

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**SUVREMENI PROBLEMI ADOLESCENATA IZ PERSPEKTIVE PSIHOTERAPEUTA:
KVALITATIVNO ISTRAŽIVANJE**

Završni diplomski rad

Kandidat:

Blaženka Ljoljić

Mentor:

Prof. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2021. godine

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Šta je adolescencija.....	4
1.2. Karakteristike adolescencije	8
1.3. Razvojni zadaci adolescencije	10
2. PRISTUPI I SPECIFIČNOSTI PSIHOTERAPIJSKOG RADA SA ADOLESCENTIMA... 14	
2.1. Psihoanalitička psihoterapija	14
2.2. Geštalt psihoterapija	16
2.3. Kognitivno – bihevioralna terapija	17
2.4. Iskustva psihoterapeuta u radu s adolescentima	20
3. METODOLOGIJA.....	22
3.1. Sudionici.....	22
3.2. Instrumenti i procedura.....	22
3.3. Zašto smo se odlučili za kvalitativnu metodologiju?	22
4. REZULTATI.....	23
5. DISKUSIJA.....	34
6. ZAKLJUČCI.....	38
LITERATURA.....	40
PRILOG	45

Sažetak

Adolescencija je razdoblje sazrijevanja kroz koje se dijete priprema za odraslu dob. Promjene koje se zbivaju u pubertetu i adolescenciji toliko su nagle i brze da su i roditelji i dijete zatečeni. Zbog toga se često događa da su roditelji zbunjeni promjenama u ponašanju svog djeteta, te da reagiraju ljutnjom, krutim granicama i neodobravanjem, što nerijetko dovodi do još većih otpora kod mladih osoba. Cilj ovog rada bio je ispitati koji su to problemi adolescenata iz perspektive psihoterapeuta, te kako je raditi sa adolescentima . Za prikupljanje podataka korištena je metoda intervjua. Na temelju rezultata ovog istraživanja možemo zaključiti kako se adolescenti suočavaju s mnogim problemima, a najčešće su to depresija, neslaganje sa vršnjacima, i nasilje u porodici. Psihoterapeutkinje koje su sudjelovale u ovom istraživanju navele su kako je rad sa adolescentima jako uzbudljiv i dinamičan, ali u isto vrijeme i jako zahtjevan. Postoji velik broj faktora koji utječu na sam tijek terapije, a među njima se najviše izdvaja uloga roditelja. Bilo da je riječ o adolescentima koji su punoljetni ili onima koji to nisu, podrška i razumijevanje od strane roditelja je ponekad i ključna za sam ishod terapije.

Ključne riječi: adolescenti, problemi adolescencije, psihoterapija adolescenata

1. UVOD

Što je adolescencija? Najjednostavnije rečeno to je prijelazno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi. Različiti izvori nude različite definicije adolescencije, no ono što sve te definicije govore svodi se na isto, a to je da je adolescencija razdoblje brojnih fizioloških promjena kao i intenzivnog psihološkog i emocionalnog razvoja. Po novijim shvaćanjima, adolescencija započinje u dobi između 11 i 13 godina te traje sve do 18 ili 20 godine kada završava razvoj u odraslu osobu (Kuzman, 2009). Pubertet odnosno adolescencija je period najveće spolne diferencijacije nakon prenatalnog razdoblja života. Promjene koje se dešavaju u to vrijeme se mogu podijeliti u dvije velike skupine, a to su: cjelokupni tjelesni rast i sazrijevanje spolnih karakteristika (Berk, 2008).

Prvi vanjski znak puberteta je zamah u rastu to jest brz porast na visini i težini koji je jednako karakterističan i za djevojčice i za dječake (Berk i sur., 2008). Brz rast tijela prate i promjene u spolnom funkcioniranju. Kada govorimo o primarnim spolnim karakteristikama misli se na razvoj reproduktivnih organa odnosno jajnika, maternice i rodnice kod žena, a penisa, mošnjice i testisa kod muškaraca (Berk i sur., 2008). Što se tiče sekundarnih spolnih karakteristika one se odnose na vanjski tjelesni izgled te ukazuju na spolnu zrelost, recimo povećanje grudi kod djevojaka, pojava pazušnih i pubičnih dlaka i kod muškaraca i kod žena (Berk i sur., 2008).

Brojne psihološke teorije, poput psihoanalitičke, bihevioralne, kognitivne, dale su svoju definiciju i objašnjenje ljudskog rasta i razvoja sve od začeca pa do adolescencije. Stanley Hall (1904) adolescenciju je opisao kao kaskadu instinktivnih strasti, fazu rasta koja je toliko turbulentna da nalikuje na razdoblje u kojem su ljudi evoluirali od divljaka u civilizirana bića (Berk i sur., 2008). Freud se također osvrtao na emocionalnu turbulentnost tinejdžerskih godina. Prema Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji ljudski razvoj prolazi kroz pet faza. Posljednja faza poznata kao genitalna faza odnosi se na adolescenciju odnosno razvoj od 12-e godine pa nadalje. Freud govori da se u ovoj fazi ponovno bude instinktivni nagoni i premještaju se u genitalno područje tijela te tako rezultiraju psihološkim konfliktom i nestabilnim, nepredvidljivim ponašanjem.

U razdoblju adolescencije se, osim svih složenosti tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena, prihvaćaju i obrasci ponašanja i bira životni stil, što utječe na trenutačno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti. Adolescencija se obično smatra najzdravijim razdobljem života, u kojem se doseže vrhunac snage, brzine, kondicije i mnogih kognitivnih sposobnosti (Kuzman, 2009).

Zbog intenzivnih promjena u tjelesnom, kognitivnom, emocionalnom i socijalnom aspektu funkcioniranja period adolescencije ističe se kao vrijeme posebnog rizika za pojavu poteškoća u psihosocijalnoj prilagodbi. Premda mnogi mladi prolaze kroz period adolescencije s malo teškoća, neki se ipak susreću sa značajnim problemima koji mogu nepovoljno utjecati na njihov daljnji psihosocijalni razvoj (Macuka, 2016).

Može se reći da je jako teško biti adolescent u 21. stoljeću. Sve je pretjerano ubrzano i od osoba koje se nalaze u tranzicijskom periodu, koje još uvijek pronalaze svoju svrhu i svoje mjesto, traži se da donesu velike odluke, što mnogima stvara veliku razinu anksioznosti i straha. U današnjem svijetu od ljudi se, pogotovo mladih, traži da se uklope u standarde koje nameće društvo, govori im se kako trebaju izgledati, što trebaju raditi, koju odjeću nositi, te na koji način se ponašati. Takvo okruženje vrlo lako dovodi do problema kod mladih koji se protežu od depresije, anksioznosti preko ovisnosti o drogama i alkoholu do poremećaja hranjenja kao što su na primjer anoreksija, bulimija itd.

Terapijske intervencije u adolescenciji potrebne su kada razvojni procesi poprime neželjen tijek. Terapijski angažman adolescenata je presudan za maksimiziranje uspjeha bilo koje psihoterapijske intervencije. Terapeuti su otkrili da je uključivanje i angažiranje adolescenta u psihoterapiju posebno izazovno i da za to postoji nekoliko razloga. Većina psihoterapijskih modela se temelji na tretmanima koji djeluju na odrasle. Te metode često ne pogoduju za adolescente zbog njihove razvojne nezrelost, stigme koju mnogi adolescenti vežu uz psihoterapiju i osjećaja da su prisiljeni ići na psihoterapiju. Postojanje empirijskih i kliničkih saznanja o terapijskim procesima, adolescentnom razvoju i poznavanje povezanosti adolescenata sa njihovom socijalnom okolinom, može pomoći psihoterapeutima da rade sa ovom populacijom. Kako bi uključili i angažirali adolescente u psihoterapiju i uspostavili snažno terapijsko savezništvo, terapeuti bi trebali izražavati empatiju i iskrenost, omogućiti razvojno odgovarajuće intervencije, obratiti pažnju na stigmatu i povećati izbor u terapiji (Bolton Oetzel i Scherer, 2003).

Prednosti terapije mogu se širiti izvan onih primarnih, a to su smanjenje i sprečavanje pogoršanja simptoma. Obuhvaćaju i područja prilagodbe, nastajanja ličnosti i različite aspekte proksimalnog i distalnog razvoja (Goenjian i sur., 1997). Pomicanje težišta istraživanja o mentalnim poremećajima djece i adolescenata u šire javne arene zdravlja kako bi se odgovorilo na važna i složena pitanja o utjecaju usluga na djecu, adolescente i njihove obitelji uključivat će nove žanrove studija i možda nove istraživačke paradigme (Hoagwood i sur., 1995). Intervencije usmjerene prema prevenciji poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji kritične su za sveukupni uspjeh (Kazdin, 1990). Psihoterapija je jedan od aspekata ukupnog napora za suzbijanje disfunkcija te poboljšanje prilagodbe djece i adolescenata (Kazdin, 1990).

Cilj ovog rada je opisati suvremene probleme adolescenata iz perspektive psihoterapeuta, na uzorku od pet psihoterapeuta. Također nam je cilj ispitati kakva su njihova iskustva u radu sa adolescentima.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Što je adolescencija i koji su razvojni zadaci i karakteristike adolescencije?
2. Koji su pristupi i specifičnosti psihoterapijskog rada sa adolescentima?
3. Kakva su iskustva psihoterapeuta u radu sa adolescentima?

1.1. Šta je adolescencija

U različitim izvorima mogu se naći različite definicije adolescencije. Ali sve definicije sadržavaju pojmove promjena, intenzivno i razvoj. Najčešće, adolescencija započinje između 11. i 13. godine pojavom sekundarnih spolnih karakteristika i traje kroz tinejdžerske godine sve do 18. – 20. godine, kada završava razvoj u odraslu osobu. U tom se razdoblju zbivaju intenzivne tjelesne, psihološke, emocionalne i osobne promjene. Današnja je generacija adolescenata najbrojnija u povijesti čovječanstva. U svijetu je gotovo polovica opće populacije mlađa od 25 godina. Adolescencija se obično smatra najzdravijim razdobljem života, u kojem se doseže vrhunac snage, brzine, kondicije i mnogih kognitivnih sposobnosti. No korjenita zbivanja u vrijeme sazrijevanja nose sa sobom i nove zdravstvene rizike s potencijalnim dugoročnim posljedicama za zdravlje (Kleinert, 2007).

U razdoblju adolescencije se, osim svih složenosti tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena, prihvaćaju i obrasci ponašanja i izabire životni stil, što utječe na trenutačno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti. Ekonomsko blagostanje nedvojbeno je pridonijelo smanjenju morbiditeta od tradicionalnih infektivnih bolesti, pothranjenosti i rizika povezanih s trudnoćom i porođajem. Studija koju je 2009. godine objavio Patton sa suradnicima pokazala je da su stope smrtnosti i struktura uzroka smrti povezane s kontekstualnim čimbenicima i ekonomskom situacijom u zemljama i regijama svijeta (Kuzman, 2009).

Zbog lepeze raznolikosti adolescentnih ponašanja, te razlika u kulturnim i socijalnim normama ponašanja, veoma je teško odrediti što je normalno, a što je patološko u adolescenciji. Hoće li okolina prihvatiti neka ponašanja adolescenata ili ne više ovisi o standardima okoline nego o samim adolescentima. Pod standardima okoline podrazumijevaju se sustavi vrijednosti, kulturne i moralne norme, ali i prag senzibilnosti za adolescentna ponašanja. Nerijetko, odrasli za dječje nestašluke imaju više kapaciteta i opravdanja, dok su prema adolescentnim ponašanjima veoma kritični. Kao da odrasli lakše mogu zadržati sjećanje na “dijete u sebi” negoli na “adolescenta u sebi”. Naizgled komforno i prilagođeno ponašanje adolescenta ne mora izravno označavati i dobro mentalno zdravlje, ono može biti i izraz pasivnog podčinjavanja zahtjevima okoline. Pasivnost, rezignacija i nekritičnost nisu osobine koje vode ka zdravoj, odgovornoj i socijalno zreloj ličnosti (Freud, 2000).

