

INTERVENCIJE U OBITELJSKOM OKRUŽENJU: MOGUĆNOST PREVENCIJE IZDVAJANJA DJECE I MLADIH RIZIČNOG PONAŠANJA IZ OBITELJI

SAŽETAK

U radu su prikazani učinkoviti programi razvijeni u SAD-u i zapadnoj Europi koji se primjenjuju u radu s obitelji u obiteljskom okruženju, a u fokusu imaju djecu i mlade s visokim rizikom u ponašanju, odnosno s razvijenim problemima u ponašanju. Riječ je o intenzivnim programima pomoći obitelji baziranim na općoj teoriji sustava, teoriji socijalne ekologije, teoriji kriznih intervencija i teoriji socijalnog učenja. Cilj tih programa je sprječavanje izdvajanja djece i mladih u riziku iz njihovih obitelji, osnaživanje obitelji, poboljšanje funkcioniranja

¹ Ivana Murović, socijalna pedagoginja, e-mail: ivana.maurovic@gmail.com

Pregledni članak
Primljeno: svibanj, 2010.
Prihvaćeno: srpanj, 2010.
UDK 376.5-053.2/.6-055.5/.7

Ivana Maurović¹

Edukacijsko-rehabilitacijski
fakultet
Odsjek za poremećaje u
ponašanju

Ključne riječi:
djeca i mladi rizičnog
ponašanja, prevencija
izdvajanja iz obitelji,
programi rada s obitelji u
obiteljskom okruženju.

obitelji i poboljšanje ponašanje djeteta/adolescenta. S obzirom da u Republici Hrvatskoj ne postoje slični programi, u radu je naglašena važnost uključivanja takvih programa u postojeći kontinuum intervencija s djecom i mladima u riziku i njihovim obiteljima.

UVOD

U sustavu skrbi za djecu i mlade napušta se pristup usmjeren isključivo na pojedinca, odnosno na njegovo »cijepljenje« protiv rizičnih čimbenika u okruženju i nastoji se razvijati sveobuhvatni pristup koji obuhvaća cjelokupno okruženje, odnosno naglašava »važnost brojnih i različitih intervencija kako u radu s djecom/mladima s rizikom u ponašanju tako i s okolinom koja proizvodi rizik« (Buterfooss, Goodman i Wandersman, 1993.: 315). Kako je obitelj, uz zajednicu, školu i vršnjake, identificirana kao okruženje koje može biti vrlo rizično za razvoj djeteta (Liddle i Hogue, 2000.), a problemi u ponašanju djece i mladih kao oni koji su povezani s narušenim funkcioniranjem obitelji (Verwaaijen i Van Acker, 1993.; Ferić, 2002.), u svijetu su razvijene brojne intervencije koje obuhvaćaju cijelu obitelj, a u fokusu imaju djecu i mlade u riziku ili s razvijenim poremećajima u ponašanju. Engels i Andries (2007.) sumirajući veći broj istraživanja, navode kako su intervencije koje uključuju cijelu obitelj učinkovitije od onih koje se poduzimaju isključivo s djecom/mladima ili roditeljima. Štovoše, intervencije orijentirane isključivo na dijete, bez uključivanja roditelja ili obitelji, ne samo da ne moraju pomoći, već mogu imati i negativan učinak na obiteljsko funkcioniranje (Szapocznik, 1997., prema Ferić, 2002.).

To i ne čudi, analiziramo li ovu problematiku iz perspektive opće teorije sustava prema kojoj je član obitelji koji se problematično ponaša »identificirani klijent«, odnosno vanjski izraz poteškoća u obiteljskim odnosima (Urbanc, 2006.). Uzme li se u obzir kako obitelj kao i svaki drugi sustav nastoji održati homeostazu, utjecanje na jednog člana bez utjecanja na ostale članove, rezultira nastojanjima ostalih članova k povratku na staro, odnosno *statusu quo*.

Dakle, moguće je zaključiti kako je vjerojatno da su obitelji visokorizične djece i same visokorizične. To potvrđuje i Ajduković (2008.a) koja naglašava kako je razina rizika obitelji značajno povezana s razinom rizika djeteta te navodi karakteristike visokorizičnih obitelji: nepovoljna sociodemografska obilježja, slabe roditeljske kompetencije, slabe socijalne interakcije u zajednici, kronični psihosocijalni stresori, psihosocijalni rizici nadilaze resurse obitelji, npr. ovisnost nekog člana obitelji, stalna nezaposlenost, nasilje u obitelji, kronične teškoće u odgoju djece, djeca očituju poremećaje u ponašanju te je moguće izdvajanje iz obitelji.

Utvrđeno je kako su posljedice odrastanja u takvoj obitelji brojne, a između ostalih navode se: delinkvencija, nasilje i drugi oblici asocijalnog ponašanja, slabo

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

samopouzdanje, loše školsko postignuće, nepovjerenje i drugi (Davidson-Arad, 2005.).

Uvažavajući navedene pokazatelje, društvo dvadesetog stoljeća, odnosno društvo moderne koje je orijentirano na pojedinca i njegovu patologiju, izdvaja djecu iz takvih obitelji nastojeći ih resocijalizirati u odgojnim ustanovama. Paradoksalno, isključivanjem se nastoji uključiti djecu i mlade u zajednicu. U tom su razdoblju vršena brojna istraživanja učinkovitosti institucionalizacije te su prepoznate brojne negativne psihološke, socijalne, obrazovne i druge posljedice izdvajanja djeteta iz obitelji (Davidson-Arad, 2005.; Koller-Trbović i Žižak, 2006.). Na temelju takvih podataka, a i u skladu s karakteristikama postmodernog društva koje u fokusu ima širu sliku, tj. odnose pojedinca s drugim ljudima te upitnost patologizacije pojedinaca, 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća u SAD-u javlja se pokret za deinstitucionalizaciju koji je zagovarao važnost normalizacije uvjeta života djece, odnosno života u što manje restriktivnoj sredini (Hayward i Cameron, 2002.). Razvijaju se i suvremena načela rada s djecom i mladima s rizikom i/ ili s razvijanim poremećajima u ponašanju te s njihovim obiteljima. Riječ je o: individualizaciji tretmana prema potrebama korisnika, primjeni intervencija u prirodnoj sredini korisnika, deinstitucionalizaciji, partnerstvu u odlučivanju i provođenju tretmana/ intervencije, stalnoj evaluaciji tretmana i programa, međuresorskoj suradnji i sl. (Koller-Trbović, 1996., 1999.a, 1999.b, 1999.c).

Posebna pažnja posvećuje se zaštiti prava djece zajamčenoj Konvencijom o pravima djeteta (2007.). Za tematiku ovog rada posebno su važni: pravo djeteta na zaštitu njegovog najboljeg interesa (čl. 3), pravo da uživa skrb roditelja (čl. 7), pravo djeteta da se ne odvaja od roditelja protiv njihove volje (čl. 9) te pravo na adekvatnu skrb i zamjenske mogućnosti institucionalne skrbi (čl. 40, st. 4) i dr. Na krilima tih i nekih drugih društvenih promjena, u zapadnim zemljama svijeta razvijaju se brojni programi kojima se nastoji osnažiti obitelji kako bi sačuvala svoju odgojnu ulogu. Specifičnost programa koji će biti predstavljeni je rad s visokorizičnim obiteljima i visokorizičnom djecom i mladima iz tih obitelji u okruženju obitelji, a sa svrhom utjecanja na ponašanje djeteta/maloljetnika te roditelja kako bi se spriječilo izdvajanje djece i mladih iz tih obitelji.

Svrha ovog rada jest donositeljima odluka i profesionalnoj zajednici ukazati na primjere dobre prakse u radu s visokorizičnim obiteljima u obiteljskom okruženju, budući da u Republici Hrvatskoj takvih programa nema, a potreba za njima postoji.

STANJE U HRVATSKOJ: RAZMATRANJA O POSTOJEĆIM MJERAMA PREVENCIJE IZDVAJANJA DJECE I MLADIH RIZIČNOG PONAŠANJA IZ OBITELJI

Prema zakonski definiranom kontinuumu intervencija, mjere koje svojim intenzitetom prethode izdvajanju djece i mladih rizičnog ponašanja iz obitelji u Hrvatskoj su mjere pojačane brige i nadzora/s boravkom u odgojnoj ustanovi (Zakon o sudovima za mladež, 2007., čl. 11, čl. 12) i nadzora nad izvršenjem roditeljskom skrbi (Obiteljski zakon, 2003., čl. 110).

Riječ je o značajnim i potencijalno vrlo snažnim mjerama, onima koje nose »teret«
prevencije izdvajanja djece i mladih iz obitelji te je stoga važno problematizirati nekoliko pitanja vezanih uz njih. Prvenstveno, obuhvaćaju li ove mjere cjelokupnu populaciju djece i mladih rizičnog ponašanja, u riziku za izdvajanje iz obitelji, odnosno koji je njihov domet? Kako se provode, tj. kakva je kvaliteta tih mjera? Ulaže li se u njih?

Pojačana briga i nadzor je mjera koja se izriče isključivo zbog kaznenog djela maloljetnika te je opravdano postaviti pitanje: Što je s djecom i mladima visokorizičnog ponašanja koji nisu počinili kazneno djelo (u bijegu su, skiću se, promiskuitetnog su ponašanja, ovisni su o narkoticima i sl.)? Jesu li oni u institucijama, izvan sustava ili...?

Iako je Hrvatska među prvim europskim zemljama uvela ovakav tip mjere, ne može se pohvaliti i s kvalitetom njene provedbe. Naime, brojne su poteškoće s kojima se mjera suočava: izostanak multidisciplinarnog pristupa zbog nedostatka stručnih djelatnika, nepoštivanje zakonskih rokova, nedovoljna individualizacija programa rada, neprovođenje kontinuirane edukacije voditelja i brojne druge (Kovačić, 2004.). Slijedom navedenog, upitna je i sveobuhvatnost ove mjere, odnosno uključivanje cjelokupne obitelji i lokalne zajednice u njeno provođenje.

Mjera nadzora nad izvršenjem roditeljske skrbi izriče se uslijed blažih propusta roditelja. Dakle, riječ je o ranointerventnoj mjeri pa je važno zapitati se što se događa s obiteljima u visokom riziku u kojima su i djeca visokorizična? Odnosno, može li »najteža obiteljsko pravna mjera«
prije izdvajanja djece i mladih iz obitelji ujedno biti i rana intervencija? (Žižak i Koller-Trbović, 2008.: 237.).

