između četiri kognitivno-bihevioralne tehnike – trening

vještina ($\eta^2=0,79$), multimodalni tretman (tretman u kojem je uključen i roditelj) ($\eta^2=0,74$), rješavanje problema ($\eta^2=0,67$) i afektivna edukacija ($\eta^2=0,36$) (15). Kod djece s izrazito jakim poremećajem ponašanja, pokazalo se da intenzivno uvježbavanje tehnika rješavanja problema značajno poboljšava ponašanje djece (22, 23).

Rezultati meta-analize Robinsona i sur. (24) koja je uključivala 23 istraživanja pokazuju da je veličina učinka KBT na eksternalizirane ponašajne probleme $\eta^2=0,64$, pri čemu 88 % istraživanja govori o pozitivnim rezultatima. McCart i sur. (25) utvrđuju nižu razinu učinka ($\eta^2=0,35$) uz napomenu da su više razine učinka KBT nađene za adolescente nego za mladu djecu vjerojatno zbog više razine kognitivnog razvoja adolescenata u odnosu na djecu mlade dobi što je u skladu s teškoćama u primjeni kognitivnih intervencija kod mlade djece opisanih u ovom radu. Iako pristupi starijoj djeci često uključuju napredne socijalne vještine, KBT programi za uvježbavanje rješavanja problema se mogu primjenjivati s djecom svih dobi i kognitivnih sposobnosti. Program treninga rješavanja problema u socijalnim situacijama (18) u brojnim istraživanjima pokazao se korisnim za djecu predškolske dobi, iako je kod mlade djece slabije razvijeno apstraktno mišljenje (26).

Terapija u kojoj roditelji sudjeluju kao koterapeuti dovodi do najvećih i najtrajnijih poboljšanja u ponašanju djeteta u usporedbi s intervencijama usmjerenima samo na dijete (27). Kod mlade djece u dobi od 4 do 8 godina uključivanje roditelja kao koterapeuta povećava učinkovitost KBT te dolazi do smanjenja agresivnosti i drugih eksternaliziranih ponašanja, a poboljšavaju se strategije rješavanja konflikata (28). Od dugoročnih ishoda uključivanje roditelja u KBT smanjuje delinkvenciju i poboljšava izvršavanje školskih obveza u razdoblju u 4 godine nakon terapijskih intervencija (29). Ovi podatci upućuju na važnost provođenja KBT s djetetom i s roditeljem (30). Međutim, važno je istaknuti i da se u najvećoj mjeri pozitivne promjene ponašanja mogu postići u mlade djece, ispod 8 godina, kod kojih nisu prisutni izrazito teški problemi ponašanja (31).

ZAKLJUČAK

Primjenom kognitivnih tehnika u radu s djecom s eksternaliziranim poremećajima postiže se da djeca disfunkcionalne misli zamijene alternativnim, funkcionalnijim i realnijim mislima te kognitivnim procesima koji dovode do smanjenja ljutnje i agresivnog i odstupajućeg ponašanja. Pri tome je važno kod djece mlade dobi voditi računa o njihovoj kognitivnoj nezrelosti koja se očituje u egocentrizmu zbog kojeg imaju poteškoće u shvaćanju perspektive druge osobe. Kognitivne tehnike treba prilagoditi razvojnim karakteristikama djeteta i kombinirati ih s bihevioralnim tehnikama. Kod KBT, osobito mlade djece s eksternaliziranim simptomima, preporuča se uključivanje roditelja kao pomoćnog terapeuta u primjeni kognitivnih i bihevioralnih intervencija što po-

spješuje učinke tretmana (32). U najvećoj mjeri pozitivne promjene ponašanja mogu se postići u mlade djece, ispod 8 godina, kod kojih nisu prisutni izrazito teški problemi ponašanja. Taj rezultat naglašava važnost prevencije i ranih intervencija eksternaliziranih poremećaja u djece mlade dobi.