Adolescencija se najčešće dijeli u podfaze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rana adolescencija počinje pubertetom. Obuhvaća dob između 11 i 14 godina. Srednja adolescencija obuhvaća dob između 15 i 16 godina, dok je kasna adolescencija podfaza čiji je kraj teško procijeniti, a spada u razdoblje između 17. i 19. godine. Ove podfaze se mogu točnije definirati prema njihovim karakteristikama, a kronološka dob predstavlja grubu mjeru. Rana adolescencija je razdoblje u kojem djeca u zrcalu počinju zamjećivati brojne fizičke promjene koje ukazuju na to da nisu više djeca te počinju razmišljati i razumijevati na način drugačiji od onog u djetinjstvu. Razvijaju se kognitivne sposobnosti koje omogućuju adolescentima razmišljanje na sistematičan i logičan način te su sposobni razmatrati mogućnosti. Adolescencija je razdoblje najveće raznolikosti među adolescentima, te unutar samih adolescenata. Tjelesne i emocionalne promjene rijetko su sinkronizirane. U ovoj fazi adolescenti imaju sposobnost realnog sagledavanja onoga što se događa, a ne što bi željeli da se događa, u odnosu na njih same i na druge. Prijatelji, roditelji i oni sami djeluju manje idealnim. Ovaj proces napuštanja idealizacije vrlo je bitan i u psihičkom smislu pokreće adolescentovo izlaženje iz djetinjstva. Prednost dobivaju na realitetu utemeljena gledišta, a odbacuju se iluzije djetinjstva. Proces napuštanja idealizacije predstavlja narcistički pomak u ranoj adolescenciji. U djetinjstvu, izvori za postizanje osjećaja (narcističkog) dobrog stanja nalaze se u roditeljskoj brizi, ljubavi i pohvalama. Prestanak idealizacije roditelja i veća sposobnost opažanja sebe i svijeta oko sebe dovode do toga da roditelji više ne predstavljaju izvor adolescentovog osjećaja dobrog stanja. Zbog toga se adolescenti sve više okreću sami sebi da bi si pribavili osjećaje uvažavanja i ljubavi koji će im pružiti osjećaj dobrog stanja. Ovaj narcistički pomak je važan za rastuću autonomiju i potrebu za samodefiniranjem adolescenata, ali u isto vrijeme u okolini ostavlja dojam o adolescentovoj pretjeranoj usmjerenosti na samoga sebe. Moraju se moći osloniti na vlastite misli, osjećaje i reakcije te moraju imati povjerenja u unutarnje procese kako bi mogli autonomno funkcionirati jer bi se inače morali oslanjati na mišljenja, gledišta i vjerovanja drugih. Ova faza usmjerenosti na samog sebe koja počinje u ranoj adolescenciji, zadržava se i u srednjoj, a razrješava se u kasnoj adolescenciji. Rani adolescenti su izrazito zaokupljeni sličnostima i razlikama. Kada i kako adolescenti sazrijevaju postaje važan činitelj u izboru prijatelja na primjer udružuju se oni koji rano sazrijevaju i drže druge na distanci. Odnosi sa vršnjacima istog spola imaju veliku važnost u ranoj adolescenciji. Rani adolescenti žele znati dijele li njihovi prijatelji slične osjećaje i iskustva. Bliski odnosi s roditeljima nadomješteni su odnosima s najboljim prijateljima. Rana

adolescencija započinje dvije godine ranije u djevojčica u odnosu na dječake, u prosjeku s 10.5 godina, a u dječaka 12.5 godina. Djevojčice se moraju prilagoditi realitetu da postaju veće i zrelije u ranijoj dobi. To može za njih predstavljati veliki pritisak, što može voditi psihopatološkim razrješenjima kao što su poremećaji jedenja, preuranjena seksualnost ili zloupotreba droga (Rudan, 2004).

U srednjoj adolescenciji glavna je potreba da se adolescent osjeća čvrsto ukorijenjen među vršnjake, školu i društvo koje ga okružuje. Najbolja prijateljstva ostaju i dalje značajna, ali sve više ustupaju mjesto lojalnosti grupi koja se manifestira kroz na primjer slušanje iste glazbe, nošenje određene vrste odjeće. Srednja adolescencija učvršćuje proces odvajanja koji je započeo u ranoj adolescenciji. Srednji adolescenti se najčešće posve dobro osjećaju i kada su sami. Više su usmjereni individualizaciji, istraživanju sebe. Većinom se probijaju u društvo s glavnom svrhom da u što više socijalnih situacija upoznaju sami sebe. Nastoje upoznati ono što je unutar njih kroz sanjarenja, fantazije i razne oblike pisanja, često je to razdoblje velike kreativnosti. Narcistični pomak postaje još izraženiji u srednjoj adolescenciji. Kako bi što bolje upoznali sebe, adolescenti moraju oduzeti važnost roditeljima i okrenuti pozornost na sebe same i one koji su im najbliži a to su njihovi prijatelji. Taj dio ravoja naziva se *otklanjanje objekta*. Nastaju novi odnosi s roditeljima i s ljudima izvan obitelji. Adolescenti pozornost posvećuju ljudima izvan obitelji do te mjere da mogu ozlovoljavati roditelje koji sve teže podnose adolescentovu zaokupljenost sobom i njegovim društvenim angažmanima. Zbog unutarnjeg i vanjskog odvajanja od roditelja srednji adolescent ostaje u stanju izoliranosti i usamljenosti. Mrzovolja koja je karakteristična za srednju adolescenciju često potječe od procesa žalovanja. Adolescentu je potrebno neko vrijeme da stvori nove odnose s roditeljima i nove odnose s drugima. Novi odnosi se pomiču od druženja s primarno istospolnim vršnjacima na druženja u miješanoj grupi prijatelja. Adolescenti srednje adolescencije također tragaju za odraslima koji nisu njihovi roditelji, za osobinama s kojima se mogu identificirati te sve veću važnost daju na primjer, trenerima, profesorima ili roditeljima svojih prijatelja. Tijekom srednje adolescencije dolazi do promjena identifikacije s grupom na jače razgranatu mrežu socijalnih kontakata, na primjer, u ovoj dobi mnogi adolescenti se zaljubljuju i počinju odlaziti na spojeve. Maštanje o osobnoj vezi s jednim od ovih novih objekata želja predstavlja jedan od izvora adolescentovog dobrog stanja (Rudan, 2004).

Kasna adolescencija je razdoblje u kojem adolescenti počinju na sebe gledati kao na osobe i često razmišljaju o tome tko i kakvi bi željeli biti. Nastoje se oblikovati prema osobinama koje zamjećuju u odraslih. Princip stvarnosti ima prednost nad principom zadovoljstva, a fantaziju nadomješta stvarnost. Povećava se sposobnost točnog opažanja stvarnosti koje je manje ometano psihičkim zahtjevima. Razvijajući ego je sve sposobniji za sve veću složenost u opažanju. Ego može sintetizirati sve više i više različitih podražaja. Sinteza je ključ kasne adolescencije. U kasnoj adolescenciji mora se postići integracija postignuća srednje adolescencije u području spolnosti u self, tj. moraju postojati reprezentacije iskustava iz tog područja koje adolescent doživljava sastavnim dijelom sebe. Reprezentacije se povezuju na unutarnjem, intrapsihičkom planu s preostalim dijelom selfa. To je početak procesa integracije koja stvara nečiji identitet. Upoznati sebe jedan je od glavnih zadataka ove faze. To znači saznati koje se slike o sebi doživljavaju stvarnim. Schafer (1973) navodi da formiranje identiteta u kasnoj adolescenciji obuhvaća istinsku emancipaciju koja izgleda da je građena na preinaci, usklađivanju i selektivnom prihvatanju i odbacivanju, fleksibilnom ovladavanju i složenim zamjenama i drugim promjenama ciljeva, reprezentacija i obrazaca ponašanja. Te su promjene nužno polagane, suptilne, ambivalentne i fluktuirajuće. Narcističke preokupacije u ranoj i srednjoj adolescenciji koje pomažu adolescentu u odvajanju od obitelji i individualizaciji utiru put interesima za stvarni vanjski svijet u kasnoj adolescenciji.

Adolescentno razdoblje je popraćeno pitanjima o vlastitoj psihološkoj autonomnosti. Stvaranje vlastitog identiteta, i napuštanja onog kojeg su preuzeli od roditelja, jest jedan od važnijih procesa adolescentnog razvoja. Adolescenti se odvajaju od roditelja koji su bili nosioci njihovih stavova i misli, s čijim su se stavovima morali slagati i pravilima kojima su se podredili. U procesu odrastanja nerijetko se dešava da adolescenti stvaraju vlastite želje, stavove i ideale. Sami oblikuju svoje misli, koje su zahvaljujući razvoju apstraktnog i hipotetsko-deduktivnog razmišljanja, složenije i brojnije. Važnost razvoja identiteta jest u tome da adolescenti stvore vlastiti osjećaj moći koji je nestao gubitkom identiteta roditelja tijekom psihološke separacije. Formiranjem identiteta povećat će se samopoštovanje koje će imati veliku ulogu u stvaranju odnosa s osobama koje su svakodnevno u neposrednoj interakciji s adolescentom (Špelić, 2015).

Razdoblje adolescencije obilježeno je intezivnim kontaktima, osobito onima s vršnjacima. Druženje s drugom djecom utječe na više načina, a priroda tog druženja ovisi o dječjoj dobi, o

spolu djece te o iskustvu djece sa odnosima u obitelji (Lacković-Grgin, 2000). Broj „najboljih prijatelja“ opada s otprilike četiri do šest u ranoj adolescenciji na jednog do dva u odrasloj dobi (Hartup i Stevens, 1999; prema Berk, 2008).

Mladi se suočavaju s brojnim tjelesnim i fiziološkim promjenama. One su posljedica promjena u hormonalnoj ravnoteži koje se uvijek događaju na predodređen način: hipotalamus izlučuje hormon gonadotropin koji potom stimulira prednju pituitarnu žlijezdu stvarajući hormon rasta i gonadotropine koji potom stimuliraju spolne žlijezde. Stimulacija spolnih žlijezda vodi rastu spolnih organa i razvoju sekundarnih spolnih obilježja koja su prepoznatljiva kao produbljenje glasa kod mladića, rast dlaka na licu, prsima, nogama, spolnim organima, rast grudi i širenje bokova kod djevojaka i slično (Rudan, 2004).

Kognitivne promjene odnose se na razvoj apstraktnog i složenog mišljenja koje pridonosi intenziviranju osjećaja autonomije adolescenata. Mladi počinju doživljavati sebe i svoje mogućnosti na sve apstraktniji i generalniji način. Refleksivno razmišljaju o sebi, prosuđuju kako mogu spoznati sami sebe te formiraju osjećaj vlastite vrijednosti i individualnosti (Lacković-Grgin, 1994).

Također, mlade karakteriziraju kontradiktorne težnje, turbulencije i emocionalna ambivalencija (Lacković-Grgin, 2006) te ih novonastale promjene često zbunjuju i uznemiruju (Rudan, 2004). No, najintenzivnije i najosjetljivije promjene ipak se događaju kroz spolni razvoj (Kuzman, 2009). Porast mentalnih sposobnosti i seksualni razvoj utječu na znatiželju i emocionalnu pobuđenost mladih. Spolno sazrijevanje praćeno je sve većim interesom za spolnost pri čemu dolazi do formiranja seksualnog identiteta. Mladima postaju sve zanimljivije teme koje se odnose na seksualnost, reproduktivnost. Pojačava se zanimanje za suprotni spol te za seksualno funkcioniranje vlastitog tijela. Razina hormona utječe na seksualnu motivaciju na način da cirkulirajući testosteron postaje dobar prediktor seksualnih koitalnih aktivnosti kod mladića, a androgeni hormon utječe na nekoitalna ponašanja djevojaka, odnosno potiče ih na seksualna maštanja i masturbaciju (Lacković Grgin, 2006).

1.2. Karakteristike adolescencije

Treba naglasiti kako adolescencija, iako je povezana s drugim razvojnim stupnjevima, ima svoje specifične karakteristike. To je razdoblje obilježeno kontinuiranim rastom i velikim

promjenama koje zahvaćaju sve dimenzije adolescenta. Osnovno obilježje adolescencije je stanje suočavanja s novostima. U ovoj se fazi mijenja svijet vrijednosti i odnosa adolescenta prema njemu, razvijaju se spoznajne sposobnosti, odnosno događa se prijelaz s konkretno-logičkog na formalno-logičko mišljenje odnosno zaključivanje. Pred adolescentom se otvaraju filozofski, politički, estetski i duhovni svjetovi na načine koji su djeci nedostupni. Adolescenti razvijaju teorije o tome kakav bi svijet trebao biti, tj. razmatraju razne mogućnosti, te pokušavaju provjeriti valjanost svojih hipoteza putem pažljivog promatranja (Rudan, 2004).

Mijenja se način održavanja odnosa s obitelji, s religijom i s institucijama. Mijenjaju se poimanja odgovornosti te se javlja sposobnost introspekcije. Adolescent počinje postavljati temeljna životna pitanja na različiti način nego što je to činio do tada, tj. želi otkriti tko je on zapravo, što zapravo želi i što uglavnom očekuje od života. I ne samo to, već on počinje razmišljati i o smislu vlastitog života. Osim toga, kao primarna zadaća u tom uzrastu javlja se pitanje izgradnje karaktera čije formiranje započinje još u djetinjstvu, a dovršava se i poprima značajke stabilnosti upravo u adolescenciji (Ninčević, 2009).

Jedan drugi aspekt koji pretežno obilježava adolescenciju je potraga za transcendencijom kroz intelektualni modalitet (Arto, 1999). No on više služi potrebi zadovoljavanja trenutnog zahtjeva. To je traženje uglavnom obilježeno pitanjima: *Zbog čega živim, tko ili što me čini sretnim i omogućuje mi vlastito ostvarenje, koji je moj životni uzor?* Sve su to pitanja koja pripadaju odgoju, a na njih adolescent traži, po mogućnosti, jasne, zadovoljavajuće, koherentne odgovore, među svim onim što se tvrdi i onim što i sam vidi da je ostvareno. U tom smislu veliku važnost ima postojanje referentnih uzora koji pokazuju kako je moguće koherentno živjeti prema ponuđenim vrijednostima. Kognitivne promjene pridonose povećanom osjećaju autonomije adolescenata. Adolescenti jasnije sagledavaju svoj unutarnji i vanjski svijet, stvarni svijet i uviđaju njihove složenosti (Ninčević, 2009).

Među karakteristikama adolescencije potrebno je istaknuti i uporabu zaštitnih mehanizama koji su svojstveni upravo tom životnom razdoblju. To su asketizam, intelektualizacija, odmak i to ponekad dovodi i do određene tendencije prema asocijalnom ponašanju. To se može uočiti kod gotovo svakog adolescenta (Palmonari, 1993). Mehanizmi obrane svakako su korisni, no ipak, ako se javljaju kao automatizmi kojima upravlja „negativna“ emocija, predstavljaju ozbiljna ograničenja. U nekim socijalnim situacijama otvoreno izražavanje

emocija može dovesti do povećane ranjivosti, stoga potiskivanje emocija može biti i zaštitni činitelj (Gross i Levenson, 1997).