Odgovor se nameće sam po sebi, a potvrđuje ga i Jelavić (2008.: 144) koja navodi kako ova mjera, unatoč brojnim potencijalima, ne osigurava učinkovitu zaštitu i pomoć u situacijama kada su propusti roditelja takvi da se učinak ne može postići uobičajenom provedbom nadzora, tj. obilascima, provjerom te da je potrebno osigurati još intenzivnije mjere. Uz to, nadzor nad izvršenjem roditeljske skrbi, ne »pokriva«
djecu i mlade rizičnog ponašanja, barem ne sustavno. Unatoč tome,

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

ova mjera važna je za ovaj rad jer, uslijed nejasnih kriterija izricanja, povremeno zasigurno obuhvaća i djecu i mlade rizičnog ponašanja, a uz to, riječ je o jednoj mjeri propisanoj našim zakonima u sklopu koje se radi s obitelji u obitelji.

Značajan iskorak u poboljšanju kvalitete provođenja mjere nadzora nad izvršenjem roditeljske skrbi napravljen je projektom UNICEF-a »Prevencija separacije i rane intervencije s obiteljima pod rizikom« kojim je pružena stručna podrška stručnjacima kako bi što djelotvornije radili s obiteljima pod rizicima za izdvajanje djece/ili iz kojih su djeca već izdvojena (Ajduković, 2008.b). Širenje pozitivnih pomaka iz ovog projekta iznimno je važno, a ono iziskuje izliječenje sustava socijalne skrbi od svojih standardnih bolesti: nedovoljnog broja stručnjaka, nedostatka supervizije, neažurnosti u praćenju svjetskih trendova, reaktivnog umjesto proaktivnog djelovanja i brojnih drugih.

Osim zakonski propisanih mjera, postojeću intervencijsku ponudu upotpunjavaju i razni programi organizacija civilnog društva, kao npr. savjetodavna pomoć obiteljima u prostorijama udruge/organizacije (npr. Udruga Igra, Udruženje djeca prva, Plavi telefon i sl.), savjetovanje odlaskom u obitelj (Udruga Most iz Splita) i sl. Ovi programi značajno obogaćuju lepezu intervencija određenih lokalnih zajednica, no budući da ih druge zajednice rijetko »repliciraju«, velik broj djece, mladih i obitelji iz tih zajednica nema mogućnosti koristiti ovakve ponude.

Slijedom navedenog, jasno je kako su djeca i mladi rizičnog ponašanja u Hrvatskoj zbog »siromašne« ponude intervencija, tek djelomično obuhvaćeni potrebnim mjerama. Uz to, postojeće mjere već dugi niz godina pate od istih ili sličnih poteškoća, što ukazuje na sustavno nedovoljno ulaganje u poboljšanje njihove kvalitete. Također, unutar mjera rada s ovom populacijom, nema onih koje bi obuhvatile cjelokupnu obitelj te na taj način pomogle »identificiranom klijentu« promijeniti ponašanje, zauzeti bolji položaj u svojoj obitelji te rasti i razvijati se u njoj. Naprotiv, uslijed nedostatka takvih mjera, izdvajanje djece/mladih rizičnog ponašanja iz obitelji još uvijek predstavlja najučestalije rješenje (Koller-Trbović i Žižak, 2006.).

Da je takav scenarij moguće uspješno zaobići, svjedoče brojni učinkoviti programi diljem svijeta, na koje je, kao i na mogućnosti njihove primjene, još prije desetak godina ukazivala Koller-Trbović (1996., 1999.b). Čini se kako je upravo sada trenutak za aktualizaciju ovog pitanja, budući da proces deinstitucionalizacije uzima sve više maha, iziskujući različite mjere kao zamjenu za instituciju. U skladu s tim, i Nacionalna strategija prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih od 2009. do 2012. godine (NN, 98/09), propisuje plan razvoja mjera rada s obitelji u obitelji djece/mladih rizičnog ponašanja (mjera pod brojem 4.3.4).

Iz svega navedenog, jasno je kako na postojećem kontinuumu intervencija postoji velik neupražnjeni prostor između postojećih mjera rada s djecom/mladima

rizičnog ponašanja i njihovog izdvajanja obitelji. Taj prostor potrebno je ispuniti raznim mjerama, a između ostalih, i mjerama rada s obitelji u obitelji. Programi razvijeni u svijetu mogu poslužiti kao primjer programa koje je moguće razvijati kod nas. U narednom tekstu bit će opisane glavne karakteristike tih programa, a neki od njih bit će i detaljnije prikazani.

KARAKTERISTIKE INTERVENCIJA S VISOKORIZIČNIM OBITELJIMA, DJECOM I MLADIMA U OBITELJSKOM OKRUŽENJU

Intervencije za visokorizične obitelji u obiteljskom domu započele su svoj razvoj 70-ih godina prošlog stoljeća u SAD-u (Kathleen, 2005.). Prema modelu kontinuuma rizika i intervencija koje su predložile Bašić, Žižak i Koller-Trbović (2004.), riječ je o tretmanskim intervencijama, za razliku od preventivnih i ranih koje se poduzimaju u slučajevima manjeg rizika djece i mladih ili postojanja rizika samo u okruženju (obitelji).

Glavni ciljevi intervencija s visokorizičnim obiteljima i djecom su: sprječavanje izdvajanja djece/mladih s poremećajima u ponašanju iz obitelji, osnaživanje i osposobljavanje obitelji za adekvatno funkcioniranje, poboljšanje ponašanja djece/mladih (Tully, 2008.).

Prvi zvanično priznat program je *Homebuilders*, nastao 1974. godine, primarno razvijen i namijenjen maloljetnicima koji su izlazili iz ustanova za mentalno zdravlje i njihovim obiteljima (Tully, 2008.), a kasnije modificiran i primjenjivan sa svrhom prevencije izdvajanja navedene populacije mladih iz njihovih obitelji. Zbog učinkovitosti, program se širio po brojnim državama SAD-a pod skupnim nazivom *Family preservation services*² (Tully, 2008.), a uspješno je primijenjen i modificiran u nekim zapadnoeuropskim državama, posebno Njemačkoj, Nizozemskoj i Švicarskoj (Koller-Trbović, 1996.). Kasnije su se razvijali i drugi programi s istom ili sličnom svrhom i ciljevima, ali s različitom strukturom, sadržajem, trajanjem i sl.

Većina tih programa temelji se na spomenutoj općoj teoriji sustava, teoriji socijalne ekologije, teoriji kriznih intervencija i socijalnog učenja te sadrže multisistemske i sveobuhvatni pristup (de Paul i Arruabarrena, 2003.). Radi boljeg uvida u teorijsko utemeljenje tih intervencija, navedene teorije bit će ukratko predstavljene.

Prema općoj teoriji sustava (von Bertalanffy, 1968., prema Littell, Popa i Forsythe, 2005.; Urbanc, 2006.; Janković, 2004.), obitelj je sustav koji se sastoji od više

² Za potrebe rada ovaj naziv moguće je prevesti na hrvatski kao Usluge za očuvanje obitelji.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

pod sustava (članovi obitelji), a promjene u jednom dijelu sustava utječu na druge dijelove sustava, odnosno cijeli sustav. Funkcioniranje sustava odražava se na funkcioniranje pod sustava, odnosno problemi u obitelji odražavaju se na članu/članovima obitelji i obrnuto. Problematično ponašanje djeteta/adolescenta može: (1) imati funkciju ili svrhu za obitelj (npr. roditelji se radije orijentiraju na probleme djeteta nego na probleme u svom odnosu); (2) biti funkcijom nesposobnosti obitelji da produktivno djeluje, osobito u prijelaznim razvojnim razdobljima (npr. agresivno ponašanje djeteta nakon razvoda roditelja), (3) biti simptomom disfunkcionalnih obrazaca ponašanja koji se prenose s generacije na generaciju (npr. agresivno ponašanje koje je pod utjecajem međugeneracijskog prijenosa nasilja).

Teorija socijalne ekologije (Bronfenbrenner, 1979., prema Littell, Pops i Forsythe, 2005.) dijeli bazične premise opće teorije sustava, ali ima širi fokus. Naime, prema toj teoriji, obitelj je temeljni kontekst u kojem se odvija ljudski razvoj, a naglasak je na istraživanju načina na koji vanjski čimbenici, odnosno sustavi, utječu na procese unutar obitelji. Pri tome se pažnja usmjerava na međusobne utjecaje mikrosustava (roditelji, vršnjaci i sl.), egzosustava (npr. socijalne službe, zdravstvene ustanove, radno mjesto roditelja), mezosustava (npr. susjedstvo), makrosustava (sustav kulturnih i socijalnih vrijednosti, globalne promjene u društvu) i kronosustave (npr. povijest odnosa). Ekološki modeli, nastali iz ekološke teorije, usvojili su princip rada s obitelji i simultano interveniraju u različite socijalne sustave te koriste različite strategije (Henggler i sur., 1993.; Liddle i Hogue, 2000.; Springer, Wright i McCall, 1997.; Ethier i sur., 2000.).

Uz ove teorije, za programe rada s obitelji, važne su i teorija kriznih intervencija (Lecomte i Lefebvre, 1986., prema Dagenais i sur., 2004.) prema kojoj je upravo kriza pravo vrijeme kada je moguće raditi s obitelji jer su tada obitelji otvorene za promjene, te teorija socijalnog učenja (Bandura, 1977., prema Kinney, Haapala i Booth, 1991.), prema kojoj su neučinkovite interakcije naučene u obiteljskom kontekstu te se jednako tako mogu i odučiti.

Iako je riječ o različitim pristupima i modelima (*Families First*, 1995., *Multisystemic therapy* i dr.), intervencije s obitelji u obiteljskom domu imaju **nekoliko bitnih zajedničkih elemenata** (Berry, 1992.; Nelson, 1997.; Henggeler i sur., 1998.; Wells i Fuller, 2000.; Tully 2008.): korisnik je cijela obitelj i to ona koja je visokorizična za izdvajanje djeteta/mlade osobe iz obitelji. Svi programi imaju razrađenu strategiju procjenjivanja rizika. U većini programa visok rizik određuje se prema procjeni socijalne službe o izdvajanju djeteta iz obitelji u roku od 24, odnosno 48 sati, a neki programi rizik procjenjuju na osnovi sličnosti razine rizika u obitelji i kod djeteta s razinom rizika djece koja su smještena u instituciju. Neki pak rizik procjenjuju s obzirom na prijašnje izdvajanje ili ponašanje adolescenta.