LITERATURA

1. Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 126-41.
2. Farrington DP. Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. U: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.
3. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: A review of empirical efforts. *Psychol Bull* 1978; 85: 1275-1301.
4. Oatley K, Jenkins, JM. *Razumijevanje emocija*, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
5. Davison GC, Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
6. Kupersmidt J, Coie JD, Dodge KA. The role of poor peer relationships in the development of disorder. U: SR Ascher, JD Coie, eds. *Peer Rejection in Childhood*. New York: Cambridge Univ. Press, 1990.
7. Lochman JE, Wayland KK. Aggression, social acceptance and race as predictors of negative adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1026-35.
8. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal Child Psychology* (3rd ed.) Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 2005.
9. Caspi A, McClay J, Moffitt T i sur. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4.
10. Kendall CP. *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-Behavioral Procedures*, New York: The Guilford Press, 2006.
11. Wasserman GA, Seracini AG. Family Risk Factors and Interventions. U: Loeber R, Farrington D, eds. *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
12. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
13. Ellis ML, Weiss B, Lochman JE. Executive functions in children: associations with aggressive behavior and social appraisal processing. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 945-56.
14. Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 366-74.
15. Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011; 20: 305-18.
16. Beck J. *Osnove kognitivne terapije*, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2011.
17. Koeppen AS. Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1974; 9: 14-21.
18. Shure M, Spivack G. A Preventive Mental Health Program for Young „Inner City“ Children: The Second (Kindergarten) Year. Paper presented at the 83rd Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, 1975.
19. Berk LE. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
20. Lochman JE, FitzGerald DP, Whidby JM. Anger management with aggressive children. U: Schaefer C, ed. *Short-term Psychotherapy Groups for Children*. Northvale, NJ: Aronson, 1999.
21. Sukhodolsky DG, Kassino H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2004; 9: 247-69.
22. Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psych* 1987; 55: 76-85.
23. Kazdin AE, Bass D, Siegel T, Thomas C. Cognitive-behavioral treatment and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psych* 1989; 57: 522-35.
24. Robinson TR, Smith SW, Miller MD i sur. Cognitive behavior modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: a meta-analysis of school-based studies. *J Educ Psychol* 1999; 91: 195-203.
25. McCart MR, Priester PE, Davies WH i sur. Differential effectiveness of behavioral parent training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 527-43.
26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem-solving in young children: a cognitive approach to prevention. *Am J Commun Psychol* 1982; 10: 341-56.
27. Kazdin AE, Siegel TC, Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 733-47.
28. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *J Child Psychol Psych* 2001; 42: 943-52.
29. Tremblay RE, Pagani-Kurtz L, Masse LC, Vitaro F, Pihl RO. A bi-modal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 560-8.
30. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Parent-focused and cognitive-behavioral treatments of antisocial youth. U: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 1997.
31. Essau CA, Conrath J. *Agresivnost u djece i mladeži*, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
32. Kendall PC, MacDonald JP. Cognition in the psychopathology of youth and implications for treatment. U Dobson KS, Kendall PC, eds. *Psychopathology and Cognition*. San Diego, CA: Academic Press, 1993.

SUMMARY

THE COGNITIVE TECHNIQUES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF YOUNGER CHILDREN WITH EXTERNALIZING DISORDERS

V. BORIČEVIĆ MARŠANIĆ^{1,2}, I. ZEČEVIĆ¹, LJ. PARADŽIK¹, D. ŠARIĆ¹ and LJ. KARAPETRIĆ BOLFAN¹

¹Psychiatric Hospital for Children and Adolescents, Zagreb, and

²Josip Juraj Strossmayer University of the Osijek Medical School, Osijek, Croatia

Children with externalizing disorders (ED) show symptoms of uncontrolled behavior which causes disturbances in their environment and are therefore the most common cause of referral for assessment and treatment in mental health services. ED are caused by the interaction of biological, psychological and social factors. Children with ED have specific socio-cognitive characteristics that maintain the symptoms, and many therapeutic interventions within cognitive-behavioral therapy (CBT) are focused on their modification.

This article presents the cognitive behavioral model of ED in children and techniques of CBT, and the specifics of cognitive techniques in younger children in particular. Research results of the effectiveness of CBT in childhood ED are presented, which showed significant reductions of symptoms, especially when parents were included as cotherapists. Prognosis was better if treatment started at a younger age.

Key words: externalizing disorders, cognitive-behavioral therapy, children