Pojedinci koji mogu brzo i precizno procijeniti i izraziti svoje emocije mogu bolje odgovarati na zahtjeve svoje socijalne okoline (Kalebić-Maglica, 2007). Sljedeća karakteristika adolescencije jest snažnije izražavanje emocija: srdžbe, radosti, iznenađenja, gnušanja, tuge, srama. Adolescencija je razdoblje u kojem se emocije lako, često i vrlo bučno izražavaju. Pojedinci mogu biti uspješniji ili manje uspješni u praćenju, procjenjivanju i izražavanju svojih emocionalnih stanja, što upućuje na postojanje individualnih razlika u izražavanju emocija. Izražavanje emocija se odnosi na izvanjsko pokazivanje emocija bez obzira na njihovu valenciju (pozitivnu ili negativnu) ili kanal kojim se izražavaju (facijalni, vokalni ili gestovni) (Kring i sur., 1994). Brojna istraživanja (na primjer, Pennebaker, 1993; Smyth, 1998) pokazuju da su pojedinci koji spretno iskazuju svoje emocije empatičniji i manje depresivni, za razliku od onih koji u izražavanju emocija nisu toliko vješti.

Karakteristike adolescencije dijele se na:

- *pozitivne karakteristike*: širokogrudnost, spontanost, oduševljenje, spremnost, iskrenost, neposrednost, izravnost, revnost, želja za pravičnošću, istinoljubivost, sposobnost kreativnog pristupa okolnoj stvarnosti, sposobnost samopotvrđivanja (što je u funkciji rasta i sazrijevanja), sposobnost apstraktnog mišljenja, sposobnost odgovora na razvojne zadaće.
- *negativne karakteristike*: slaba sposobnost naprezanja, nedostatak ozbiljnog i kontinuiranog zalaganja, nestabilnost, podložnost utjecajima i znatna ovisnost o uvjetovanosti izvanjskoga svijeta, tendencija egocentričnosti (Braconier, 1990).

1.3. Razvojni zadaci adolescencije

Veliki dio razumijevanja adolescencije i adolescentne patologije se oslanja na uvid stečen iz razvoja djeteta i iz patologije odraslih. Freud je zaključio da je adolescencija rekapitulacija nečijeg ranijeg života. Također je zaključio kako se tek nakon puberteta oblikuje “finalna seksualna organizacija”. Tijekom adolescencije, od početka puberteta do 21. godine, osoba nesvjesno čini izbore koji predstavljaju njezin način pronalaska prihvatljivih rješenja, zahtjeva

njegova seksualnog tijela, do identifikacije s roditeljima, te do zahtjeva i očekivanja njegove savijesti. Konflikti, neodlučnost i anksioznost se oglašavaju kroz odnos adolescenta prema svom seksualno zreloj tijelu. Do kraja adolescencije on ima stav prema svom tijelu koji odražava njegovo ukupno prethodno životno iskustvo. Tijekom ovog perioda adolescent testira svoje edipovske želje unutar konteksta njegova posjedovanja fizički zdravih genitalija i on pokušava naći kompromisno rješenje između onoga što želi i onoga što je dopušteno. Ovo kompromisno rješenje je ono što definira seksualni identitet osobe. Glavni razvojni zadatak adolescencije je utvrđivanje konačne seksualne organizacije. Svi razvojni zadaci adolescencije – promjena u odnosu na edipovski objekt, promjena u odnosu na vršnjake, promjena u stavu prema vlastitom tijelu – su dio razvojne funkcije i treba ih promatrati u međusobnom odnosu prije nego odvojeno. U rješavanju ovih zadataka adolescentov odnos s njegovim tijelom je središnji čimbenik. Do adolescencije, osoba osjeća sebe i svoje tijelo kao produžetak majke koja se prva brinula o njemu dok u adolescenciji, kad osoba ima fizički zrelo tijelo, počinje se osjećati vlasnikom svog tijela. Kao posljedica toga adolescent preuzima odgovornost za svoja djela i osjeća te onda osjeća da je aktivno napravio izbor. Adolescent postaje zaštitnikom svog seksualno zrelog tijela i utvrđuje seksualni identitet do kraja adolescencije. Najznačajnije razvojne zadaće adolescencije su stvaranje seksualnog identiteta, separacija od roditelja, smanjenje ovisnosti o skupini vršnjaka i učvršćivanje strukture ličnosti identifikacijom i konsolidacijom selfa. U relativno kratkom periodu adolescent mora upoznati, savladati, naučiti primijeniti i usmjeriti svoje prirodne nagonске težnje. Istovremeno adolescent mora ispuniti vlastita i tuđa očekivanja na polju efikasnosti, rada i stvaranja. Pri tome ne smije preskočiti niti jednu stepenicu u svom socijalnom razvoju. Isto tako, treba sa zadovoljstvom prihvatiti svoj novi, odrasli lik i bez konflikata sa sobom i moralnim normama razviti vlastitu spolnu ulogu i doživljavanje spolnosti. Nadalje, treba se mirno odvojiti od roditelja i obitelji i usmjeriti na nove, neovisne i za obje strane zadovoljavajuće odnose. Takvo uzbudljivo i opasno putovanje, međutim, ne može se odvijati sasvim glatko i povremeni poremećaji duševne ravnoteže adolescenta (i njegovih suputnika) skoro su fiziološki (Tomori, 1979).

Tri suštinska zadatka adolescencije koje je prvi put opisao Freud (Freud, 1905) (formiranje spolnog identiteta, ponovno nalaženje objekta ljubavi izvan obitelji i ujedinjavanje dviju sastavnica seksualnosti, senzualnosti i nježnosti) do danas su pretrpjele značajne korekcije, pogotovo u pogledu shvaćanja spolnog identiteta. U sadašnjosti se vrlo često koristi naziv *rodni*

identitet koji se odnosi na subjektivni osjećaj pripadnosti ili nepripadnosti jednom od rodova i koji se nužno ne zasniva na spolu ili spolnoj orijentaciji. Međutim, sigurno je da se adolescenti osjećaju drugačije od onog kako su se osjećali kao djeca i ta ih razlika zbunjuje (kao i one oko njih). Od početka puberteta znaju da im se tijela mijenjaju, uz to opažaju oscilacije u psihičkom funkcioniranju, ali im nije jasno otkud ta nestabilnost potiče, prepoznaju da su im se osjećaji prema roditeljima promijenili i to ih često uznemiruje. Hoće li ih to voditi do poduzimanja nekih akcija, različito je od osobe do osobe, premda su, pogotovo rani adolescenti, često skloniji ispoljavanju nekog konfliktnog stanja kroz djelovanje nego kroz razmišljanje i verbalizaciju (Rudan, Tomac, 2011).

Razlozi “nemira” proizlaze iz oscilacija između regresivnih i progresivnih procesa u adolescenciji i brojnih transformacija u fizičkom, kognitivnom i psihičkom području rasta i razvoja. Brz tijek kojim se odvijaju pubertetske promjene, osobito u početnom razdoblju, podsjeća na one iz prvih godina života. Ali adolescenti su ih mnogo svjesniji, pa čak nekada i previše svjesni, u odnosu na rano razdoblje. Nekada se fizičko sazrijevanje odvija brže od emocionalnog i obrnuto. Fizičke promjene imaju važan utjecaj na načine na koje adolescent opaža samoga sebe, tj. na njegov doživljaj vlastitog selfa. Adolescenti opažaju sebe i svijet oko sebe na načine koji se jako razlikuju od djetinjstva. U adolescenciji ideje i koncepti, svijet apstraktnog mišljenja, postaju razumljive na nov način. Oni omogućuju adolescentima da mogu misliti o procesu mišljenja, da mogu razvijati pretpostavke i razmišljati o budućnosti. Ovim putem, postupno, mijenja se način razmišljanja od dječjeg, konkretnog na adolescentno odnosno formalno (Rudan, 2004).

“Glavna zadaća u psihičkom razvoju u adolescenciji je ostvarenje unutarnje autonomije osobe i njene nove orijentacije u grupi, s integrativnim svladavanjem seksualnosti“ (Gruden, 2010).

Erik Erikson (1976) uveo je pojam *krize identiteta* u psihologiju. Za ovu krizu ključna je samospoznaja adolescenta koji treba pronaći svoj poziv i ponovo uspostaviti odnos s obitelji. Adolescent koji ne uspije u pronalasku identiteta može se upustiti u autodestruktivne aktivnosti. On će biti preokupiran mišljenjima drugih ili otići u drugi ekstrem – nebrigu ili povlačenje. Erikson također primjećuje implikacije psihosocijalnih faza na razvoj identiteta (Erikson, 1976).

Prema Malekoff (2004), jedan od razvojnih zadataka adolescencije je formiranje zdravog seksualnog identiteta, što uključuje prihvaćanje vlastitog tijela i fizionomije te preuzimanje muške ili ženske društvene uloge (Malekoff, 2004).

Prema A. Freud (2000), odbojnost prema vlastitom tijelu, kod djevojčica, manifestira se izbjegavanjem nošenja tipične ženske odjeće i ukrasa (Freud, 2000). Prema Gruden (2010), seksualne smetnje potječu iz faze ranog djetinjstva. Poremećaji koji nastaju su adolescentna askeza, ekscesivna onanija, homoseksualnost mladeži, seksualno zapuštanje djevojčica, ekshibicionizam, fetišizam, transvestizam. Adolescentna askeza nastaje potiskivanjem svih seksualnih i agresivnih nagona. U manjoj mjeri seksualna askeza je i normalna pojava u adolescenciji (Gruden, 2010).

2. PRISTUPI I SPECIFIČNOSTI PSIHOTERAPIJSKOG RADA SA ADOLESCENTIMA

Izraz psihoterapija dolazi od grčkih riječi „psyche“ i „therapeia“ koje doslovno znače „liječenje duše“ ili „briga o duši“. Ovaj izraz Platon koristi u svojim „Dijalogima“ gdje točnije piše da je filozofija lijek za dušu. Iz ovoga zaključujemo kako je za njega psihoterapija posao filozofa. Vladimir Gruden iznosi svoju definiciju te djelatnosti: *„Psihoterapija podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe“* (Gruden, 1992, 13).

Međutim, najpoznatija i najobuhvatnija je Wolbergova definicija, koja glasi: *„Psihoterapija je liječenje problema emocionalne prirode psihološkim putem, u kojemu educirana osoba namjerno uspostavlja profesionalne odnose s bolesnikom u svrhu uklanjanja, modificiranja ili ublažavanja intenziteta postojećih simptoma, te promjenom poremećenih shema ponašanja, kao i poticanja pozitivnog rasta i razvoja ličnosti“* (Wolberg, 1988, 29).

Riječ psihoterapija prvi je put upotrijebio Daniel H. Tuke u svojoj knjizi „Ilustracije utjecaja uma na tijelo“ (1873). Jedan odlomak te knjige nosi naslov «Psihoterapeutika», i obrađuje različite tehnike kojima se može utjecati na čovjekovu psihu (Tuke, 1873).

2. 1. Psihoanalitička psihoterapija

Psihoanalitička psihoterapija zasniva se na psihoanalizi ali se od nje i udaljava. Postojanje psihoterapijskog rada s adolescentima vezano je za dvije istaknute psihoanalitičarke Annu Freud i Melanie Klein, čime se ne isključuje utjecaj i drugih autora, primjerice Renea Splitza, Margaret Mahler, Johna Bowlbya. Psihoanalitička psihoterapija je psihičko djelovanje koje se odvija u okviru odnosa između jednog ili više adolescenata i terapeuta, te utječe na ublažavanje ili otklanjanje smetnji i poremećaja u njihovom osjećajnom, saznajnom i društvenom razvoju (Tadić, 2004).

Značajnu ulogu zauzima učenje o objektnim odnosima i uzajamnoj energetskej razmjeni djeteta i roditelja, odnosno za dijete značajnih objekata. Koristi psihoanalitička saznanja o strukturi i dinamičkom odnosu između sustava ličnosti naglašavajući središnju ulogu u usklađivanju unutrašnjih težnji i odnosa sa svijetom. Može se primjenjivati radu sa svim grupama djece i adolescentima koji ispoljavaju neurotične reakcije, organizirane neuroze,

prolazne razvojne smetnje, prolazne teškoće prilagođavanja, poremećaje u društvenom ponašanju neurotičnog porijekla, kao i profilaktičke svrhe. Adolescenti koji u terapiju budu poslani mimo svoje volje, razvijaju jake otpore prema ovom obliku pomoći. Čak i ako dolaze sa radoznalošću to ne traje dugo. Da bi se procijenila podobnost adolescenata za psihoanalitičku psihoterapiju treba razmotriti i snage potiskivanja, u prvom redu agresivne i libidne težnje i ostale obrane koje iscrpljuju energetske mogućnosti i oslabljuju ego. Visoka spremnost za nazadovanje zahtijeva opreznost u primjeni analitičkih metoda. Posebnu pažnju treba obratiti na komunikaciju. Spremnost za nazadovanjem ni u jednom razvojnom dobu nije tako velika kao kod adolescenata i teško se razlikuje od psihotičnih nazadovanja, posebno ako je praćena jakom strepnjom i dvosmislenim osjećajima i težnjama (Tadić, 2004).