Daljnje karakteristike tih intervencija su intenzitet (gotovo svakodnevni odlazak stručnjaka u obitelj) i prilagodljivost programa potrebama obitelji (stručnjak radi sa svega nekoliko obitelji istovremeno kako bi se što bolje prilagodio potrebama obitelji, ima različite vještine kako bi adekvatno odgovorio na te potrebe). Vrlo važno za ove intervencije je i ograničeno trajanje, bilo da je riječ o 6 tjedana ili 6 mjeseci jer obitelj unaprijed zna koliko će vremena biti u programu. Time se nastoji izbjeći mogućnost da program, u slučaju neuspjeha, postane kotačić koji pomaže održavanju negativne homeostaze obitelji. Dakle, ukoliko program ne polučiti rezultate, primjenjuje se neki drugi program ili se dijete izdvaja iz obitelji.

Nadalje, vrlo važna karakteristika ovih programa je lociranost u obiteljskom okruženju što ima brojne prednosti: smanjeno osipanje obitelji iz tretmana jer obitelj ne mora ulagati napore odlaska u ustanovu, obitelj se osjeća poštovanom jer se radi na njenom »terenu« što može povećati motivaciju obitelji za sudjelovanje u tretmanu, valjanost procjene obiteljskih interakcija je veća jer se procjenjivanje odvija na mjestu gdje problem postoji, promjene koje se postižu očitije su jer se evaluiraju u okruženju u kojem se i odvijaju, generalizacija promjena je lakša jer nije potreban prijenos u drugo okruženje što je slučaj kada se intervencije vrše u ustanovi.

Ovi programi najčešće su brz odgovor na određenu eskalaciju krizne situacije u obitelji te se upravo kriza koristi za ulazak u obitelj koji je u normalnim okolnostima otežan. Aktivnosti koje se provode kroz te programe obično uključuju rješavanje krizne situacije, procjenjivanje obiteljskih snaga i potreba, istraživanje i poboljšavanje odnosa u obitelji i odnosa obitelji s drugim sustavima u lokalnoj zajednici, učenje obitelji vještinama potrebnim za održavanje integriteta, učenje roditelja vještinama roditeljstva i utjecanja na dijete/mladu osobu da promjeni ponašanje. Dakle, mijenjanjem funkcioniranja obiteljskog sustava nastoji se postići promijena na temelju koje će obitelj uspostaviti homeostazu na zadovoljavajućoj razini funkcioniranja. Stručnjaci koji provode program posebno su educirani za njegovo provođenje, u stalnoj su superviziji i imaju redovite konzultacije, a cijeli intervencijski proces je pod kontinuiranom evaluacijom.

Rezultati evaluacija programa rada s obiteljima mijenjali su se ovisno o modelu evaluacije koji se provodio. Naime, primijenjivani su razni modeli evaluacije, od modela »prije – poslje«, prema kojem se prati samo skupina podvrgnuta tretmanu, preko »kontrolnog modela« koji uključuje i kontrolnu skupinu prema kojoj se ne provodi tretman do »komparativnog«, pomoću kojeg se uspoređuju rezultati jednog tretmana s rezultatima drugih tretmana. (Ajduković, 1997.).

U skladu s tim, tri su vala evaluacije ovih programa. U prvom valu (do 1990. god.), rezultati su ukazivali na iznimnu uspješnost tih intervencija u sprječavanju izdvajanja djece i mladih iz obitelji i to u 60 – 90 % slučajeva. Ipak, istraživanja koja

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

su uslijedila utvrdila su kako su djeca prema kojima su se provodile neke druge intervencije u istom omjeru ostajala u obitelji. To je dovelo do toga da su se u kasnijim evaluacijskim istraživanjima (sredinom 90-ih godina prošlog stoljeća) uvele eksperimentalna i kontrolna skupina, kao i da su se proširili kriteriji učinkovitosti intervencije (osim izdvajanja iz obitelji, pratila se i kvaliteta života obitelji). Rezultati tih istraživanja davali su oprečne rezultate. Treći val istraživanja (početkom ovog stoljeća) u kojem su se primjenjivali kompleksni i dinamički mjerni instrumenti uistinu su pokazali značajnu učinkovitost intervencija pod uvjetom izjednačenosti razine rizika kontrolne i eksperimentalne skupine, kriterija učinkovitosti, te onih intervencija koje dosljedno primjenjuju program (*Intensive Family Preservation Services Protocol, 2003.*). Neke evaluacije kvalitativnog tipa utvrdile su visoku razinu zadovoljstva kako obitelji tako i stručnjaka. Obitelji su istakle osjećaj ponovno uspostavljene kontrole nad svojim životima, probuđene nade, poboljšane roditeljske i komunikacijske vještine. Kao najznačajnije elemente intervencije izdvajaju veliku količinu vremena koje je stručnjak proveo u obitelji, odgovaranje na potrebe obitelji, modeliranje prihvatljivih oblika ponašanja i podršku koju su osjećali (Kauffman, 2007.; Lee i sur. 2009.). Učinkovitost svakog pojedinog programa koji će biti predstavljen u radu bit će detaljnije opisana.

PRIKAZ PROGRAMA

Iako su u literaturi opisani brojni i različiti programi rada s obitelji u obiteljskom okruženju, u ovom radu bit će prikazana četiri programa, odabrana na temelju dokazane učinkovitosti, primjene u različitim sredinama, dugogodišnjeg provođenja (Obitelji na prvom mjesti, Multisistemski tretman), odnosno novine i potencijalnog značaja (Integrativni tretman obitelji i drugih sustava, tretman usmjeren na obitelj), različitosti u strukturi, metodama, te vremenskom trajanju, a sličnosti u ciljevima i korisnicima.

OBITELJI NA PRVOM MJESTU (FAMILIES FIRST)³

Ovaj program baziran je na *Homebuilders* modelu, pioniru programa koji interveniraju u domu obitelji, koji je zbog velike uspješnosti implementiran u 33 države SAD-a i 8 drugih država. Obitelji na prvom mjestu predstavlja modificiranu verziju *Homebuilders* modela, a zbog vrlo detaljnog opisa u literaturi i činjenice kako se provodi u Europi (Njemačka, Švicarska, skandinavske zemlje, Nizozemska)

³ Program je opisan pomoću sljedeće literature: *Families First, 1995.; Koller-Trbović, 1996.; Brink i sur., 2004.; Veerman i sur., 2003*

u ovom će radu bit predstavljen upravo program Obitelji na prvom mjestu, i to program koji se provodi od 1994. u Nizozemskoj. Odsjek za bihevioralnu terapiju Pedagoškog instituta u Amsterdamu dodatno ga je razvio te je postao dio regularnog sustava za zaštitu djece u Nizozemskoj.

Teorijska osnova

Kao i *Homebuilders* model, temelji se na teoriji socijalnog učenja, teoriji kriznih intervencija i općoj teoriji sustava, a proširen je primjenom modela kompetencija jer je povećavanje kompetencije roditelja i djece jedan od ciljeva tretmana. Intervencije se oslanjaju na snage obitelji i vode brigu o specifičnim potrebama obitelji.

Cilj

Programom se nastoji osnažiti obitelj kako bi postala funkcionalnija, smanjiti negativno i potaknuti pozitivno ponašanje djece te prevenirati njihovo izdvajanje iz obitelji.

Korisnici

Namijenjen je visokorizičnim obiteljima u kojima su prisutni psihički problemi, zlouporaba sredstava ovisnosti, socijalni problemi (nezaposlenost, problemi stanovanja, dugovi), problemi odnosa (rastava, zlostavljanje), međugeneracijski problemi, problemi u odgoju djece, problemi ponašanja djece (nesocijalizirano ponašanje, hiperaktivnost, laganje, bježanje iz škole, od kuće, agresivno i delinkventno ponašanje i sl.) i drugi.

Opis provedbe programa

Riječ je o kratkotrajnoj (4 – 6 tjedana), intenzivnoj (pomagač provodi oko 20 sati tjedno u obitelji), brznoj (pomagač odlazi u obitelj 24 sata nakon prijave) i strukturiranoj (postoji unaprijed isplanirani slijed aktivnosti) intervenciji. Na samom početku tretmana, službene institucije socijalne skrbi procjenjuju stupanj potrebe smještaja djeteta izvan obitelji. Kako bi se program mogao provoditi, potrebno je da barem jedan od roditelja izrazi želju za ostankom djeteta u obitelji te spremnost na suradnju s stručnjakom.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

Rizik za smještaj djeteta u odgojnu ustanovu određuje se na osnovi rezultata upitnika koji, pomoću razgovora s članovima obitelji i praćenja njihovog ponašanja, ispunjava voditelj. Ispituju se četiri područja te se računa indeks za izdvajanje djeteta iz obitelji (*Out of home placement index* – OHP). Uspoređuju se problemi djeteta i obitelji u nekoliko područja (psihosocijalna situacija, stres u obitelji, stresni događaji u svakodnevnom životu, problemi u ponašanju djeteta) s problemima djece smještenima u instituciju. Budući da se procjenjuju 4 područja, rezultati OHP indeksa kreću se od 0 do 4, s tim da rezultati 3 i 4 predstavljaju visoki rizik da se dijete smjesti u odgojnu ustanovu, 1 i 2 srednji, a rezultat 0 (što znači da niti na jednom od područja ne postoji podudarnost s djecom smještenom u instituciju) pokazuje da ne postoji rizik od izdvajanja djeteta.

Program se provodi kroz 4 faze:

- **Prva je faza prijave i upoznavanja (1- 4 dana).** Početak rada je u okviru 24 sata od prijave. Cilj ove faze usmjeren je na usklađivanje stručnjaka i obitelji, izgradnju odnosa i sakupljanje informacija. Način rada usmjeren je na normaliziranje emocija, aktivno slušanje, opservaciju i pozitivnu povratnu informaciju.
- **Druga je faza sređivanja i formuliranja ciljeva (2- 7 dana).** U ovoj se fazi zajedno s članovima obitelji postavljaju i, kroz konkretna radna područja, razrađuju ciljevi. Koristi se aktivno slušanje, opservacija i potpora kroz upotrebu »ja poruka«.
- **Treća faza je faza učenja i vježbanja (4 – 28 dana).** Cilj je učenje odgojnih, socijalnih i vještina korištenja kognitivnih sposobnosti, učenje nošenja s osjećajima te praktična i materijalna pomoć obitelji. Koriste se sljedeće tehnike: negativni *feedback*, »ja poruke«, učenje i uvođenje sustava nagrađivanja, »senzimetar« osjećaja, ometajuće i pomažuće misli. Praktična pomoć uključuje npr. organiziranje domaćinstva, čuvanje djeteta, male kućne popravke, čišćenje.
- **Četvrta je faza zaokruživanja (20 – 28 dana).** Cilj je usmjeren prema utvrđivanju aktivnosti koje je još potrebno učiniti, odnosno dogovara se s obitelji nadomjestak pomoći (npr. dugotrajnija ambulantna pomoć, obiteljska terapija i sl.).