Indikacijsko područje za psihoanalitičku psihoterapiju obuhvaća psihičke poremećaje nastale na osnovi intrapsihičkog konflikta ili razvojnih deficita. To su poglavito sve vrste psihoneuroza (anksiozni, depresivni poremećaji), narcistični i granični poremećaji ličnosti i psihosomatski poremećaji. Psihoanalitički proces uvijek započinje psihodinamskom evaluacijom, tijekom koje procjenjujemo može li se ovim pristupom pomoći kod specifične simptomatike, te ima li pacijent psihologijske osobine potrebne za ovu vrstu terapije. Pri tome je esencijalna procjena razine organizacije ličnosti što ima važne implikacije na odabir modaliteta psihoanalitičke psihoterapije (McWilliams, 1999).

Psihoterapeutima je kombinacija psihoseksualnog i psihosocijalnog stajališta koristan konceptualni okvir za razumijevanje razvojnih pitanja koja se javljaju u terapiji. Neovisno o terapeutovu teorijskom usmjerenju, važna pitanja poput sljedeće navedenih mogu usmjeriti terapijski proces: Koji su glavni razvojni zadaci u svakoj životnoj fazi i kako su oni povezani sa psihoterapijom? Koji sadržaji daju kontinuitet životu čovjeka? Koje su brige zajedničke ljudima u različitim životnim razdobljima? U kakvom su odnosu nečije trenutačne teškoće i raniji značajni događaji? Kakve su odluke bile donošene u tim kritičnim razdobljima i kako je osoba izlazila na kraj s različitim krizama? Psihoterapeuti koji rade u okviru razvojne perspektive mogu vidjeti kontinuitet života i određene smjerove kojima su išli njihovi klijenti. Takav pogled daje širu sliku nečijih borbi i klijenti mogu otkriti neke značajne veze između različitih životnih faza (Corey, 2004).

2.2. Geštalt psihoterapija

Jedan od široko prihvaćenih pravaca, najviše u radu s adolescentima. Ovaj pristup psihoterapije prvi je primjenio i neprestano razvijao Fritz Perls. Prema Perlsu ono što stvara problem i psihopatologiju kod čovjeka je nekompletan emocionalni geštalt, odnosno nedovršen posao koji troši energiju zarobljenu u mišićima, glasu, simboličkim sadržajima. Osnovni cilj ove terapije je da postigne potpuniju svjesnost i integraciju osjećanja, opažanja i mišljenja. Da bi se postigao ovaj cilj koriste se različite tehnike i postupci. Terapeut govori u sadašnjem trenutku i od adolescenta se traži da govori kako bi se postigla svjesnost o strukturi i sadržaju sadašnjeg doživljavanja. Adolescent treba da govori u prvom licu jednine i da prisvaja svoje postupke i ponašanje. Otkrivaju se nezavršena osjećanja i od adolescenta se traži da ih završi. Najčešće su to nedozvoljena negativna osjećanja kao što su ljutnja i bijes. S jedne strane, ova terapija, obuhvaća postupke koji spadaju u klasične okvire terapijskog tretmana, a s druge strane u tretman ulaze brojne aktivnosti čiji je cilj slobodno razvijanje potencijala adolescenta (Tadić, 2004).

Geštalt terapiju često se naziva i trećim talasom. Pripada humanističkom pravcu u psihologiji, a pri tome su prvi talas verbalne terapije u koje spada i psihoanaliza, a drugi talas modifikacije ponašanja - bihevioralne terapije (Perls, 1973).

Pearls je inicijalno kliničko iskustvo sakupljao kroz prizmu psihoanalitičke teorije i praktičnih tehnika koje je usvojio kao psihijatar ali je nakon toga značajan utjecaj na razvoj geštalt psihoterapije imalo Pearlsovo osobno iskustvo i učenje od ljudi kao što su neoanalitičari Wilhelm Reich, C. G. Jung, Karen Horney, egzistencijalistička filozofija, geštalt psihologija, zen budizam, taoizam, filozofija Martina Bubera koja naglašava Ja-ti odnos u terapiji i Jakob Moreno sa svojom psihodramom. Najznačajniji i često spominjani utjecaj na Perlsa izvršio je W. Reich koji je bio i Perlsov terapeut te je usmjerio njegov interes za tijelo i korištenje tijela u psihoterapiji, analizu karakternog oklopa i aktivan stav terapeuta u psihoterapiji (Clarkson, 1993).

Egzistencijalistička filozofija našla je svoje mjesto u sustavu geštalt terapije kroz shvaćanje da svaki čovjek treba prihvatiti odgovornost za svoju egzistenciju (Clarkson, 1989). Egzistencijalističko shvaćanje u psihoterapiju uveo je Viktor Frankl poznati njemački psihijatar koji je također (nakon preživljavanja iskustva iz koncentracionog logora) naglašavao da unatoč tome što nismo osobno odgovorni za okolnosti u kojima se nađemo, odgovorni smo za značenje

koje dajemo našim životima kada biramo stavove prema, i naše ponašanje, u takvim situacijama i okolnostima. Pearls je koristio naziv geštalt kako bi time označio svoj interes da suprotstavljene dijelove ličnosti ujedini u jedan integrirani oblik ili lik što je vazano uz ideju polarnosti koje su međusobno povezane (Frankl, 1997).

Jedan od važnih ciljeva geštalt terapije je ponovna integracija dijelova ličnosti u novu cjelinu i uspješnost terapije očituje se u integraciji tj. identifikaciji sa otuđenim dijelovima sebe (poput ideja, emocija, ponašanja). Svjesnost uključuje mikrosvjesnost tj. svjesnost o određenom sadržaju (kroz terapiju osobe uče identificirati i prihvatiti svoje potrebe, preferencije, želje, emocije, vrijednosti), ali i svjesnost o procesu svjesnosti. Važan cilj geštalt terapije je da osoba osvijesti proces kojim ona ulazi u kontakt, proces formiranja i destrukcije geštalta. Svjesnost o svjesnosti ojačava sposobnost da se automatske navike dovedu u svjesnost i u terapiji se koriste fokusirana svjesnost i fenomenološko eksperimentiranje za pojašnjavanje, centriranje i isprobavanje novih ponašanja. Ta svjesnost znači da osoba zna što ona sama bira napraviti/ponašati se, te ima priliku preuzeti odgovornost za to. To dovodi da se osoba na kreativan način nosi sa životom u kojem se neprestano mijenja, raste i razvija se. Može se reći da je osnovni cilj geštalt terapije zrelost, rast i autonomnost (autentičnost i odgovornost) kroz povećanje svjesnosti. Zrelost se definira kao prebacivanje sa podrške okoline na unutarnju podršku i oslonac u sebi, čime osoba nije više ovisna o okolini i shvaća da sama može učiniti puno više nego što je prvotno mislila (Perls, 1969).

2.3. Kognitivno – bihevioralna terapija

Biheviorizam je teorijski pravac u psihologiji usmjeren na proučavanje opazivog ponašanja i prema kojemu je abnormalno ponašanje naučeno, jednako kao i druga ljudska ponašanja. Nastao je početkom dvadesetog stoljeća kao odgovor na strukturalizam eksperimentalnih psihologa kao što su Wilhelm Wundt i Edward Titchener. Njihov rad temeljio se na procesu introspekcije njihovih ispitanika, odnosno samoopažanju mentalnih procesa kroz koje su pokušavali otkriti sastavne dijelove iskustva i strukturu svijesti. Utemeljitelj biheviorizma John B. Watson (1878-1958.), psihologiju vidi kao potpuno objektivnu eksperimentalnu granu prirodnih znanosti koja za cilj ima predviđanje i kontrolu ponašanja, a introspekcija kao metoda koja je često davala proturječne podatke, prema njegovu mišljenju nema znanstvenu vrijednost (Davison i Neale 2002).

Kognicija je pojam koji objedinjuje mentalne procese opažanja, prepoznavanja, razumijevanja i mišljenja. Kognitivna paradigma usmjerena je na to kako ljudi strukturiraju svoja iskustva, kako im pridaju smisao, preoblikujući okolinske podražaje u upotrebljive informacije (Davison i Neale 2002). Kognitivni psiholozi smatraju da je proces učenja puno složeniji od pasivnog oblikovanja novih veza između podražaja i odgovora. Čak se i klasično uvjetovanje smatra aktivnim procesom kojim ljudi uče povezanost među događajima, a ne automatskim utiskivanjem veza među podražajima (Rescorla, 1988). Organizam koji uči uklapa nove informacije u organiziranu mrežu već pohranjenog znanja, koje se često naziva *shema*.

Sheme omogućuju pojedincu orijentiranje u vremenu i prostoru te interpretaciju iskustva na smislen način (Young i sur. 2001). Nove informacije se uklapaju u postojeću shemu ili, ako se informacije ne mogu uklopiti, organizam mijenja shemu tako da ona odgovara novim informacijama. Kognitivni psiholozi usredotočuju se na to kako ljudi aktivno tumače okolinske podražaje i kako tumačenje podražaja utječe na ponašanje (Davison i Neale, 2002).

Kognitivna terapija djeluje prije svega na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje. Bihevioralna terapija djeluje prvenstveno na ponašanje, a zatim i na kognitivne procese. Praksa je pokazala da se pojedine tehnike oba pristupa uspješno dopunjavaju. Zbog takvog sinergičnog djelovanja, a i zbog niza prednosti zajedničke primjene, ove se dvije terapije najčešće kombiniraju (Begić, 2013).

I u jednom i u drugom pristupu naglašena je potreba za empirijskim provjerama svih teorijskih koncepata i terapijskih postupaka. Uloga adolescenta je u oba pristupa aktivna, a odnos između adolescenta i psihoterapeuta suradnički. Evaluacija tretmana smatra se njegovim integralnim djelom (Anić, 2003).

Kognitivno – bihevioralna terapija je oblik psihoterapije koji naglašava važnost uloge mišljenja u onome što osjećamo i kako se ponašamo. Ovaj oblik je usmjeren na sadašnjost, kraćeg je trajanja, teži osposobljavanju korisnika za samostalno rješavanje problema usvajanjem vještina kroz terapiju. Kao zamjerka ove terapije može se navesti da umanjuje važnost emocija, nije usmjerena na istraživanje nesvjesnog i potisnutog sukoba, ne pridaje važnost prošlosti. Glavni cilj ove terapije je naučiti adolescente da upotrebljavaju kognitivne procese u rješavanju raznih problema u socijalnim interakcijama i kontrolu vlastitog ponašanja. Tretman se usmjerava

na točno određeno ponašanje koje je moguće opažati, mjeriti i mijenjati. Odabrano ponašanje treba biti dostupno opažanju i mjerljivo što znači da treba biti određen broj javljanja u određenoj jedinici mjerenja (Tadić, 2004).

Pored vanjskih, odnosno vidljivih ponašanja, predmet tretmana može biti i neko unutrašnje ponašanje, opsesivne misli, promjene srčanog ritma. Tradicionalno razumijevanje i tumačenje ličnosti govori kako u osnovi ličnosti postoje trajna stanja i relativno stabilne crte ličnosti, a ponašanje je samo vanjski pokazatelj koji je u njegovoj osnovi, gdje se veliko značenje daje prošlim događajima, a sadašnje stanje se smatra posljedicom njegovih prošlih iskustava. S kognitivno – bihevioralnog stajališta ličnost se opisuje sklopovima i međupovezanosti ponašanjem, a ne traga se za uzrocima ponašanja koji nisu dostupni opažanju. Ponašanje se smatra odrazom aktualnih podražaja u okolini koji mogu biti izvan organizma ili unutar organizma. Bihevioralno – kognitivni pristup naglašava važnost situacijskih okolnosti i njihov utjecaj na neko aktualno ponašanje. U procjeni ponašanja adolescenata treba voditi računa da je ono pred neprestanom kontrolom obitelji, škole i vršnjaka. Zbog toga se smatra neophodnim opažanje i mjerenje ponašanja provoditi u tim socijalnim sredinama. Kao i u svim ostalim pristupima i u kognitivno – bihevioralnom se naglašava potreba da se uvažavaju razvojni kriteriji. To znači da u svakom pojedinačnom slučaju treba razmotriti jesu li očekivanja i zahtjevi roditelja primjereni razvojnim mogućnostima adolescenata. Razmatranje tog aspekta problema omogućuje da se procijeni kome treba tretman (Tadić, 2004).

Bernard i Joice (1997) preporučuju postupak procjene u dvije etape:

1. *Identifikacija problema* – u svakom pojedinačnom slučaju odrasli iz okoline adolescenta imenuju problem na osnovi kriterija da je za njih neprihvatljivo i iritirajuće ponašanje adolescenta. Analizom se često pokazuje da identifikacija problema nije ista kao percepcija i procjena roditelja.
2. *Analiza problema* – usmjerava se na razne aspekte identificiranog problema: učestalost, intenzitet, trajanje, vrijeme javljanja odstupajućeg ponašanja, koje su osobe prisutne, koje su posljedice tog ponašanja, te koji su postupci ranije poduzimani u nastojanju da se problem otkloni. Nakon tako provedene procjene može se ustanoviti radi li se o problemu psihološke ili praktične prirode. Praktični problem je odraz teškoće da se riješi neki konkretan problem u svojoj okolini i obično ne zahtijeva tretman. Tretman je potreban

kada postoje problemi koji podrazumijevaju nefunkcionalne emocionalne reakcije uz neprilagođene reakcije izbjegavanja ili agresivnosti (Bernard i Joice, 1997, prema Tadić, 2004).

Klinička iskustva pokazuju da neki pojedinci imaju veću korist od bihevioralnih tehnika, dok drugi više profitiraju primjenom kognitivnih (Živčić-Bećirević, 2003).

U kognitivno-bihevioralnoj terapiji nije neophodno u svakom pojedinačnom slučaju kombinirati bihevioralne i kognitivne tehnike, ali je bitno naglasiti da se učinci terapije uvijek procjenjuju u ponašajnim terminima (Anić, 2003).

Zapaženo je i da bihevioralne tehnike postižu brže rezultate, a kognitivne tehnike dulje održavaju postignuto poboljšanje. Kombinirana primjena ovih modela dovela je do stvaranja moćnog i učinkovitog terapijskog koncepta u liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja (Begić, 2013).

2.4. Iskustva psihoterapeuta u radu s adolescentima

Do 1980-ih bilo je jako malo istraživanja na temu psihonalitičke terapije s adolescentima, a koja su se fokusirala na akademski uspjeh ili neuspjeh, odnose s vršnjacima i ponašanje. Prema Yalomu (1985), adolescent u sebi konstruira unutarnji svijet koji se može rekonstruirati kroz interakcije i odnose s drugima. U tom unutarnjem svijetu su odnosi roditelja, vršnjaka i drugih važnih osoba iz života adolescenta. Unutarnji svijet je jednako stvaran i jednako važan kao i vanjski.

Sukhodolsky i sur. (2004) proveli su meta-analizu u koju je uključeno 40 istraživanja ishoda tretmana kognitivno – bihevioralnih programa namijenjenih radu na osjećaju ljutnje i agresivnosti kod adolescenata. U ovim istraživanjima sudjelovalo je ukupno 1953-oje 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 psihoterapije. Evaluirani tretmani su bili kratki, između 8 i 18 seansi. Prosječna veličina učinka tretmana u istraživanjima uključenima u meta-analizu u rasponu je srednjih vrijednosti. 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, multimodalni tretman (tretman u kojem je uključen i roditelj), rješavanje problema i afektivna edukacija.

Kod adolescenata s izrazito jakim poremećajem ponašanja, pokazalo se da intenzivno uvježbavanje tehnika rješavanja problema značajno poboljšava njihovo ponašanje. Rezultati meta-analize Robinsona i sur. (1999) koja je uključivala 23 istraživanja pokazuju da je veličina učinka na eksternalizirane ponašajne probleme $\eta^2 = 0,64$, pri čemu 88 % istraživanja govori o pozitivnim rezultatima. Terapija u kojoj roditelji sudjeluju kao koterapeuti dovodi do najvećih i najtrajnijih poboljšanja u ponašanju djeteta u usporedbi s intervencijama usmjerenima samo na adolescenta. Kod mlađih adolescenata uključivanje roditelja kao koterapeuta povećava učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) te dolazi do smanjenja agresivnosti i drugih eksternaliziranih ponašanja, a poboljšavaju se strategije rješavanja konflikata. Od dugoročnih ishoda uključivanje roditelja u KBT smanjuje delinkvenciju i poboljšava izvršavanje školskih obveza i četiri godine nakon terapijskih intervencija. Ovi podaci upućuju na važnost provođenja KBT s adolescentom s roditeljem. Međutim, važno je istaknuti i da se u najvećoj mjeri pozitivne promjene ponašanja mogu postići u mlađe djece, ispod osam godina, kod kojih nisu prisutni izrazito teški problemi ponašanja (Esau i Conratt, 2006).

Istraživanja govore u prilog značajnom napretku u intelektualnom aspektu socijalne inteligencije, ali i kognitivnog razvoja osoba nakon provedene geštalt terapije. Potičući tjelesnu svjesnost putem iskustva vlastitog tijela, njegovih funkcija i ograničenja, receptivnog i ekspresivnog potencijala potiče se razvoj praktične inteligencije, pogotovo u odnosu na samostalnost, tjelesni razvoj opisan kroz perceptivne i motoričke sposobnosti, komunikaciju i socijalizaciju.

Osnovni cilj ovakve terapije je razvoj osobe i samoostvarenje u osobnom životu i životu zajednice. Njezini se rezultati očituju u većoj spontanosti osobe, što omogućuje bolje izražavanje vlastitih osjećaja i razumijevanje vlastitih potreba te osjećaja drugih. Težiti samoostvarenju znači dosegnuti sam vrh Masowljeve piramide potreba. Stoga se ova vrsta terapije može primijeniti i kod osoba bez posebnih poteškoća bilo u psihosocijalnom, kognitivnom ili fizičkom razvoju (Žic, Nikolić, i Igrić, 1997).

3. METODOLOGIJA

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo pet psihoterapeutkinja prosječne dobi od 38 godina. Sve učesnice su iz BiH i bave se psihoterapijskim radom s adolescentima. Tri učesnice bave se geštalt psihoterapijom, jedna kongitivno – biheviornom, dok je jedna učesnica dječja, adolescentna i porodična psihoterapeutkinja.

3.2. Instrumenti i procedura

Za potrebe ovog istraživanja osmišljen je polustrukturirani intervju koji je sadržavao sedam pitanja. Postavljena pitanja su formirana nakon istraživanja dostupne literature kako bi se provjerilo postoji li razlika između teorije i iskustava sudionika ovog istraživanja (prilog).

Istraživanje se provelo putem Skype-a. Na početku svakog intervjuja učesnicama je objašnjena svrha intervjuja. Sve učesnice su bile empatične, otvorene i spremne za razgovor.

3.3. Zašto smo se odlučili za kvalitativnu metodologiju?

S obzirom na istraživački problem korištena je kvalitativna metodologija kojom se želi postići dublji uvid i razumijevanje pitanja koja su predmet istraživanja. Ovim radom se nastojalo odgovoriti na pitanja što je adolescencija, koji su razvojni zadaci i karakteristike adolescencije, koji su pristupi i specifičnosti psihoterapijskog rada s adolescentima i kakva su iskustva psihoterapeuta u radu s adolescentima.

Cilj istraživanja je bio zabilježiti iskustva sudionika te provjeriti slažu li se s onim što smo pronašli u teoriji. Kroz iskustva sudionika se nastojalo odgovoriti na pitanja zašto su određene varijable povezane te uz pomoć kojeg mehanizma utječu jedna na drugu. Za kvalitativna istraživanja karakterističan je manji uzorak. Manji, nereprezentativni uzorak ne dopušta uopćavanje ali omogućuje dublju analizu. Za kvalitativno istraživanje bitno je i to da istraživač svojom vlastitom perspektivom utječe na tumačenje.

4. REZULTATI

Odgovore sudionica smo grupirali u nekoliko tema: karakteristike psihoterapijskog rada sa adolescentima, najčešći razlozi zbog kojih adolescenti dolaze na psihoterapiju, prednosti i nedostaci rada sa adolescentima, razlike u psihoterapijskom radu sa adolescentima i odraslim, prevencija psiholoških poteškoća u adolescenciji, te ćemo ih detaljnije prikazati u nastavku.

Karakteristike psihoterapijskog rada sa adolescentima

Pitali smo psihoterapeutkinje o učestalosti rada sa adolescentima i načinu javljanja adolescenata na psihoterapiju. Kada je u pitanju učestalost rada, dobili smo sljedeće odgovore:

„Obzirom da sam zaposlena u srednjoj školi, svakodnevno radim s adolescentima“
(Morena, kognitivno – bihevioralni terapeut).

„Dok sam radila u Asocijaciji XY, radila sam svakodnevno sa adolescentima (8 godina). Danas radim dva puta sedmično otprilike „(Zvezdana, geštalt psihoterapeutkinja).

„Pa sa adolescentima radim vrlo često. Ima dosta dolescenata, rekla bih sigurno 50%, to mi je nekako najdraži dio, draže nego rad s manjom djecom, adolescenti su mi draga populacija s kojom radim“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Sa adolescentima radim na redovnoj osnovi, sedmično više njih viđam u svojoj psihoterapijskoj praksi (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

Uvijek imam po nekoliko adolescenata u psihoterapijskim sesijama, i rad s adolescentima je nešto s čime sam ja dugo godina povezana i usmjerena. S adolescentima sam radila savjetovanja i prije psihoterapije tako da imam sigurno 15 godina iskustva rada s adolescentima (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Iz odgovora sudionika zaključujemo kako imaju dugogodišnje iskustvo s adolescentima.

Sljedeće pitanje odnosilo se na to kako se adolescenti javljaju psihoterapeutima, kako saznaju za njih, dolaze li preporuci i slično. Dobili smo sljedeće odgovore:

„Adolescenti dolaze po preporuci svojih profesora, ali najčešće se sami javljaju. Razlog tome je što se kroz rad i predstavljanje u školi trudim svim učenicima objasniti ulogu i zadaće psihologa, normalizirati potrebu za razgovorom sa stručnom osobom. A s druge strane, kada od prijatelja koji su bili u tretmanu čuju reakcije dobiju dodatnu hrabrost da se jave. Neki na taj način dobiju ideju da se mogu javiti i porazgovarati s nekim tko može biti objektivan i tko ih neće osuđivati“ (Morena, kognitivn – bihevioralni terapeut).

„Dolaze na dva načina, nekad po preporuci za organizacije u kojima radim ili sam radila (Asocijacija XY ili Fondacija krila nade), a nekad traže mene lično po preporuci drugih osoba“ (Zvezdana, geštalt psihoterapeutkinja).

„Adolescenti dolaze po preporuci. Imam facebook stranicu i web stranicu. Nekada me nađu na internetu, ali kako sam od 2006. u psihoterapiji onda većinom dođu po preporuci. Znači adolescenti većinom dolaze po preporuci. Kako se kaže od usta do usta“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Obzirom da imam privatnu psihoterapijsku praksu adolescenti kod mene uglavnom dolaze po preporuci, odnosno tako što su u potrazi za psihoterapijom. Najčešće su odrasli iz njihove okoline ti koji zahtijevaju i očekuju promjene, bilo da su to promjene u ponašanju, neki sukobi ili nesuglasice“ (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

„Adolescenti uglavnom dolaze po nagovoru roditelja. Djeca su uvijek tu na milost ili nemilost roditelja. Roditelji se uvijek prvi jave kako bi dijete ušlo u psihoterapijsku sesiju. Međutim, ponekad se dešava da stariji adolescenti sami kažu kako im treba da s nekim porazgovaraju, da žele, i ako roditelji prepoznaju da im treba dovedu ih. Tako da ima situacija kada adolescenti sami traže stručnu pomoć, nekako su svjesni da im je potrebna pomoć, ali vrlo često roditelji se prvi jave zato što zabrinu se zbog ocjena u školi, ili ako se desi da se dijete povuče, ili ako adolescent ima nekih problema, tipa nasilno ponašanje, konfliktne situacije. U zadnju godinu daan, u vrijeme pandemije, roditelji gledaju na to kako djeca prolaze na period

izolacije, i pandemijske situacije, te su svjenski da im je zdravlje poprilično ugroženo. I kontaktiraju psihoterapeute kako bi pomogli djeci“ (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Prema odgovorima sudionika istraživanja možemo vidjeti kako adolescenti na psihoterapiju dolaze uglavnom po preporuci, i to po preporuci profesora ili roditelja. Uglavnom su roditelji ti koji zatijevaju i očekuju neke promjene kod svoje djece.

Najčešći razlozi zbog kojih adolescenti dolaze na psihoterapiju

Sljedeće pitanje odnosilo se na probleme zbog kojih se adolescenti najčešće javljaju za psihoterapiju. Također smo željeli znati kako te razloge tumače psihoterapeutkinje:

„Adolescenti se najčešće javljaju zbog niskog samopoštovanja, depresivnog raspoloženja, anksioznosti, loših međuljudskih odnosa, složenih obiteljskih situacija, ljubavnih problema. U vrijeme adolescencije karakteristična je prisutnost nesigurnosti i potreba da nas drugi prihvaćaju i da im se sviđamo. Adolescenti brinu i o rezultatima svog rada, često misle da ne mogu odgovoriti na mnogobrojne zahtjeve okoline. Nemaju realnu sliku o sebi, svome fizičkom izgledu, kvalitetama, te ako uz to komentare drugih shvaćaju na negativan način i usmjeren ka njima, njihovo nisko samopoštovanje i samopouzdanje dolazi do izražaja. Smatram da velik dio problema ima svoje korijene i u neadekvatnom roditeljskom stilu, roditelji su popustljivi, ne provode kvalitetno vrijeme s djecom, ne kontroliraju aktivnosti i slično. Roditelji popustljivim stilom i novcem kompenziraju to što su odsutni u odnosu. S druge strane, adolescenti jako puno vremena provode koristeći društvene mreže, koje mogu stvoriti nerealne ideale, a kako nemaju izgrađen sustav vrijednosti ne mogu kritički procjenjivati sve ono što im se prikazuje“ (Morena, kognitivno – bihevioralni terapeut).

„Uglavnom je u pitanju ljubavna i seksualna tematika, slika o sebi, vršnjačko nasilje ili nasilje i problemi u porodici. Moje profesionalno, ali i lično mišljenje je da su mnogi roditelji pod velikim pritiskom današnjeg života, neki imaju PTSP sindrom (post traumatski stresni sindrom) na kojem se nije radilo ili ne dovoljno. Sve ovo ima veliki uticaj na djecu i njihove

vršnjake. Kada govorimo o ljubavi i seksualnosti to su godine kad je sasvim prirodno da to bude fokus kod adolescenata“ (Zvezdana, geštalt psihoterapeutkinja).