Evaluacija

Istraživanja koja su imala za cilj provjeriti je li ovaj model doista primjenjivan kako je zamišljen te je li učinkovit (Veerman i sur., 2003.; Brink i sur., 2004.), pokazuju

pozitivne rezultate. Naime, autori su, koristeći standardizirane instrumente koji su procjenjivali ponašanje djeteta, roditeljski stres, stres djeteta, karakteristike tretmana i eventualno izdvajanje djeteta utvrdili kako je programom doista obuhvaćena skupina visoko rizičnih obitelji, odnosno da program uključuje ciljanu skupinu korisnika. Karakteristike tretmana poklapale su se s planiranima što upućuje na to da su voditelji slijedili upute o redoslijedu aktivnosti tijekom tretmana. Nadalje, ispitivanje učinkovitosti intervencije, »modelom prije - poslije« na uzorku od 320 djece iz 234 obitelji, pokazalo je da nakon završetka programa 92% djece ostaje živjeti s obiteljima, odnosno nakon 12 mjeseci njih 76%. Promjene su bile vidljive i u poboljšanom ponašanju djece, smanjenom stresu roditelja i stresu djece.

Troškovi

Troškovi programa izrazito variraju, ovisno o agenciji koja ga provodi i državi. Podaci govore o kretanju troškova od 20 000 00 do 60 000 00 kuna po obitelji, a uključuju sve troškove, od edukacije stručnjaka, provođenja rada, supervizije, konzultacija, administrativnih troškova i dr.

INTEGRATIVNI TRETMAN OBITELJI I DRUGIH SUSTAVA (INTEGRATIVE FAMILY AND SYSTEMS TREATMENT⁴)

Ovaj program nastao je na temelju konceptualne i metodološke integracije znanstveno utemeljenih elemenata uspješnih programa koji su bili primijenjeni u radu s djecom i mladima u riziku te njihovim obiteljima. Iako je razvoj programa počeo još krajem 90-ih godina prošlog stoljeća, 2003. godine je evaluiran te se od tada razvija kao dio redovite usluge lokalne zajednice u državi Ohio u SAD-u.

Teorijska osnova

Program je temeljen na integraciji različitih teorija i vrsta tretmana, posebice općoj teoriji sustava, strategijskoj obiteljskoj terapiji i strukturalnoj obiteljskoj terapiji. Četiri su principa ovog programa: (1) učinkovit tretman djece i adolescenata s ponašajnim i emocionalnim problemima zahtijeva tretman obiteljskog sustava; (2) obitelji su otporne i imaju snage i resurse koje se mogu koristiti pri traženju rješenja; (3) učinkovit tretman uključuje koordinaciju i suradnju između različitih

⁴ Program je opisan prema: Lee i Greene, 2007.; Lee i sur., 2009.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

organizacija koje pružaju usluge djeci ili obitelji; (4) učinkovit tretman izgrađen je pomoću dobro educiranih i treniranih stručnjaka s iskustvom u provođenju intervencija s obitelji.

Cilj

Program je osmišljen s ciljem smanjivanja ponašajnih i emocionalnih problema djece te preveniranja izdvajanja djece/mladih iz obitelji. Programom se nastoji osnažiti obitelj te potaći suradnju između različitih institucija koje surađuju ili bi trebale surađivati s obitelji.

Korisnici

Kao korisnike, program obuhvaća djecu i mlade s ponašajnim i emocionalnim problemima koji su u visokom riziku za izdvajanje iz obitelji te njihove obitelji.

Opis programa

Ovim programom nastoji se osnažiti obitelji, stručnjak i zajednica. Naime, smatra se kako jedino uz osnažene stručnjake i zajednicu i obitelj može biti snažna. Stoga se velika pažnja posvećuje prevenciji sagorijevanja stručnjaka tako da jedan stručnjak radi s najviše dvije obitelji istovremeno, u redovitoj je superviziji, a i stručnjak i supervizor redovito se konzultiraju s kreatorima programa. Odmah na početku rada stručnjak s obitelji dogovara plan rada koji između ostaloga uključuje i djelovanje u slučaju krize. Plan se zapisuje u dosje obitelji. Ukoliko je potrebno, krizne intervencije tijekom noći ili vikendom obavljaju djelatnici službe za krizne intervencije kako bi se dodatno rasteretilo stručnjake koji rade u obitelji. Tretman obično traje 6 tjedana, a temelji se na tri glavna čimbenika identificirana na temelju izučavanja uspješnih programa: (1) razvijanju pozitivnog terapijskog ozračja; (2) primjenjivanju strategija koje dovode do promjena drugog reda, dakle promjena koje su stabilne jer uključuju mijenjanje ponašanja svih članova obitelji umjesto samo jednog člana, odnosno promjene u funkcioniranju cjelokupne obitelji; (3) suradnji različitih sustava koji brinu o djeci i obitelji.

- **Razvijanje pozitivnog terapijskog ozračja** nastoji se postići razvijanjem odnosa između stručnjaka i obitelji, dogovaranjem oko ciljeva tretmana te oko podjele zadataka. Intervencije se baziraju na snagama, resursima i kompetencijama obitelji.

- **Strategije koje dovode do promjena drugog reda** vrlo su važne jer promjena drugog reda iz temelja mijenja obrasce ponašanja u obitelji. Strategije za promjenu uključuju: (1) usklađivanje stručnjaka s obitelji, a potom predlaganje akcija koje nisu usklađene s pretpostavkama članova obitelji o uobičajenom sustavu međusobnih interakcija; (2) zajedničko pronalaženje različitih alternativnih objašnjenja problema; (3) sagledavanje različitih problema iz nove perspektive kroz iskustvo nove i različite interakcije sa stručnjakom.
- **Suradnja između različitih sustava koji rade s obitelji** vrlo je važna. Smatra se kako je uz promjene neefikasnih obiteljskih interakcija važno mijenjati i neefikasne interakcije između različitih sustava kojima je svrha pomoći obitelji. Naime, pokazalo se kako nejedinstveno djelovanje različitih sustava često onemogućava pozitivne pomake u obitelji. Stoga stručnjak nastoji s drugim sustavima razviti sličan odnos suradnje kakav ima s obitelji kako bi cjelokupni pomažući sustav slijedio istu strategiju i djelovao u istom smjeru pomoći obitelji. Nastoji se osposobiti obitelj da i po završetku tretmana koristi potrebne usluge zajednice. Na taj način svi su na dobitku – obitelj u koju se ulaže s različitih strana, stručnjak koji, osim u svom timu, i u drugim sustavima pronalazi dodatne izvore podrške za rad u obitelji te zajednica koja postaje aktivna i sinkronizirana.

Evaluacija

Uspješnost programa, prema modelu »prije – poslije«, provjeravala se na grupi od 77 obitelji koje su završile program, a podaci su prikupljeni prije, po završetku programa i šest mjeseci nakon završetka. Sva djeca iz tih obitelji (77 djece) imala su neku od dijagnoza prema DSM IV klasifikaciji. Gotovo polovica djece imala je dijagnozu ADHD-a, 13% poremećaje prilagodbe, 11% poremećaje raspoloženja, dok je 43% djece prethodno bilo institucionalizirano i to u: psihijatrijske ustanove (40%), disciplinske centre (32%), udomiteljstvo (16%) te odgojne domove (4%). Kao mjere učinkovitosti tretmana ispitivale su se promjene u ponašanju djeteta, je li došlo do izdvajanja djeteta iz obitelji, obiteljsko funkcioniranje, participacija obitelji u tretmanu te roditeljske kompetencije. Prema rezultatima, došlo je do značajnog poboljšanja na svim područjima na samom završetku tretmana, te šest mjeseci nakon završetka. Naime, došlo je do smanjivanja problema u ponašanju djece, do smanjenja izdvajanja djece iz obitelji, poboljšano je funkcioniranje obitelji, poboljšane su kompetencije roditelja te je utvrđeno zadovoljavajuće sudjelovanje obitelji u tretmanu. Kvalitativnim istraživanjem utvrdilo se zadovoljstvo različitih dionika sustava zajedničkom suradnjom (Lee i sur., 2009.).

Troškovi

Raspon troškova ovog programa varira s obzirom na agenciju koja ga provodi, no prosječno iznosi oko 20 000 00 kuna po obitelji, uključujući sve troškove programa, osim edukacije stručnjaka.

MULITISISTEMATSKI TRETMAN (MULTISYSTEMATIC TREATMENT)⁵

Program je nastao kasnih 1970-ih godina, a primijenjen je u 30 država SAD-a i 8 drugih država (Australija, Kanada, Danska, Norveška, Sjeverna Irska, Engleska, Švedska, Novi Zeland).

Teorijska osnova

Program se temelji na općoj teoriji sustava i teoriji socijalne ekologije te ima devet principa prema kojima djeluje: (1) primarni cilj procjene je razumijevanje povezanosti problema sa širim konceptom sustava; (2) naglasak je na pozitivnom i uporabi snaga svakog sustava kojemu dijete/mlada osoba pripada (obiteljski, školski, vršnjački) kao pokretača promjene; (3) intervencijama se nastoji potaknuti odgovorno ponašanje članova obitelji; (4) intervencije su orijentirane na sadašnjost, akciju i specifične, dobro definirane probleme; (5) intervencije su usmjerene na aspekte obiteljskih odnosa/socijalne ekologije koji su povezani s identificiranim problemima i pridonose problemima u ponašanju; (6) intervencije su prilagođene razvojnim potrebama mladih; (7) intervencije zahtijevaju dnevni i tjedni angažman članova obitelji; (8) učinkovitost intervencija kontinuirano se mjeri; (9) intervencijama se nastoje postići dugoročni učinci.

Ciljevi

Ovim tretmanom nastoji se reducirati kriminalne aktivnosti i druga asocijalna ponašanja mladih, spriječiti izdvajanje mladih iz obitelji te osnažiti obitelj kako bi se bolje nosila sa sadašnjim i budućim problemima.