„Nekada su problemi adolescenata adolescentna kriza, problem prilagodbe, neslaganje sa vršnjacima ili neadekvatni odnosi u porodici, neki socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja. Djeca koja su imala neki zdravstveni problem pa imaju neko depresivno stanje, odnosno depresivnost, nekada konzumenti psihoaktivnih supstanci, pa u vezi toga popratni problemi, mladi koji prolaze kroz konfliktne razvode s roditeljima, tako da su vrlo različite teme. U posljednje vrijeme ima dosta mladih koji su povučeni, nedostaje im socijalnih vještina, imaju probleme interakcije. Različit je svaki adolscenc. A kako sam prije radila sa ovisnicima javljaju se i roditelji ovisnika. Uvijek su uz ovisnost i neki drugi problemi“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Odrasli, najčešće roditelji ili škola su ti koji zahtijevaju ili traže podršku za adolscence, bilo da su zabrinuti za njihovo ponašanje ili kada su u situaciji da nisu u dobrim odnosima ili postoje poteškoće u uspostavljanju pravila, granica ili onoga što odrasli oko njih misle da treba da urade. Neki od adolscenata i sami iskažu potrebu za psihoterapijskom podrškom. To je najčešće u njihovom istraživanju identiteta, onoga što im se dešava, odnosa u kojima se nalaze ili kada je u pitanju simptomologija najčešće zbog depresivnih i anksioznih simptoma i poteškoća sa kojima se mladi danas nerijetko susreću“ (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

„Najčešće teme s kojima dolaze adolescenti su teme rasta i razvoja, pitanje identiteta. U adolescentim godinama najčešće bude pitanje nasilja u školi, nekad se desi da krenemo s padom ocjena, pa do nasilja u porodici. Bude i tema o odnosima u porodici. Pored rada s adolescentom ponekad ide i savjetodavni rad s roditeljom i osnživanje roditeljskih kompetencija“ (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Iz odgovora sudionika saznajemo kako su najčešći problemi adolescenata anksioznost, depresivnost, nisko samopoštovanje, neslaganje sa vršnjacima ili problemi i nesuglasice u porodici. Svi ti problemi zahtijevaju pozornost. Mladima je potrebno da znaju i da osjete da su

voljeni, da imaju podršku u porodici, i da o svojim problemima mogu otvoreno razgovarati sa roditeljima, bez straha da će biti ismijani ili poniženi.

Prednosti i nedostaci rada sa adolescentima

Kada smo pitali psihoterapeutkinje o prednostima i nedostacima njihovog rada sa adolescentima, dobili smo sljedeće odgovore:

„S adolescentima je izazovno raditi baš zbog njihove nesigurnosti, a često i nerealnih očekivanja. Također, ukoliko nisu punoljetni rad s njima zahtjeva uključivanje roditelja na što adolescenti ne reaguju uvijek najbolje. Situaciju otežava ako adolescent ima ozbiljnijih problema, a roditelji se ne žele uključiti ili odbijaju prihvatiti da i kod njih mora doći do nekih promjena. Ne prihvaćaju ulogu ko-terapeuta. Dobre strane rada s adolescentima je to što su rano prepoznali da se ne osjećaju dobro i da im treba pomoć, te kao mladi mogu usvojiti tehnike i obrasce koji bi im mogli pomoći i u nekim drugim situacijama tijekom života. Također je odlično to što im je ponekad samo potreban razgovor sa objektivnom i podržavajućom osobom koja ih sluša“ (Morena, kognitivno – bihevioralni psihoterapeut).

„Kod ove populacije se sve brzo dešava i brzo dolazi i do raznih promjena. Adolescenti u skladu sa prirodom tih godina skoro sve doživljavaju intenzivnije i više nego odrasle osobe. Prije će oni uraditi nešto destruktivno ili autodestruktivno u afektu ili impulsivno nego da će razmisliti o tome. Lijepo je biti s njima u tim burama i olujama, ali su izazov te brze promjene i burne reakcije“ (Zvezdana, geštalt psihoterapeutkinja).

„S adolescentima je uzbudljivo raditi, zanimljivi su, kreativni su, uvijek imaju nešto da kažu. S druge strane, nekad je opterećenje s njima raditi, ako se radi o depresivnim adolescentima, o adolescentima koji su pokušali suicid, ali adolescentima koji sami sebe režu. Adolescenti su izazovni, jer treba uključiti roditelje u tretman. Raditi s adolescentima, znači raditi s roditeljima. Roditelji su najčešće problem od kojega sve polazi. Teže je raditi s roditeljima, jer ne priznaju problem. Roditelji su dosta nekritični. Kada radim s roditeljima i djecom, mnogo teže je raditi s roditeljima, jer oni misle da dijete ima problem, a ne dijete.

Dovedu dijete da ga mi popravimo. Naš zadatak je da motiviramo adolescente i da ih ne tretiramo, jer ćemo ih izgubiti iz tretmana“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Adolescencija je sama po sebi izazovan period. Za svakog mladog čovjeka to je period u kojem sazrijeva tjelesno, psihički, preispituje ono što mu je do tada dato kroz roditeljsku ulogu, autoritete, školu, okolinu. Bave se svojim emocionalnim, seksualnim, intelektualnim aspektima razvoja identiteta. I to nerijetko nije lagan zadatak. Često imaju potrebu da to sagledaju drugačije ili su u sukobu sa okolinom kako bi to trebalo ili moglo da izgleda. Različite poteškoće se javljaju i u vezi sa autoritetom, okolinom, prilikama u kojima su adolescenti do tada odrastali, onoga što im se aktualno dešava, unutrašnje i vanjske podrške i sve ono što određuje njihov kontekst, život, obrazovanje, socijalni život, sigurnost. Poteškoće i tretman ovise o puno faktora, a psihoterapija je način gdje mogu dosegnuti neku razinu svjesnosti što i kako im se dešava i što mogu učiniti u vezi s tim. Rad s adolescentima je zanimljiv, uzbuđljiv, dinamičan i to su dobre strane rada s adolescentima. Adolescenti ne daju da budemo statični, pokreću nas. Nelagane stvari u radu s adolescentima, je zapravo prvo to što to nisu oni koji traže podršku u velikom broju slučajeva, nego je to okolina, roditelji ili škola, koji žele neku promjenu, očekuju je ili zahtijevaju. Ono što je izazovno u radu s adolescentima, slično kao i u radu s djecom je da nemaju potpunu kontrolu, odnosno često gotovo nikakvu nad okolinskim faktorima. Najčešće mogu odlučiti hoće li ili neće ići na psihoterapiju, ne mogu promijeniti obiteljski kontekst, kada okolina nije ta koja im pruža podršku, kada odnosi u obitelji nisu zadovoljavajući ili su štetni po njih. Na puno toga ne mogu da utječu i moraju negdje da grade unutrašnje kapacitete samorazumijevanja i podržavanja kako bi onda djelom utjecali na svoju okolinu i gradili sebe na tom putu ka odraslosti „ (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

„Adolescenti su kreativni, zanimljivi, radoznali. S njima je vrlo zanimljivo raditi. Otvoreni su za propitivanja svijeta. I ukoliko se napravi dobar psihoterapijski savez, jako su zahvalni za suradnju. Izazovi s adolescentima ovise od senzibiliteta i volje od roditelja da ih dovedu. Roditelji imaju pravo da odluče u kojim uslovima će njihovo dijete rasti. S roditeljima je važno razgovarati da razumiju da psihoterapeuti žele najbolje za dijete“ (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Iz prethodno navedenih odgovora saznajemo kako je s adolescentima uzbudljivo raditi. Adolescenti imaju uvijek nešto reći. Izazov su njihove promjene i brze reakcije. Adolescenti kao i svi drugi ljudi koji žele, mogu prepoznati iskrenost i autentičnost psihoterapeuta, potrebno im je da psihoterapeute vide i dožive kao ljude, ljude koji osjećaju, pate, griješe. Tek tada i oni mogu biti slobodni i otvoreni u radu s psihoterapeutom.

Razlike u psihoterapijskom radu sa adolescentima i odraslim osobama

Pitali smo psihoterapeutkinje koje su ključne razlike kada porede rad sa adolescentima i odraslim osobama. Odgovorile su sljedeće:

„Odrasle osobe su svjesnije svojih problema i rad s njima ne mora uključivati druge osobe, pa samim tim terapijski proces može biti jednostavniji“ (Morena, kognitivno – bihevioralni terapeut).

„Odrasle osobe će uglavnom malo razmisliti o situacijama i reakcijama. Lakše će odrasla osoba biti strpljiva i malo razumnija. Kod adolescenata je potrebna velika fleksibilnost i sigurne granice u isto vrijeme. To sam ja uočila kao glavne razlike u radu“ (Zvezdana, geštalt psihoterapeut).

„Najčešće roditelji tjeraju adolescente na tretman, odrasle osobe dolaze svojom voljom, motivirano i svjesno da imaju problem. Adolescenti koji dolaze na tretman najčešće ih roditelji dovuku na tretman. Najčešće ostaju. Ima adolescenata koji dolaze na svoju inicijativu. Ali ima nešto zakonski. Ako su adolescenti maloljetni mi ne možemo raditi sa njima, moramo uključiti i roditelje, moramo ih nagovoriti da uključimo i roditelje, ne smijemo zakonski. A ako nam se javi adolescent od 20 godina možemo raditi s njim, bez znanja roditelja. Današnji adolescenti su djeca boraca iz rata, PTSP dijagnosticiran ili nedijagnosticiran. Naše porodice imaju jako puno zloupotrebe alkohola u porodici, 80% alkohol uzrok nasilja u porodici, zatim rat, tranzicija... adolescenti su povezani sa makrosredinom. Djeca su mentalno najzdravija, ali zbog simptoma koje pokazuju često se dovode kao identificirani pacijenti u tretman, zato što prvi reagiraju na

ono što nije adekvatno. I ja to kao porodični terapeut znam jer radim sa porodicom, i cilj mi je raditi sa porodicom i baviti se sa roditeljima, a ne samo djecom“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Razlika u radu s adolescentima u odnosu na rad s odraslim je razvojna faza u kojoj se adolescent nalazi. Velik broj njih su maloljetni, ali ima i onih koji su punoljetni u razvoju. Njihov mozak je neuroplastičan. Suočavaju se sa specifičnim izazovima s kojima se odrasli ne suočavaju. Zavise od okoline, škole, roditelja, autoriteta. Na umu je najvažnije imati te razvojne karakteristike. U odnosu na odrasle rad s adolescentima je drugačiji jer pruža više prilika za rast, razvoj, učenje. Pruža im se druga šansa u odnosu na neke druge razvojne faze iz djetinjstva“ (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

„Prije svega imamo imamo zakonske i etičke razloge. Kada su adolescenti maloljetni moramo surađivati s roditeljima. S adolescentima kada radimo možemo da koristimo sve tehnike kao i s odraslima. Svaki adolescent je drugačiji i moramo naći kako da terapija bude smisljena. Koristimo razne tehnike, kroz pokret, kroz fantaziju, ne mora biti kroz razgovor. S adolescentima je vrlo zahvalno raditi i naravno ono propituju svijet, propituju sebe, dosta su zahvalni za psihoterapiju“ (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Iz odgovora psihoterapeutkinja vidimo kako postoje razlike u mišljenjima psihoterapeuta u radu s odraslim i adolescentima. Neke psihoterapeutkinje matraju kako su odrasle osobe svjesnije svojih problema, dok druge smatraju kako je s adolescentima uzbudljivije raditi jer se suočavaju sa specifičnim izazovima. U odnosu na odrasle osobe pruža im se više prilika za rast i razvoj. I postoji razlika u radu, ako je riječ o maloljetnom adolescentu, onda psihoterapeuti u psihoterapijski rad trebaju uključiti i roditelje, zakonski ne mogu drugačije.

Prevenција psiholoških poteškoća u adolescenciji

Posljednje pitanje odnosilo se na preventivne mjere za probleme adolescenata te ulogu društva, zajednica i obitelji u preveniranju njihovih psiholoških poteškoća. Evo šta su psihoterapeutkinje odgovorile:

„Ako bi se mogle gledati mjere koje bi se mogle poduzeti na nekim većim nivoima, onda bi to svakako bilo prikladnije radno vrijeme roditelja. Na taj način bi roditelji mogli više vremena biti posvećeni svojoj djeci uz naglasak na kvalitetno provedenom vremenu. Smatram da je potrebno da djeca i roditelji kroz različita predavanja i radionice budu upoznati o važnosti brige za mentalno zdravlje, roditeljskom stilu i njegovom utjecaju na formiranje ličnosti (s naglaskom na važnost učenja po modelu - pa da roditelji budu primjer svojoj djeci), kvaliteti slobodnog vremena, utjecaju medija... Nužan je kvalitetan rad centara za mentalno zdravlje, te zapošljavanje psihologa u osnovnim i srednjim školama. Na taj način bi se mogla ranije detektirati odstupajuća ponašanja i intervencija bi bila daleko uspješnija“ (Morena, kognitivno – bihevioralni terapeut).

„S obzirom da su adolescenti uglavnom puni energije i pomalo buntovni, mislim da je dobro da se aktivno (na način kako kome odgovara) uključe u razne programe vršnjačke podrške i prevencije npr. nasilja, spolno prenosivih infekcija, kao i neke kreativne radionice i programie. Društvo i porodica mogu puno pomoći da ih svi podržimo u tome da istraže i vide u čemu su dobri i najbolji. Tada ih možemo podržati i biti vjetar u leđa da rašire svoja krila prema visinama koje ih zovu“ (Zvezdana, geštalt psihoterapeut).

„Porodica je osnovna što se tiče djelovanja adolscenata, podržavanjem roditelja u njihovom roditeljstvu, savjetovališta na početku braka, osnaživanje partnerskih veza. Djeca trebaju biti zdravija, važno je prepoznati talente djece i adolescenata, i usmjeriti ih na određeni prostor, muzika ili sport, jer znamo da na adolescente djeluju i vršnjaci. Treba podržati dijete da ostvari svoje potencijale, da nađe sredinu koja je korisna, odnosno vršnjake koji će biti dobar model, odnosno uzorak. Kada djeca razvijaju unutrašnje vrijednosti, razvijaju i svoje talente, ako su okrenuti medijskom komercijalizmu nikada ne mogu dosegnuti ono što žele, uvijek će netko imati bolji mobitel, netko će biti ljepši od mene, to nisu djeca koja će stvarati samopoštovanje na odnos onoga što imaju, nego na odnosu materijalnih stvari koje su prolazne, promjenjive i teško se natjecati djeci u tome, a ne bi trebali, a radi se to dosta“ (Đana, geštalt, porodična, dječja i adolescentna psihoterapeutkinja).

„Prevenција poteškoća iz oblasti mentalnog zdravlja ne bi smjela početi u adolescenciji. Ako tada počne to je prekasno. Prekasno je da se sjetimo razgovarati s adolescentima kada postanu adolescenti, prevencija počinje ranije. Za prevenciju poteškoća iz oblasti mentalnog zdravlja u doba adolescencije je važna prilika djeci da prije adolescencije negdje razvijaju kritičko mišljenje, samopouzdanje, sustave podrške, socijalne vještine su važne stvari jer to predstavlja put od djetinjstva preko adolescencije do odraslosti, tako da je nemoguće preskakati faze i očekivati da budu odrasli i da nema poteškoća. Prevencija u najširem smislu znači prilagođavanje svih prostora i konteksta i mikrozajednice kojima adolescenti pripadaju, a to su najviše obitelj i društvo. Prilagođavanje adolescenata na način da ih razumijemo, čujemo, slušamo, pratimo njihovu razvojnu potrebu a to je separacija i osamostaljenje. To i dalje uključuje granice i ljubav, ali treba nuditi prilike za samostalnost i uskladiti razvoj kompetencija u svim poljima“ (Selma, geštalt psihoterapeutkinja).

„Preventivne mjere su briga za dijete i adolescenta, i uvijek apelujemo na dobre odnose s porodicom, koji se grade odmalena. Treba se širiti na krug prijatelja, škole, fakulteta. Adolescent treba imati osobu s kojom će ispitivati svoje emocije, svoje misli, Treba imati grupu vršnjaka da vidi da i oni prolaze kroz slične faze. Treba imati mogućnost podrške. S adolescentima je bitno pričati o načinu kako se upravlja emocijama, o tome na koji način prepoznamo svoje potrebe, kako ih negujemo, poštujemo. Ovaj period je uvijek pun neizvjesnosti i upoznavanja. Preventivno jest za početak da se normalizuju emocije i da se priča kako je to period promjena nekih, treba tražiti sistem podrške, ispitivati neke interese. Obitelj zaista ima važnu ulogu, oni su im prva karika u sistemu podrške. Adolescenti su vrlo često izolovani iz svoje lokalne zajednice, često se nalaze u internet prijateljstvu. Postaje im važan virtualni identitet. Treba tražiti kvalitetnu podršku i mrežu ljudi koji bi bili tu za adolescente kako bi najbolje mogli da iznjeguju svoje resurse i kapacitete“ (Mirjana, geštalt psihoterapeutkinja).

Iz odgovora možemo zaključiti da mladi danas odrastaju okruženi brojnim rizicima, a obitelj, škola i društvo u cjelini sve manje uspijevaju pozitivno kompenzirati djelovanje takvih negativnih utjecaja. Stoga je nužno pokrenuti nove protektivne mehanizme usmjerene na osnaživanje djeteta i njegove okoline, prije svega u obitelji. Mladi su danas, više nego ikada prije, u svom odrastanju opterećeni brojnim rizicima, priklanjaju se i preuzimaju različite rizične životne stilove i ponašanja. Razdoblje adolescencije vrijeme je kada se odgovarajućim

postupcima i preventivnim mjerama može utjecati na usmjeravanje takvih modela ponašanja prema društveno prikladnim oblicima. Uspostavljanje intenzivnih odnosa s vršnjacima i razmjena iskustava često same po sebi imaju terapijski značaj ako je njihov produkt konstruktivan, te ujedno potiče mladu osobu na psihološki pozitivan rast i razvoj, te podizanje razine svijesti na kvalitetniju razinu. Intenzivno učenje kroz različite grupe predmeta im pomaže u shvaćanju i boljem upoznavanju ljudske biološke, socijalne, društvene prirode. Adekvatno upoznavanje sa svojim tijelom, prirodom seksualnosti i načinima kontracepcije, povećava razinu njihove odgovornosti za vlastito tijelo i seksualno ponašanje. Značajnu kariku u primarnoj prevenciji ovdje čine profesionalci koji nude savjetovanja, psihoterapiju, grupe podrške što može značajno smanjiti rizik od pojave razvijenog psihičkog poremećaja u odrasloj dobi. Porast suicidalnog rizika u srednjoj i kasnoj adolescentnoj dobi je potaklo interes za razvoj preventivnih programa koji smanjuju autodestruktivno ponašanje. Isticanje važnosti bavljenja sportom ili rekreativnim tjelesnim aktivnostima, pravilnom načinu prehrane, te mentalnom i somatskom higijenom potiče razvoj zdravih životnih navika što ima multidimenzionalno preventivno djelovanje. Poticanje na ostvarivanje sportskih uspjeha ili usavršavanje u manualnim vještinama, reducira antisocijalno ponašanje akademski manje uspješnih adolescenata.

5. DISKUSIJA

Kako bi se stekao dublji uvid u problematiku rada psihoterapeuta s adolescentima korištena je kvalitativna metodologija. Predmet kvalitativnih istraživanja uvijek su ljudi. Oni trebaju biti polazište i cilj samog istraživanja. Cilj kvalitativnih istraživanja je stjecanje znanja i razumijevanje bez polaznih pretpostavki.

Glavni nedostatak ovog istraživanja je što je u njemu sudjelovalo pet osoba. Mali, nereprezentativan uzorak ispitanika ne dopušta generalizaciju. Sudionici ovog istraživanja bili su različite dobi, u rasponu od 33 do 43 godine, ali su imali slična iskustva u radu s adolescentima.

Što se tiče prvog pitanja na koje se trebalo odgovoriti u ovom radu ono se svodi na teorijski dio. Adolescencija je prijelazni period između djetinjstva i odrasle dobi, te označava promjene u izgledu, načinu mišljenja i socijalnim situacijama. Početak adolescencije određen je biološkim promjenama tj. stjecanjem spolne zrelosti (oko 12. godine). Kraj je određen socijalnim čimbenicima i teže ga je definirati jer se razlikuje od kulture do kulture, ali lociramo ga negdje do 20. godine života (Lugomer-Armano, 2000).

Više nego bilo koji drugi period života, adolescencija je određena složenim međuodnosom bioloških, psiholoških i socio-kulturalnih čimbenika. U ovom periodu dolazi do značajnih promjena fizičkog izgleda, spolnog sazrijevanja i stjecanja spolnog, tjelesnog i osobnog identiteta, društvenih i moralnih normi u ponašanju, osamostaljivanja i preuzimanja odgovornosti. Promjene u tim područjima događaju se tijekom cijelog života no u adolescenciji su one najizraženije. Biološke promjene vezane su s fiziološkim promjenama odnosno lučenjem hormona. To je period naglih fizičkih (bioloških) promjena uvjetovanih djelovanjem hormona u kojem dolazi do porasta visine i težine, razvoja mišića, sazrijevanja reproduktivnih funkcija, ali i razvoja sekundarnih spolnih karakteristika (Lugomer Armano, 2000).

Dolazi i do razvoja kognitivnih sposobnosti. Adolescenti su sposobni razmišljati i o mogućim stvarima, a ne samo o realnim i konkretnim. Razvija se apstraktno mišljenje, te se raspravlja o apstraktnim sadržajima kao što su religija, ljubav, smisao života te se razvija logika. Jedan od bitnih zadataka adolescencije je i razvoj identiteta. Identitet označava doživljaj vlastitog «ja», pojam kojeg pojedinac ima o samom sebi i kontinuiranom postojanju vlastite ličnosti čije se bitne karakteristike ne mijenjaju s obzirom na vrijeme, mjesto ili situaciju u kojoj se nalazi (Petz i sur., 1992).

Razvoj identiteta uključuje usvajanje smislenog pojma o sebi pri čemu su prošlost, sadašnjost i budućnost povezane u skladnu cjelinu. Dolazi do promjene predodžbe o sebi da bi se prihvatile promjene u adolescenciji, i to u fizikčom izgledu, biološkoj zrelosti, kognitivnom funkcioniranju, socijalnoj snalažljivosti. Traži se odgovor na pitanje tko sam, otkud dolazim i kamo idem. Najvažnije promjene u socijalnim odnosima događaju se u odnosu s roditeljima te u odnosima s vršnjacima. Adolescenti moraju prihvatiti vrijednosti i obaveze svijeta odraslih, otkriti koje su njihove mogućnosti i što sve mogu učiniti, a istovremeno moraju stvoriti vrste veze s djevojkama i mladićima svojih godina, biti prihvaćeni i poštovani od svojih vršnjaka zbog onog što jesu. Ovi zadaci nisu laki ni jednostavni i ne događaju se u vakuumu (Papalia, Olds i Feldman, 1998).

Drugo istraživačko pitanje odnosilo se na najčešće psihoterapijske pristupe u radu s adolescentima. Naše sudionice su većinom geštalt psihoterapeuti, i stoga ćemo se ovdje osvrnuti na geštalt psihoterapiju.

Geštalt psihoterapija se često koristi kod adolescenata s neurozama odnosno anksioznim poremećajima, kod adolescenata s poremećajima ličnosti, posebice s narcističkim i borderline poremećajem ličnosti, te kod osoba s problemima ovisnosti o alkoholu i drogama. Geštalt terapija se pokazala korisna i u sklopu kriznih intervencija (Kirchner, 2000).

Osnovna načela gestalt psihoterapije su da je čovjek sastavni dio okoline u kojoj živi i u kontaktu s okolinom konstantno doživljava i zadovoljava različite potrebe kroz proces organizmičke samoregulacije. U gestalt terapiji glavni je fokus na kontaktu i svjesnosti, na onome što se događa sada i ovdje, pomaganju osobi da postane svjesna što i kako radi kako bi zadovoljila svoje potrebe, što može promijeniti te kako prihvatiti i poštivati sebe i postići veći stupanj integracije. U terapijskom procesu od ključne je važnosti razvijanje Ja-Ti odnosa, učenje kroz iskustvo i istraživanje, poticanje odgovornosti za sebe, rad s klijentovim otporima. Geštalt pomaže da se istraže i otkriju obrasci koje smo kreirali i koji su još uvijek aktivni te kako utiču na sadašnji život osobe. Geštalt psihoterapeut podržava klijenta da nađe nove i kreativnije načine da riješi problem ili krizu sa kojom se suočava (Joyce i Sills, 2009).

Treće istraživačko pitanje odnosilo se na iskustva psihoterapeuta u radu s adolescentima. Iz odgovora sudionika saznajemo kako su problemi adolescenata uglavnom anksioznost,

depresivnost, nisko samopoštovanje, neslaganje sa vršnjacima ili problemi i nesuglasice u porodici. Svi ti problemi zahtijevaju pozornost.

Iz dostupne literature saznajemo kako su adolescenti sami po sebi relativno zdrava i minimalno ugrožena populacija, no uzroci mortaliteta ili pak značajnih ozljeda u ovom razdoblju su razne nezgode, samoubojstva, nasilni sukobi te posljedice korištenja alkohola (Petras i Sloboda, 2014).

Isto tako, ovo razvojno razdoblje obilježava i usvajanje nezdravih navika poput konzumacije alkohola, pušenja, neodgovornog seksualnog ponašanja (koje uključuju dodatni rizik za spolno prenosive bolesti i maloljetničke trudnoće), nezdrave prehrane te sjedilačkog načina života što sve može imati značajne zdravstvene posljedice na kasniji život.

Rizična ponašanja adolescenata među prvima je sustavnije i na danas široko prihvaćen način objašnjavao Jessor (1991) u modelu unutar *Teorije problematičnog ponašanja* prema kojoj su čimbenici za razvoj rizičnih ponašanja organizirani u pet kategorija: biološki, genetički, individualni i ponašajni čimbenici, socijalno i percipirano okruženje. Rizici iz navedenih kategorija pridonose razvoju životnog stila povezanog s rizičnim ponašanjima i to u području problema u ponašanju (uporaba psihoaktivnih sredstava, delinkvencija), ponašanja povezanih sa zdravljem (neuravnotežena prehrana, pušenje) i ponašanja povezanih sa školovanjem (izostajanje s nastave, napuštanje škole, uporaba psihoaktivnih sredstava u školi). Posljedice, odnosno krajnji izlazi trajnog angažiranja adolescenata u tim ponašanjima vidljivi su na području zdravlja, socijalnih uloga, osobnog razvoja i, više ili manje uspješne, pripreme za odraslost (Jessor, 1991).