⁵ Program je opisan prema: Henggeler i sur., 1993.; Henggeler i sur., 1998.; Henggeler i Lee, 2003.; Ogden i Halliday - Boykins, 2004.; Littell, Popa i Forsythe, 2005.; Ogden i Hagen, 2006.; Shoenwald i sur., 2008.; National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention, <http://www.promoteprevent.org/>; <http://www.mstservices.com/index.php>; <http://www.acy.org/articlenav.php?id=94>.

Korisnici

Namijenjen je djeci i mladima u dobi od 10 do 17 godina koji imaju socijalne, emocionalne i ponašajne probleme te su u visokom riziku za izdvajanje iz obitelji, kao i njihovim obiteljima.

Opis programa

Riječ je o intenzivnom tretmanu, ograničenog trajanja (od 3 do 5 mjeseci, ovisno o ozbiljnosti problema u obitelji), usmjerenog na obitelj i zajednicu. Važno je istaći kako se tretman obavezno prekida nakon 5 mjeseci, bilo da je ili nije polučio rezultate. U skladu s ranije navedenim, smatra se da je izrazito štetno da intervencija kojoj je svrha pomoći obitelji postane dio održavanja negativne homeostaze obitelji. Voditelj je stručnjak iz područja mentalnog zdravlja, dodatno educiran za provođenje Multisistematskog tretmana. Kako bi se osiguralo dosljedno provođenje programa, stručnjak je u redovitoj superviziji te se redovito konzultira. Svaki terapeut radi puno radno vrijeme s 3 do 5 obitelji, u prosjeku s oko 15 obitelji godišnje.

Dostupnost voditelja (24 sata na dan) izrazito je važna pa stručnjak uvijek sa sobom ima službeni telefon. Kontakti s obitelji su svakodnevni, bilo da je riječ o telefonskim razgovorima ili posjetima voditelja obitelji, a dogovaraju se ovisno o vremenu kada odgovara obitelji, obično u popodnevnim ili večernjim satima.

Na početku tretmana vrši se sveobuhvatna procjena razvoja djeteta, obiteljskih interakcija te interakcija obitelji s drugim socijalnim sustavima. Procjena se vrši u različitim sustavima u kojima se problem djeteta pojavljuje te se u nju uključuju svi relevantni čimbenici (škola, vršnjaci, susjedi i sl.). Primjerice, kada se procjenjuje odnos djeteta s vršnjacima, obavljaju se razgovori s djetetom, njegovim vršnjacima, roditeljima djeteta i vršnjaka, poznanicima, susjedima i dr., vrši se direktna opservacija ponašanja djeteta s vršnjacima (npr. kada prijatelji dođu u posjet ili na školskom igralištu) te se ispituje broj i priroda vršnjačkih odnosa, reputacija poznanika i prijatelja, njihovo intelektualno funkcioniranje, sociometrijski položaj djeteta i ponašanja kojim dijete održava taj položaj, upućenost roditelja u društvo vršnjaka te aktivnosti vršnjaka. Jednako detaljno procjenjuju se i drugi sustavi u kojima dijete i roditelji sudjeluju. Nakon detaljne i sveobuhvatne procjene, u dogovoru s članovima obitelji definiraju se ciljevi tretmana, dijele se konkretni zadaci te se određuje način praćenja postignutog.

Promjene u ponašanju mladih nastoje se postići u prirodnom okruženju mlade osobe, koristeći snage svakog sustava (obiteljskog, vršnjačkog, školskog, zajednice i sl.). Ne postoji jedinstven skup intervencija, već se intervencijske strategije uzimaju iz drugih pragmatičnih, na problem orijentiranih tretmanskih modela. Najvi-

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

še se koriste intervencije proizašle iz strategijske obiteljske terapije i strukturalne obiteljske terapije, zatim bihevioralni trening za roditelje i kognitivno-bihevioralne tehnike. Ukoliko su problemi pojedinog člana obitelji izrazito intenzivni, uz intervencije usmjerene k obiteljskom sustavu, koriste se i intervencije s pojedinim članom obitelji pri čemu se najčešće koriste kognitivno-bihevioralne strategije (npr. kako bi se pomoglo majci nositi se sa svojom agorafobijom koristi se sistematska desenzibilizacija i sl.). Velika pažnja pridaje se i umrežavanju obitelji s potencijalnim pružateljima neformalne (rodbina, prijatelji, susjedi i sl.) i formalne podrške (škola, agencije za razne socijalne usluge i sl.).

Evaluacija

Multisistematski tretman jedan je od najčešće evaluiranih programa rada s obitelji u obitelji te je zbog izvrsnih rezultata dobio status model programa (Henggeler i sur., 1998.). Njegova učinkovitost ogleda se u radu s mladima s ozbiljnim problemima u ponašanju (npr. počiniteljima seksualnih delikata, težih tjelesnih ozljeda i sl.).

Istraživanje učinkovitosti ovog programa u Norveškoj (Ogden i Halliday-Boykins, 2004.; Ogden i Hagen, 2006.), primjenjujući »komparativni model« evaluacije koja se bazirala na praćenju rezultata tretmana kontrolne grupe (obuhvaćene redovitim uslugama) i eksperimentalne grupe (uključene u Multisistematski tretman) 6, odnosno 18 mjeseci nakon provedbe programa, na uzorku od 100 maloljetnika ozbiljnog antisocijalnog ponašanja ustvrdilo je značajne učinke kod eksperimentalne grupe, a neki od njih su: smanjenje eksternaliziranih i internaliziranih simptoma mladih, smanjenje izdvajanja iz obitelji i povećanje socijalne kompetencije mladih.

Henggler, Melton i Smith (1992., prema Henggeler i Lee, 2003.) također »komparativnim modelom« evaluacije, uspoređivali su grupe nasilnih i kroničnih maloljetnih delinkvenata koji su sudjelovali u Multisistematski programu (N=84) s onima koji su bili uključeni u individualnu terapiju (N = 84), 59 tjedana, odnosno 2,4 godine po završetku programa, kod mladih iz Multisistematske grupe utvrdili smanjenje izdvajanja iz obitelji u 64% slučajeva, smanjenje recidivizma, poboljšanje odnosa u obitelji i poboljšanje odnosa s vršnjacima.

Troškovi

Izračunato je kako ovaj program košta od 20 000 00 do 25 000 00 kuna po obitelji, ovisno o visini plaće stručnjaka u pojedinoj agenciji. U cijeni se navode svi troškovi osim edukacije stručnjaka.

TRETMAN USMJEREN NA OBITELJ (FAMILY CENTERED TREATMENT)⁶

Program se razvija od 1988. godine te se kontinuirano nadograđuje u skladu s povratnim informacijama korisnika i evaluacijskim istraživanjima. Provodi se u sedam država SAD-a.

Teorijska osnova

Riječ je o sveobuhvatnom modelu koji se temelji na elementima eko-strukturalne obiteljske terapije, terapije usmjerene na emocije i teoriji promjena koje naglašavaju važnost mijenjanja emocionalnog tona obiteljskih interakcija.

Cilj

Programom se nastoji prevenirati izdvajanje visoko rizičnih mladih iz obitelji te se koristi i kao posttretman nakon izlaska djece iz institucija. Nastoji se razviti otpornost i odgovornost obitelji te smanjiti problematično ponašanje djece.

Korisnici

Predviđen je za vrlo rizične mlade i njihove obitelji, odnosno mlade i obitelji koji nisu pozitivno reagirali na prijašnje intervencije te postoji veliki rizik za izdvajanja djece iz obitelji. Posebno je uspješan za počinitelje seksualnih delikata te drugih nasilnih delikata.

Opis programa

Intervencije se poduzimaju u prirodnom okruženju (u obitelji, školi, zajednici) te su vrlo dostupne obitelji (obitelj se može obratiti za pomoć 24 sata na dan). Program traje 6 mjeseci. Stručnjak provodi nekoliko sati tjedno s obitelji, a istovremeno radi sa svega nekoliko obitelji kako bi tretman mogao biti intenzivan i učinkovit. Uključen je u redovitu individualnu i grupnu superviziju te konzultacije kako bi se osigurala visoka kvaliteta provođenja programa. Iako postoje faze programa, one nisu determinirane i detaljno strukturirane, već se stručnjaka potiče na zajedničko istraživanje s obitelji i dogovaranje koraka k promjeni.

⁶ Program je opisan pomoću sljedeće literature: Painter, Smith i Sullivan, 2008.; Sullivan, Benneer i Painter, 2009.; Sullivan, Sullivan i Hopkins, 2009.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

Usluge su ponuđene na kontinuumu intenziteta i trajanja kako bi se prilagodile ciljevima programa i potrebama obitelji. Koriste se brojne intervencije koje su dokazale svoju učinkovitost u ranijim istraživanjima, a uključuju krizne intervencije, motivacijsko intervjuiranje, edukaciju roditelja, izgradnju vještina, kognitivno-bihevioralnu terapiju, terapiju fokusiranu na emocije i eko-strukturalne tehnike.

Program je strukturiran u 4 faze:

- **Prva faza je udruživanje i procjenjivanje.** Stručnjak dolazi u obitelj u roku od 48 sati od kada agencija koja provodi tretman primi zahtjev za djelovanjem od institucije socijalne skrbi, s kojom agencija ima ugovor o djelovanju. Nakon uslaska u obitelj, stručnjak nastoji upoznati obitelj i uspostaviti dobre odnose, odnosno udružiti se s obitelji. Naime, smatra se kako je uspostavljanje dobrog odnosa stručnjaka s obitelji važno prije poduzimanja bilo kakve intervencije. To čini koristeći četiri metode: (1) metodom intervjua stručnjak nastoji prikupiti informacije koristeći otvorena pitanja; (2) primjenjivanjem komunikacijskog stila obitelji usklađuje se s obitelji; (3) prepoznavanjem i normaliziranjem emocija članova obitelji te (4) uvažavanjem potreba te dogovaranjem s članovima obitelji stvara terapeutski savez.
- Faza procjenjivanja traje oko 30 dana. Procjenu vrše obitelj i stručnjak zajedno, a koristi se set mjernih instrumenata (Životni ciklus obitelji, Eko-Mapa i Genogram). U fokusu procjene su ponavljajući obrasci interakcija između članova obitelji. Ova faza završava odabirom ciljeva tretmana, što čini obitelj uz pomoć terapeuta.
- **Druga faza je restrukturiranje.** Pomoću iskustvenog učenja nastoji se promijeniti ponavljajuće obrasce ponašanja koji negativno utječu na funkcioniranje obitelji. Članove obitelji vodi se kroz proces osvješćivanja vlastitih ponašanja i utjecaja tog ponašanja na druge članove. Nakon što se identificiraju neadekvatne interakcije, članovi obitelji vježbaju nove, učinkovitije. Na taj se način mijenjaju granice i hijerarhija u obitelji, a samim time i struktura obitelji, čime obitelj postaje funkcionalnija. Procesna orijentiranost ovog modela očituje se u procesu istraživanja članova obitelji »što se događa, kada i s kim« te na razotkrivanje poruka koje nisu izrečene, a u podlozi su komunikacije.
- **Treća je faza promjene vrijednosti.** To je ključna faza u kojoj se koriste intervencije temeljene na emocijama kako bi članovi obitelji integrirali nova ponašanja u vlastite vrijednosne sustave. Neke od tehnika koje se koriste kako bi se postigla ta integracija su: eskalacija stresa (terapeut potiče konflikt dok se članovi obitelji ne počnu ponašati na drugačiji način ili terapeut

blokira neučinkovite obrasce interakcije koji služe za smanjenje stresa što dovodi do traženja novih rješenja, odnosno promjene ponašanja), manipulacija raspoloženjem članova obitelji (terapeut uvodi različite aktivnosti kako bi zainteresirao članove obitelji za drugačije načine ophođenja čime se mijenja i raspoloženje članova obitelji, npr. ukoliko vlada napeto raspoloženje, uvođenjem zabavnih aktivnosti obitelj uči oslobađati se napetosti koristeći humor i zabavu), tehnika simptoma (pojačavanjem simptoma ili smanjivanjem simptoma nastoji se pridati drugačije značenje razlogu koji je u podlozi ponašanja), paradoksalne zabrane (upotrebljavaju se u slučaju otpora člana/ova obitelji prema sugestijama terapeuta. Koriste se na način da terapeut zamoli člana obitelji koji odbija određeno ponašanje da ustraje u svojem odbijanju. To često iznenadi onoga koji odbija te smanjuje njegov otpor jer postaje bespotrebno aktivno zastupati ono što je dozvoljeno/sugerirano od strane terapeuta), obilježavanje granica (terapeut pomaže obitelji pregovarati o pravilima te uspostaviti nove granice), podržavajuće tehnike (koristi se psihoedukacija kako bi se podučilo obitelj o mogućim ponašanjima). Tijekom ove faze obitelj se potiče na ispitivanje vrijednosti na kojima se temelje njihovi izbori, kao i samih izbora. Ističe se kako su sposobni izabrati ponašanja koja će dovesti do pozitivnih ishoda.

- **Četvrta je faza generalizacije.** U ovoj fazi fokus je na vježbanju novih vještina i sumiranju postignutog. Tretman postaje manje intenzivan. Ukoliko je potrebno, moguće je vraćanje na prethodnu fazu kako bi se program prilagodio dinamici obitelji.

Evaluacija

U sklopu projekta koji je proveden u Virginiji, u programu Tretmana orijentiranog na obitelj bili su mladi u visokom riziku za izdvajanje iz obitelji, a njih 89% njih počinilo je barem jedno kazneno djelo. Rezultati evaluacije »prije – poslije« modela pokazuju kako je 84% tih mladih uspješno završilo program, 77% nije imalo novih prijava tijekom tretmana, 74% nije imalo nove prijave šest mjeseci po završetku tretmana, te niti jedna osoba nije izdvojena iz obitelji (Sullivan, Sullivan i Hopkins, 2009.).

Iz istraživanja »komparativnog modela« koje je uspoređivalo uspješnost ovog programa i stambenih zajednica te terapeutskih stambenih zajednica godinu dana (449 mladih i eksperimentalne i 891 mladih iz kontrolne skupine), utvrđeno je sljedeće: 23% manje mladih iz Tretmana orijentiranog na obitelj završilo je u institucionalnom smještaju, 16% manje u pritvoru, 30% manje vremena boravili su u instituciji, za 16% je smanjeno trajanja pritvora (Sullivan, Bennear i Painter, 2009.).

Troškovi

Po jednoj obitelji troškovi su oko 25 000 00 kuna, uključujući sve troškove koji nastaju kada stručnjak ulazi u obitelj, dakle, nakon što je prethodno educiran.

USPOREDBA NAVEDENIH PROGRAMA ZA VISOKORIZIČNE OBITELJI, DJECU I MLADE

Ovi programi dijele brojne zajedničke karakteristike koje su ranije opisane: korisnici su visokorizične obitelji s visokorizičnom djecom/mladima, odnosno djecom i mladima s problemima u ponašanju. Opći ciljevi tih programa su sprječavanje izdvajanja djece/mladih s poremećajima u ponašanju iz obitelji, osnaživanje i osposobljavanje obitelji za adekvatno funkcioniranje i poboljšanje ponašanja djece/mladih (Tully, 2008.). Riječ je o programima koji imaju sličnu teorijsku osnovu (većinom opća teorija sustava, teorija socijalne ekologije, kriznih intervencija i socijalnog učenja), ograničenog su trajanja, u radu vrlo aktivno uključuju i obitelj i zajednicu te neprestano evaluiraju svoj učinak.

Ipak, postoje i razlike među njima. Naime, iako su teorijske osnove slične, navedeni programi ipak se u različitom obimu oslanjaju na pojedine teorije. Tako npr. program Obitelj na prvom mjestu, iako uvažava principe opće teorije sustava, svoje aktivnosti temelji na teoriji socijalnog učenja i koristi kognitivno-bihevioralne strategije, dok se npr. Integrativan tretman obitelji i drugih sustava temelji na općoj teoriji sustava i koristi metode proizašle iz terapija koje su bazirane na spomenutoj teoriji. Iz toga proizlazi i razlika u strukturiranosti ovih dvaju programa. Naime, dok je prvi, uslijed navedene teorijske osnove i kognitivno-bihevioralnih tehnika strukturiran do izrazito detaljnije razine (aktivnosti podijeljene po danima) drugi je manje strukturiran. Ovi programi svoju kratkoću nadoknađuju dobrom pripremom obitelji za korištenje drugih, manje intenzivnih programa u zajednici.

Multisistematski tretman i Tretman usmjeren na obitelj nešto su dugotrajniji (do 6 mjeseci), a njihovi su korisnici, iako slični korisnicima prvih dvaju modela, često još rizičniji (izrazito seksualno/fizički nasilni maloljetnici sl.). Ovi programi nemaju detaljno razrađene korake postupanja nego potiču stručnjake na istraživanje i kreiranje koraka skupa s korisnicima. Riječ je o programima koji su usmjereni na dublje promjene (vrijednosti, regulacija emocija) djece i mladih te drugih članova obitelji što iziskuje i duže vremena. Iako i ovi programi pridaju veliku pažnju umrežavanju obitelji u lokalnu zajednicu, u njihovom opisu ne daje se tolika važnost nastavku tretmana obitelji po završetku programa kao što je to slučaj za prva dva. To može upućivati na jače utemeljene promjene koje nastaju uslijed tih programa. U Tablici 1. prikazana su osnovna obilježja navedenih programa.

Tablica 1. Usporedni prikaz programa prema osnovnim obilježjima

Programi	Obitelji na prvom mjestu	Integrativni tretman obitelji i drugih sustava	Multisistematski tretman	Tretman usmjeren na obitelj
Teorijska osnova	Opća teorija sustava Teorija socijalnog učenja Teorija kriznih intervencija Model kompetencija	Opća teorija sustava Strategijska obiteljska terapija Strukturalna obiteljska terapija	Opća teorija sustava Teorija socijalne ekologije Teorija socijalnog učenja	Opća teorija sustava Eko-strukturalna obiteljska terapija Terapija usmjerena na emocije Teorija promjene
Ciljevi	Prevenција izdvajanja djece i mladih rizičnog ponašanja iz obitelji, osnaživanje obitelji, promjena ponašanja djece/mladih.			
Korisnici	Obitelji visokorizične za izdvajanje djece (psihički, socijalni i drugi problemi roditelja) Djeca i mladi visokorizičnog ponašanja (asocijalno i delinkventno ponašanje, problemi u ponašanju)			
Fokus	Orijentiranost na promjenu ponašanja učenjem adekvatnih načina ponašanja.	Potaknuti suradnju između institucija, umrežiti obitelj s lokalnom zajednicom.	Potaknuti suradnju između institucija kroz korištenje snaga svakog sustava.	Promjena ponašanja i odnosa u obitelji poticanjem privrženosti članova obitelji i promjenom vrijednosti; važnost se pridaje emocijama i njihovoj regulaciji kao sredstvu, ali i cijlu promjene.
Trajanje	4-6 tjedana	6 tjedana	3-5 mjeseci	6 mjeseci
Broj obitelji po stručnjaku	2	1-2	3-6	3-4
Struktura provedbe programa	Izrazito visoka - 4 jasno određene faze, s definiranim trajanjem i metodama.	Struktura programa je srednja - prilagođava se obitelji uz jasno definirane strategije.	Srednja - postoji, ali nije toliko izražena, već se prilagođava potrebama obitelji.	Srednja - postoje faze s razrađenim tehnikama, no moguće je vraćanje na prethodnu.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

Programi	Obitelji na prvom mjestu	Integrativni tretman obitelji i drugih sustava	Multisistematski tretman	Tretman usmjeren na obitelj
Sadržaji programa	Učenje i vježbanje komunikacijskih i socijalnih vještina, razvijanje vještina nošenja s osjećajima; vještine vođenja kućanstva.	Razvijanje kvalitetnih odnosa članova obitelji sa stručnjakom, a potom razvijanje kvalitetnijih međusobnih odnosa i odnosa s drugim sustavima vježbanjem konstruktivnijih načina komunikacije.	Identificiranje i korištenje snaga svakog sustava kako bi se djelovalo na slabosti istog / drugog sustava (npr. suradnja s nogometnim trenerom kako bi se utjecalo na smanjenje druženja s asocijalnim vršnjacima).	Iskustvenim učenjem nastoji se potaći razvoj privrženosti između članova obitelji i promjena vrijednosti članova obitelji, a sa svrhom promjene interakcija među članovima obitelji i strukture obitelji.
Metode i tehnike	Kognitivno – bihevioralne tehnike	Tehnike strategijske i strukturalne obiteljske terapije	Tehnike strategijske i strukturalne obiteljske terapije, kognitivno – bihevioralne tehnike	Tehnike eko-strukturalne obiteljske terapije i terapije usmjerene na emocije
Evalvacije (neke)	N (320 djece /mladih) po završetku tretmana: 92% djece ostaje živjeti s obiteljima; nakon 12 mjeseci: kod 76% poboljšano ponašanje djece, smanjen stres roditelja/djece (Verman i sur., 2003.).	N (77 obitelji) po završetku programa i nakon 6 mjeseci: smanjenje problema u ponašanju djece, smanjenje izdvajanja djece iz obitelji, poboljšano funkcioniranje obitelji, poboljšane kompetencije roditelja (Lee i sur., 2009.).	Usporedbom kontrolne (N=100) i eksperimentalne grupe (N=100), 6 i 18 mjeseci po završetku programa: smanjenje eksteraliziranih i internaliziranih simptoma mladih, smanjenje izdvajanja iz obitelji, povećanje socijalne kompetencije mladih(Ogden i Halliday-Boykins, 2004.; Ogden i Hagen, 2006.).	Usporedbom kontrolne (N- 449) i eksperimentalne grupe (891) utvrđeno: 23% manje mladih iz ovog programa završilo u institucionalnom smještaju, 16% manje u pritvoru, 30% manje vremena su boravili u instituciji, za 16% je smanjeno trajanja pritvora (Sullivan, 2009.).