Iz odgovora sudionika saznajemo kako se slažu da su dobre strane rada s adolescentima to što su rano prepoznali da se ne osjećaju dobro i da im treba pomoć, te kao mladi mogu usvojiti tehnike i obrasce koji bi im mogli pomoći i u nekim drugim situacijama tijekom života. Sudionici istraživanja navode kako su roditelji najčešće problem od kojega sve polazi. Teže je raditi s roditeljima, jer ne priznaju da njihovo dijete ima problem. Roditelji su dosta nekritični. Kada psihoterapeuti rade s roditeljima i djecom, navode kako je mnogo teže raditi s roditeljima, jer oni misle da dijete ima problem, a ne oni. Dovedu dijete da ga psihoterapeut popravi.

Suvremeni uvjeti odrastanja obilježeni su zahtjevnim aktualnim zbivanjima: ekonomska i socijalna kriza popraćena je s tehnološkom revolucijom te rapidnim širenjem društvenih mreža čiji su najvjerniji korisnici upravo adolescenti (Sheehan i sur., 2017.). Korištenje tehnologije

poput pametnih telefona može ili povećati vulnerabilnost adolescenata ili pak unaprijediti njihove prilike, poboljšati njihove obrazovne ishode i povezanost s drugima (Dahl i sur., 2018).

Današnji adolescenti nisu upoznali svijet prije interneta te su velikim dijelom tehnološki pismeniji od svojih roditelja što im daje mnoge slobode u istraživanju novih medija uz relativno nizak roditeljski nadzor. Slabija roditeljska kontrola, veća potreba za neovisnošću i samostalnije donošenje odluka kapitalizirana je i u naporima marketinške industrije (Sloboda i Petras, 2014).

Po prvi puta od rođenja, upravo u razdoblju puberteta, mladi počinju samostalno donositi odluke oko svoje prehrane i navika pa im se marketinška industrija, kao sve većim potrošačima, obraća direktno. Proizvodi im se nude kao statusni simbol, uz korištenje seksualiziranih modela, reklamiranje alkohola, nerealnih ideala ljepote i tjelesnih proporcija (Palan, Gentina i Muratore, 2010).

Kada se govori o preventivnim mjerama za adolescente sudionici navode kako prevencija u najširem smislu znači prilagođavanje svih prostora i konteksta i mikro zajednice kojima adolescenti pripadaju, a to su najviše obitelj i društvo.

Kako bi mladi ostvarili pozitivne ishode, Pittman i suradnici (2003) navode da je potrebno da ih okružuju sigurna okruženja, dostupna osnovna skrb i usluge, zdravi odnosi s vršnjacima i odraslima, visoka očekivanja i standardi, modeli, resursi i mreže, izazovna i poticajna iskustva i prilike za participaciju i doprinos, visokokvalitetno obrazovanje, treninzi i edukacije. Stoga je u kreiranju uvjeta, osim osnaživanja mladih za nošenje sa izazovima adolescencije, nužno kreirati podržavajuća, brižna, strukturirana i odgovorna okruženja. Neki autori (primjerice, Steinberg, 2007) čak zaključuju da je prema dostupnim nalazima neuroznanstvenih istraživanja izvjesniji učinak okolinskih strategija poticanja pozitivnog razvoja putem regulacije zakonskih normi, tržišta i drugih okruženja (Steinberg, 2007).

Najveća uloga psihoterapeuta bi trebala biti da budu ljudi, obični ljudi sa svim manama i greškama, ljudi koji mogu i moraju govoriti o svojim osjećajima i porazima, naravno, uvijek u interesu adolescenta i kad je to terapijski indicirano.

6. ZAKLJUČCI

Jedno od prijelaznih razdoblja, koje je obilježeno brojnim promjenama, uključujući tjelesne, spolne, kognitivne i socio-emocionalne naziva se adolescencija. To je period u životu svakog pojedinca tijekom kojeg se prelazi iz djetinjstva u odraslu dob. Razdoblje adolescencije je veoma važno zbog brojnih razvojnih zadataka. Oni se rješavaju i pripremaju pojedince za odraslu dob. U adolescenciji dolazi do razvoja mozga, fizičkog sazrijevanja, povećane želje za nezavisnošću, i naglašavanja važnosti socijalnih odnosa. Iz tog razloga adolescencija igra važnu ulogu u razvojnom procesu tijekom života. Teško je precizno odrediti kronološku granicu ovog perioda zbog postojanja velikih individualnih razlika. Najčešće se uzima da adolescencija počinje između 11. i 13. godine, s početkom puberteta, traje kroz adolescentske godine sve do ranih dvadesetih, kada se ulazi u ranu odraslu dob. Adolescencija je također vrijeme u kojem mladi postaju svjesniji sebe i svojih mogućnosti, te vrijeme u kojem se javljaju promjene u psihološkom funkcioniranju. Kao centralni aspekt psihološkog funkcioniranja tijekom adolescencije često se navodi samopoštovanje.

Psihoterapija adolescenata bitno se razlikuje od psihoterapije odraslih osoba, a to se naročito odnosi na ulogu terapeuta, odnos i suradnju s roditeljima jer o suradnji s roditeljima ovisi prihvaćanje same terapije. Terapijske tehnike modificiraju se prema fazama razvoja adolescenta, stupnju edukacije, o čemu ovisi i sam izbor tehnika. Uloga terapeuta u terapiji sa adolescentima vrlo je kompleksna jer terapeut kreira sigurnost, preuzima odgovornost za granice i etičnost samog procesa, a unutarnji psihički procesi adolescenta i odnos s roditeljima unose se i u terapijski odnos. Kroz terapiju stvoreni novi odnosi značajni su za sve kasnije odnose. S obzirom na specifičnosti adolescenata terapijske tehnike adaptiraju se u zavisnosti od faze razvoja i problema adolescenta kao i odnosa sa okolinom. Posebna težina psihoterapije mladih proizlaze iz adolescentovih problema s motivacijom, reduciranošću kapaciteta retrospekcije i teškoćama vremenske perspektive. Posebnu poteškoću predstavlja zaokupljenost ega adolescenta obranama od terapeuta, što je naročito naglašeno kod adolescenata, a što stvara teškoće u uspostavljanju odnosa. Program psihoterapije adolescenata temelji se na razvojnom pristupu mladima.

Na temelju provedenog istraživanja zaključujemo kako je uzbudljivo i zanimljivo raditi sa adolescentima. Adolescenti nemaju nikakvu kontrolu nad okolinskim faktorima. Trebaju razvijati unutarnje vrijednosti jer tako razvijaju i svoje talente. Velik dio problema adolescenata ima svoje korijene u neadekvatnom roditeljskom stilu. Roditelji su popustljivi, ne provode kvalitetno vrijeme s djecom, ne kontroliraju aktivnosti i slično. S druge strane, adolescenti jako puno vremena provode koristeći društvene mreže, koje mogu stvoriti nerealne ideale.

Adolescenti su puni energije, vrlo buntovni i trebalo bi ih uključiti u razne programe vršnjačke podrške. Porodica i društvo bi trebali podržati adolescente u onome u čemu su dobri. Psihoterapija je mjesto gdje adolescenti mogu dosegnuti određenu razinu svjesnosti što i kako im se dešava i što mogu učiniti u vezi s tim.

LITERATURA

Anić, N. (2003). *Biheviior terapija*. Munchen: Katedra za kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universitat.

Arto, A. (1999). *Psicologia dell sviluppo*. Roma: AIPRE.

Begić, D. (2013). Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. *Medix*, 19(106), 171-174.

Berk, L. E., Keresteš, G., Jagodić, G. K., i Čorkalo, D. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Bolton Oetzel, K., i Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215.

Braconnier, A. (1990). *I mille volti di adolescenza*. Roma: Borla.

Clarkson, P. (1989). *Gestalt Couselling in Action*. London: SagePublications.

Clarkson, P. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage Publications.

Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554 (7693), 441–450.

Davison, G.C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Erikson, E. H. (1976). *Omladina, kriza, identifikacija*. Podgorica: Biblioteka Psiha.

Esau, C.A., Conradt, J. (2006). *Agresivnost u djece i mladeži*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Frankl, V.E. (1997). *Zašto se niste ubili? Uvod u logoterapiju*. Zagreb: Biblioteka Oko tri ujutro.

Freud A. (2000). *Normalnost i patologija djece*. Zagreb: Prosvjeta.

Freud, S. (1905). The transformations of puberty. *Standard Edition*, 75, 207 – 243.

Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., i Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 536-542.

Gross, J. J. , Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.

Gruden, V. (1992). *Psihoterapija (Osnove psihoterapije)*. Zagreb: Medicinska Naklada.

Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., i Jensen, P. (1995). Introduction to the Special Section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 683–687.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12 (8), 331–342.

Joyce, P., Sills, C. (2009). *Skills in Gestalt*. London: Sage Publications

Kalebić-Maglica, B. (2007). Uloga izražavanja emocija i suočavanja sa stresom vezanim uz školu. *Psihologijske teme*, 16(1), 1-26.

Kazdin, A. E. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology*, 41(1), 21-54.

Kirchner, M. (2000). Gestalt Therapy Theory, *An Overview, Gestalt*, 4 (3).

Kleinert, S. (2007). Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet*, 369, 1057-1058.

Kring, A. M., Smith, D. A. i Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 934-949.

Kuzman, M. (2009). Adolescence, adolescents and healthcare. *Medicus*, 18(2), 155-172.

Lacković-Grgin, K. (1994). *Samopoimanje mladih*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lacković- Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lacković-Grgin, K. (2006). *Psihologija adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lugomer-Armano, G. (2000). *Razvojna psihologija*. Zagreb: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata-zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 23(1), 65-86.

Malekoff, A. (2004). *Group work with adolescents: principles and practice*. New York, London: The Guilford Press.

McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guilford Press.

Ninčević, M. (2009). Izgradnja adolescentskog identiteta u današnje vrijeme. *Odgojne znanosti*, 11(1), 119-141.

Palan, K. M., Gentina, E., Muratore, I. (2010). Adolescent consumption autonomy: A cross-cultural examination. *Journal of Business Research*, 63(12), 1342–1348.

Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell' adolescenza*. Bologna: Il Mulino.

Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (1998). *Human development*. New York: McGraw-Hill.

Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 539-548.

Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Utah: Bantam Books, Real People Press.

Perls, F. (1973). *The Gestalt approach eye witness to therapy*. Washington: Science i Behavior Books.

Petras, H., Sloboda, Z. (2014). An integrated prevention science model: A conceptual foundation for prevention research. *Sloboda*, 251–273.

Petz i sur. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta.

Pittman, K. J., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., Ferber, T. (2003). *Preventing problems, promoting development, encouraging engagement: Competing priorities or inseparable goals?* Washington: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies.

Rescorla, R.A. (1988). Pavlovian Conditioning It's Not What You Think It Is. *American Psychologist*, 43(3): 151-160.

Rudan, V. (2004). Normalni adolescentni razvoj. *Medix*, 10(52), 36 – 39.

Rudan, V., Tomac, A. (2011). Adolescencija i njezine promjene: privid ili stvarnost. *Socijalna psihijatrija*, 17, 7 – 12.

Schafer, R. (1973). Concepts of self and identity and the experience of separation – individuation in adolescence. *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 42-59.

Sheehan, P., Sweeny, K., Rasmussen, B., Wils, A., Friedman, H. S., Mahon, J., Stenberg, K. (2017). Building the foundations for sustainable development: A case for global investment in the capabilities of adolescents. *The Lancet*, 390 (10104), 1792–1806.

Sloboda, Z. , Petras, H. (2014). *Defining prevention science*. New York, NY: Springer.

Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174 - 184.

Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral sciences. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (2), 55–59.

Špelić, A. (2015.). *Proces druge individuacije i rani adolescentni razvoj*. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile.

Tadić, N. (2004). *Psihoanalitička psihoterapija djece i mladih*. Beograd: Naučna KMD.

Tomori, M. (1979). *Normalnost u adolescenciji*. Beograd: Avalske sveske.

Tuke, D. H. (1873.). *Influence of The Mind Upon The Body*. Philadelphia: Henry C. Lea.

Young, J. E., Weinberger, A. D., Beck, A. T. (2001). *Cognitive Therapy for Depression*. Barlow DH, *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford press.

Žic A., Nikolić B., Igrić Lj. (1997). Utjecaj integrativne gestalt terapija na usvojenost vještina i navika svakodnevnog života. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 33(2), 133-142.

Živčić-Bećirević, I. (2003). *Kognitivna terapija*. Munchen: Katedra za kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universitat.

Wolberg, L. R. (1988). *The Technique of Psychotherapy*. USA: International Psychotherapy Institute E-Books.

PRILOG

Pitanja za intrevju:

1. Kako se zovete, koliko godina imate, koliko dugo se bavite ovim poslom, koje ste edukacije završili, koja je vaša profesionalna terapijska orijentacija?
2. Koliko često radite sa adolescentima?
3. Kako vam se javljaju adolescenti, kako saznaju za vas, da li dolaze po preporuci i slično?
4. Koji su najčešći problemi zbog kojih vam se javljaju adolescenti, te iz vaše psihoterapeutske perspektive zašto se javljaju baš ti problemi?
5. Koji su izazovi u radu sa adolescentima s kojim ste se vi susreli, dobre i loše strane rada sa njima ?
6. Koje su razlike između rada sa adolescentima i odraslim?
7. Navedite neke preventivne mjere za probleme adolescenata, koju ulogu može imati društvo, zajednica, obitelj?