MOGUĆNOSTI UVOĐENJA NOVIH, CILJANIH INTERVENCIJA S VISOKORIZIČNOM OBITELJI I DJECOM U OBITELJSKOM OKRUŽENJU U RH

U Hrvatskoj je u tijeku reforma sustava socijalne skrbi koja se provodi u skladu sa Zajedničkim memorandumom o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske - JIM, (Vlada Republike Hrvatske, 2007.). Jedan od ciljeva reforme je deinstitucionalizacija koja podrazumijeva tri simultana procesa: transformaciju postojećih ustanova, razvoj alternativnih smještajnih kapaciteta te razvoj mreže prioritetnih usluga u zajednici (Škrabalo i Škrbić, 2010.). Za temu ovog rada važan je proces razvoja mreže prioritetnih usluga u zajednici jer je to prostor unutar kojega je moguće primijeniti neke od opisanih programa.

S obzirom da su ti programi, uz poštivanje temeljnih postavki u provođenju programa, ali i prilagodbe progama specifičnostima svake pojedine zemlje, vrlo uspješno »seljeni« iz jedne zemlje u drugu, veliki su potencijali i za njihovom primjenom u Hrvatskoj. Po uzoru na ustaljenu praksu zapadnoeuropskih zemalja, udruge civilnog društva ili pak, privatne organizacije, kao što je slučaj u većini zemalja u kojima se programi provode, mogle bi prilagoditi i provoditi te programe uz koordinaciju centara za socijalnu skrb.

Kako rad s visokorizičnom djecom i obiteljima iziskuje brojna specifična znanja i vještine, stručni kadar trebali bi biti socijalni radnici, socijalni pedagogozzi, psiholozi, pedagozi. Ovdje se otvara prostor i za zapošljavanje odgajatelja iz odgojnih ustanova koji su u riziku od gubljenja radnih mjesta uslijed transformacije ustanova, a čije je bogato radno iskustvo vrijedno iskoristiti. S obzirom da je poznavanje teorijskih postavki, metoda procjenjivanja, planiranja, provođenja i evaluacije intervencija konkretnog programa te spremnost na učenje i reflektiranje o svojem radu u superviziji od presudne važnosti za kvalitetu rada s obiteljima, stručnjaci koji bi prihvatili izazov ovakvog rada trebali bi biti spremni na početnu edukaciju o programu, ali i kontinuirano stručno vođenje, praćenje i superviziju. S obzirom na te preduvjete, logično je kako bi program prvo trebalo primijeniti u lokalnim zajednicama u kojima postoje stručni resursi, a nakon toga bi se mogao prilagoditi i drugim sredinama, na način da se u lokalnim zajednicama koje imaju manje stručnog potencijala formiraju mobilni timovi na razini županija.

Zbog izrazite strukturiranosti i jasnoće u provođenju te činjenice da se provodi u nama gotovo susjednim zemljama (Švicarska, Njemačka), čini se kako bi za početak najjednostavnije bilo primijeniti program Obitelji na prvom mjestu. U razgovoru sa stručnjakinjom (Tabaković, 2010.) koja ovaj program, pod nazivom

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

Aktiviranje obitelji⁷, provodi u Švicarskoj, dobiven je podatak o trajanju i cijeni edukacije stručnjaka (16 dana, a cijena je od 14 do 30.000,00 kuna). Nakon edukacije, program je moguće bez licenciranja primijeniti i prilagoditi u drugoj državi, u ovom slučaju Hrvatskoj.

U brojkama, primjena programa u našim uvjetima mogla bi značiti sljedeće:

Broj potencijalnih korisnika u godini dana moguće je okvirno izračunati poslužimo li se podacima istraživanja agencije PULS (Škrabalo i Škrbić, 2010.), prema kojem je od 2007. do 2009. u odgojne ustanove ušlo 17% novih korisnika. Prema neslužbenim podacima ministarstva (Oršanić, 2010.) u 2009. godini, u odgojnim ustanovama bilo je smješteno 373 djece i mladih. Dakle, prema izračunu, oko 60 novih korisnika smješteno je u odgojne ustanove u tom razdoblju. Toj brojci valja pridodati i broj djece koja očituju poremećaje u ponašanju, ali su, najčešće zbog dobi ispod 14 god. smješteni u dječje domove (njih oko 8%, prema PULS-u, 2010., prema Škrbić i Škrabalo, 2010.). Valja imati na umu i kako se ovi programi, uz prilagodbu, mogu koristiti i kao mjera posttretmanske zaštite po izlasku djece i mladih iz institucija, što će biti izrazito važno u prijelaznom razdoblju transformacije ustanova. To povećava broj potencijalnih korisnika te dodatno implicira potrebu razvoja sličnih programa.

Tim od npr. 10 stručnjaka mogao bi raditi s oko 150 obitelji godišnje, budući da jedan stručnjak može raditi istovremeno s 2 obitelji, a program traje oko 6 tjedana.

Prema ranije navedenim podacima o cijeni tih programa te izračunu troškova prema napucima spomenute stručnjakinje, a za potrebe grubog prikaza, moguće je računati s troškovima od oko 20.000,00 kuna po obitelji. U tu u cijenu uračunati su: plaća stručnjaka (nešto manje od 50% iznosa) i drugi troškovi (stručno vođenje i supervizija, administrativni troškovi i dr.). Troškove početne edukacije stručnjaka obično snose agencije koje provode program ili pak stručnjaci kao ulaganje u svoja znanja s kojima kasnije kvalitetno rade te pristojno zarađuju.

Iako navedena cijena nije neznatna, čini se kako bi u konačnici ipak mogla biti manja od troškova institucionalne skrbi. Naime, neki podaci govore (Sarić, 2010.) kako je okvirna cijena smještaja jednog djeteta za jedan mjesec u odgojnoj ustanovi od 6.500,00 do 7.000,00 kuna. Približni prosječni boravak djeteta u odgojnoj ustanovi u Hrvatskoj je od 20 do 24 mjeseca, što bi značilo da je ukupan trošak za jedno dijete oko 130.000,00 kuna godišnje (valja napomenuti kako je ovo uistinu okvirna cijena jer trošak smještaja korisnika u instituciji izrazito varira s obzirom na usluge koje institucija nudi – različite vrste tretmana, školovanje i sl.).

U analizi troškova programa Obitelji na prvom mjestu, ali i bilo kojeg drugog učinkovitog programa rada s cjelokupnom obitelji, važno je naglasiti kako u prilog

⁷ Njem. Familien Aktivierung.

tim programima ide i broj osoba s kojima se radi jer oni obuhvaćaju cijelu obitelj sa svim njenim članovima dok institucija radi samo s pojedincem. Na istoj strani vage je i najvažnije pitanje - kvaliteta usluga. Naime, programi prikazani u ovom radu pokazali su visoku učinkovitost ne samo u sprječavanju izdvajanja djece i mladih rizičnog ponašanja iz obitelji, već i u promjenama u njihovom ponašanju, što najčešće nije slučaj u institucionalnom tretmanu. U skladu s tim, u svom Izvješću, Stručna skupina o tranziciji s institucionalne skrbi na skrb u zajednici (Europska komisija, 2009.) navodi kako institucije zbog karakteristika institucionalne skrbi teško mogu pružiti primjerenu kvalitetu života korisnicima, osigurati uživanje ljudskih prava i postići cilj socijalne integracije, bez obzira koliko se novaca u njih uloži.

Ovaj argument ide u prilog tvrdnji da postoji izrazita potreba za ovakvim programima, tim više što su djeca i mladi visokorizičnog ponašanja skupina koja je izrazito rizična za institucionalizaciju. Zbog učinkovitosti koju su pokazali programi rada s njihovim obiteljima slijedi kako je u što većem broju slučajeva, pa čak i kad je riječ o vrlo rizičnoj djeci/mladima i obiteljima, potrebno sve snage i resurse zajednice usmjeriti prema obitelji. Promjene koje se na taj način postižu perspektivnije su jer obitelj uči bolje funkcionirati u zajednici, a na taj način jača se ne samo obitelj i njeni članovi već i zajednica koja prepoznaje i koristi brojne resurse koje ima.

LITERATURA

1. Ajduković, M. (1997). **Grupni pristup u psihosocijalnom radu**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M. (2008a). Rane intervencije i ostale intervencije u zajednici kao podrška roditeljima pod rizicima. U: Ajduković, M. & Radočaj, T. (ur.), **Pravo djeteta na život u obitelji**. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku. 55- 123.
3. Ajduković, M. (2008b). Predgovor. U: Ajduković, M. & Radočaj, T. (ur.), **Pravo djeteta na život u obitelji**. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku. 7-14.
4. Bašić, J., Žižak, A. & Koller-Trbović, N. (2004). Prijedlog pristupa rizičnim ponašanjima i poremećajima u ponašanju djece i mladih. U: Bašić, J., Koller-Trbović, N. & Uzelac, S. (ur.), **Poremećaji u ponašanju; pristupi i pojmovna određenja**. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. 147-155.
5. Berry, M., (1992). An evaluation of family preservation services: Fitting agency services to family needs. **Social Work**, 37 (4), 314-321.
6. Brink, L. T., Veerman, J. W., Raymond, A. T. K. & Berger, M. A., (2004). Implemented as intended? Recording family worker activities in a families first program. **Child Welfare League of America**, 83(3), 197-214.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

7. Buterfooss, F. D., Goodman, R. M. & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. **Health Education Research**, 8 (3), 315- 330.
8. Davidson-Arad, B. (2005). Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. **Children and Youth Services Review**, 27, 1-20.
9. Dagenais, C., Begin, J., Bouchard, C. & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. **Children and Youth Services Review**, 26, 249-263.
10. De Paul, J. & Arruabarrena, M. I. (2003). Evaluation of a treatment program for abusive and high-risk families in Spain. **Child Welfare League of America**, 4 (83), 413-442.
11. Engels, T. C. E. & Andries C. (2007). Feasibility of a family-focused intervention for the prevention of problem behavior in early adolescents. **Child & Family Behavioural Therapy**, 29 (1), 71-79.
12. Ethier, L. S., Couture, G., Lacharite, C. & Gagnier, J. P. (2000). Impact of multi-dimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. **Child Abuse Review**, 9, 19-36.
13. Europska komisija, Glavna uprava za zapošljavanje, socijalna pitanja i jednake mogućnosti (2009). **Izvešće Ad hoc Stručne skupine o tranziciji s institucionalne na skrb u zajednici**. Preuzeto sa: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en> (20.05.2010)
14. Families First (1995). Netherlands Institute voor Zorg en Welzijn/ NIZW. **Krisenhielpe zu Hause fur Interessierte**.
15. Ferić, M. (2002). Preventivne intervencije usmjerene prema obitelji - pregled programa. **Kriminologija i socijalna integracija**, 10 (1), 1-11.
16. Hayward, K. & Cameron, G. (2002). Focusing intensive family prevention services: Patterns and consequences. **Child & Youth Care Forum**, 31 (5), 341-356.
17. Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A. , Schoenwald, S. K. & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystematic treatment: Long term follow- up to a clinical trial with serious juvenile offenders. **Journal of Child and Family Studies**. 2, 283 – 293.
18. Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Ronwald, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). **Multisystematic treatment of antisocial behavior in children and adolescents**. New York: The Guildford Press.
19. Henggeler, S. W. & Lee, T. (2003). Multisystematic treatment of serious clinical problems. In: Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (eds.), **Evidence – based psychotherapies for children and adolescents**. New York: The Guildford Press. 301-323.

20. Intensive Family Preservation Services Protocol (2003). **National Family Preservation Network**. Preuzeto sa: <http://www.nfnp.org>, (25.10.2009).
21. Janković, J. (2004). **Pristupanje obitelji**. Sustavni pristup. Zagreb: Alinea.
22. Jelavić, M. (2008). Regulativa i praksa u provođenju nadzora nad izvršavanjem roditeljske skrbi. U: Ajduković, M., Radočaj, T. (ur.), **Pravo djeteta na život u obitelji**. Zagreb: UNICEF 125-145.
23. Kathleen, F. C. (2005). Examining the role of social network intervention as an integral component of community - based, family - focused practice. **Journal of Child and Family Studies**, 14 (3), 443-454.
24. Kauffman, F.G. (2007). Intensive family preservation services: the perception of client families. **Child and Adolescents Social Work Journal** 24, 553-563.
25. Kinney, J., Haapala, D., & Booth, C. (1991). **Keeping families together: The homebuilders model**. Aldine transaction. New York. Preuzeto sa: <http://www.books.google.hr/books>, (26.10.2009).
26. Koller-Trbović, N. (1996). Nove forme socijalnopedagoške pomoći obitelji u Nizozemskoj. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 32 (1), 73-79.
27. Koller-Trbović, N. (1999a). Mjesto i uloga socijalne pedagogije danas. **Kriminologija i socijalna integracija**, 7 (1), 21-25.
28. Koller-Trbović, N. (1999b). Nove forme i područja djelovanja socijalnih pedagoga. **Kriminologija i socijalna integracija**, 7 (1), 93-105.
29. Koller-Trbović, N. (1999c). Nizozemska. U: Bašić, J. & Mamek Jagić, I. (ur.), **Odgoj u domovima - kako dalje**. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi RH. 185-197.
30. Koller-Trbović, N. & Žizak, A. (2006). Samoiskaz djece i mladih s rizikom u obitelji i/ili ponašanju o doživljaju društvenih intervencija. **Ljetopis studijskog centra socijalnog rada**, 13 (2), 12-31.
31. **Konvencija o pravima djeteta** (2007). Zagreb: Pravobranitelj za djecu.
32. Kovačić, Z. (2004). Uvjeti, okolnosti i mogućnosti unaprjeđenja provođenja odgojne mjere pojačane brige i nadzora u sustavu socijalne skrbi. **Ljetopis studijskog centra socijalnog rada**, 11 (1), 63-85.
33. Lee, M. Y. & Greene, G. J. (2007). **Intensive community-based treatment of children, adolescents, and their families: The effectiveness of integrative family and system treatment (I-FAST)**, Final Report.
34. Lee, M. Y., Greene, G. J., Shyang, K., Solovey, A., Grove, D., Fraser, J. S., Washburn, P. & Teater, B. (2009). Utilizing family strenghts and resilience: Integrative family and systems treatment with children and adolescents with severe emotional and behavioral problems. **Family Process**, 3 (48), 395-413.

I. Maurović: Intervencije u obiteljskom okruženju: mogućnost prevencije...

35. Liddle, H. A. & Hogue, A. (2000). A Family-based, developmental – ecological preventive intervention for high-risk adolescents. **Journal of Marital and Family Therapy**, 26 (3), 265-279.
36. Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystematic therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17. **Campbell Systematic Reviews**. The Campbell Collaboration.
37. **Nacionalna strategija prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih od 2009. do 2012. godine** (2009). Narodne novine, 98/09.
38. **National center for mental health promotion and youth violence prevention**. Preuzeto sa: <http://www.promoteprevent.org>, (26.10.2009).
39. Nelson, K. E. (1997). Family preservation – What is it? **Children and Youth Services Review**, 19 (1/2), 101-118.
40. Obiteljski zakon (2003). **Narodne novine**, 116/2003.
41. Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystematic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. **Child & Adolescents Mental Health**, 11 (3), 142-149.
42. Ogden, T. & Halliday-Boykins, H. C. A. (2004). Multisystematic treatment of anti-social adolescent sin Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. **Child & Adolescents Mental Health**, 9 (2), 77-83.
43. Oršanić L. (2010). Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Telefonske konzultacije
44. Painter, W. E., Smith, L. B. & Sullivan, M. (2008). **Definition of institute for family centered services family centered treatment**. Preuzeto sa: <http://www.ifcsinc.com/research/FCT.pdf>, (26.10.2009).
45. Sarić, J. (2010). Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Telefonske konzultacije
46. Schoenwald, S.K., Heiblum, N., Saldana, L. & Henggeler, S.W. (2008). The international implementation of multisystematic therapy. **Evaluation & Health Professions: Special Issue on International Translation in Health Behaviour Research**, 31(2), 211–225.
47. Springer, J. F., Wright, L. S. & McCall, G. J. (1997). Family interventions and adolescents resiliency: the Southwest Texas State high – risk youth program. **Journal of Community Psychology**, 25 (5), 435-452.
48. Sullivan, J. P., Sullivan, M. B. & Hopkins, E. (2009). Family centered treatment: A unique alternative. **Juvenile Justice News**.
49. Sullivan, M. B., Bennear, L. S. & Painter, W. E. (2009). **A quasi-experimental examination of family centered treatment: outcomes for a juvenile delinquent population**. Institute for Family Centered Services. Preuzeto sa: <http://www.ifcsinc.com> (28.10.2009.)

50. Škrabalo, M. & Škrbić, N. (2010). **Deinstitucionalizacija socijalnih usluga u Hrvatskoj**. Studija razvoja socijalnih usluga i prilika za prevenciju institucionalizacije u Hrvatskoj u skladu sa Zajedničkim memorandumom o socijalnom uključivanju između EK i RH. Prezentirano na JIM/JAP konferenciji Zagreb, 11. veljače 2010. Preuzeto sa: www.mzss.hr, (01.05.2010).
51. Tabaković, F. (2010). Familien Aktivierung, Švicarska. Telefonske konzultacije.
52. Tully, L. (2008). **Family preservation services literature review**. Centre for Parenting & Research. Preuzeto sa: <http://www.community.nsw.gov.au>, (02.11.2009).
53. Urbanc, K. (2006). **Izazovi socijalnog rada s pojedincem**. Zagreb: Alinea.
54. Veerman, J. W., de Kemp, R. A. T., ten Brink, L. P. & Scholte, E. M. (2003). The implementation of families first in the Netherlands: A one year follow – up. **Child Psychiatry and Human Development**, 33 (3), 227- 244.
55. Verwaaijen, A. A. G. & Van Acker, J. C. A. (1993). Family treatment for adolescents at risk of placement II: Treatment process and outcome. **Family Therapy**, 20 (2), 103-127.
56. Vlada Republike Hrvatske (2007). **Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske - JIM**. Preuzeto sa: www.mzss.hr, (10.03.2010).
57. Wells S. J. & Fuller T. (2000). **Elements of best practice in family centered services**. Urbana, IL: University of Illionis at Urbana – Champaign School of Social Work.
58. Zakon o sudovima za mladež (2007). **Narodne novine**, 111 / 97
59. Žižak, A., Koller-Trbović, N. (2008). Završno evaluacijsko izvješće za projekt Prevencija separacije i rane intervencije s obiteljima pod rizikom. U: Ajduković, M. & Radočaj, T. (ur.), **Pravo djeteta na život u obitelji**. Zagreb: UNICEF, 227 – 249.
60. <http://www.acy.org/articlenav.php?id=94>, (24.10.2009).
61. <http://www.mstservices.com/index.php> (02.12.2009).

Ivana Maurović

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences

Department for Behavioral Disorders

HOME-BASED INTERVENTIONS: OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF OUT-OF-HOME PLACEMENTS OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE ENGAGED IN RISKY BEHAVIOUR

SUMMARY

The paper presents evidence-based programmes developed and implemented in the USA and Western Europe in the work with families in their own environment. The programmes focus on children and young people engaged in risky behaviour, i.e. those with developed behavioural problems. The programmes consist of intensive help to the families based on the systemic theory, theory of social ecology, crisis intervention theory and social learning theory. The purpose of these intervention programmes is preventing out-of-home placement of children and young people at risk, empowering their families as well as contributing to improvements in family functioning and positive behaviour of children/young people. Since similar programmes do not exist in Croatia, the article stresses the importance of their introduction in the existing intervention framework of work with children and young people at risk and their families.

Key words: children and young people at risk, prevention of out-of-home placements, home-based interventions

