

СТУДИЈЕ И ОГЛЕДИ

УДК 615.851:316.624-053.6(497.11)

СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА

број 3/2016.

Оригинални

vol. 51.

научни рад

стр. 71-89.

Јасна Хрнчић*

Факултет политичких наука Универзитета у Београду

Андријана Радоичић**

ПРИМЕНА МУЛТИСИСТЕМСКОГ ПРИСТУПА У РАДУ СА МЛАДИМА СА АНТИСОЦИЈАЛНИМ ПОНАШАЊЕМ У СРБИЈИ***

Сажетак

Рад се бави анализом примене приступа и принципа мулти-системске терапије (МСТ) у оквиру програма *ОПТИМУС за породице*. Уобичајен циљ третмана младих са антисоцијалним понашањем је смањење антисоцијалног понашања. Специфични изазови у његовом постизању су проблеми ових младих у неколико система (породици, вршњачкој групи, школи/радном месту), као и велико осипање породица које долазе на третман у установу, и то најпре оних који имају најизраженије проблеме. МСТ Хенглера и сарадника наведене изазове је премостила третманом у природној сре-

* Ванредни професор

** Дипломирани социјални радник

*** Овај рад је резултат рада на пројекту *Криминал у Србији: феноменологија, ризици и могућности социјалне интервенције* који финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије, број 47011. Рад је излаган на 64. научно-стручном скупу Друштва психолога Србије Релације и границе – психологија и интерперсонални односи, Златибор, Србија, 25–28. мај 2016.

дини младе особе и оснаживањем родитеља/родитељских фигура и младе особе за превазилажење проблема како у породици, тако и у другим системима. Заснована је на социо-еколошком моделу и системској породичној терапији. МСТ је евалуирана као једна од најефикаснијих у овој области, али су интензивно ангажовање терапеута уз мали број случајева које истовремено води, као и економски веома захтевна едукација учинили овај програм неприступачним за примену у нашој средини. Програм *ОПТИМУС за породице* настоји да у раду са младима са антисоцијалним понашањем примени принципе МСТ, интегрише их са доприносима кратке терапије усмерене на решење, когнитивно-бихејвиоралних приступа и модела стадијума социјалне интеракције и да их прилагоди приликама у Србији. Програм обухвата 12 недељних посета породици од стране реализатора програма, од којих су прве три и последња полуструктурисане, а у осталима се имплементира неки од 15 модула у складу са потребама породице. У раду се анализирају специфична решења која програм нуди у светлу приступа и принципа МСТ, као и њихове предности и изазови у примени у раду са младима са антисоцијалним понашањем у нашој средини.

Кључне речи: млади у сукобу са законом, поремећаји понашања, делинквенција, психотерапија, третмани.

1. УВОД

Први приступи третману младих са антисоцијалним понашањем су стављали акценат на одвраћање кроз кажњавање (лишавање слободе, физичко злостављање, изолација) и застрашивање казном нису смањивали вероватноћу рецидива. Ни приступи фокусирани само на индивидуу и њене унутрашње процесе (нпр. психодинамски приступ) нису дали резултате. Тек су когнитивно-бихејвиорални приступи, фокусирани на налажење везе између спољних утицаја и понашања особе, довели до позитивних промена, али се оне често нису одржавале. До прекретнице долази када се млади почињу сагледавати као интегрални део система којима припадају, прво у оквиру породице (системска породична терапија), а затим у оквиру мреже међусобно испреплетаних система - породице, школе, вршњачке групе, локалне заједнице (перспектива социјалне екологије или еко-системска перспектива). Од еко-системских приступа се по својој успешности издваја мулти-системска терапија.

2. МУЛТИСИСТЕМСКА ТЕРАПИЈА

Мултисистемска терапија (МТС) Хенглера и сарадника¹⁾ првенствено је намењена младима узраста од 12 до 17 година у високом ризику за смештај ван породице због озбиљног, хроничног или насилног антисоцијалног понашања или због његовог коморбидитета са болестима зависности. Настала је као одговор на ограничења доступних индивидуалних, групних и институционалних третмана: ниску ефикасност, ниску одговорност пружаоца услуга за постигнуте резултате и високе трошкове третмана. Заснована је на теорији генералних система и теорији социјалне екологије. Сврха третмана је: (а) смањење антисоцијалног понашања младих, (б) смањење других типова проблематичног понашања, као што је злоупотреба дроге, и (ц) смањење трошкова заједнице кроз интервенције у природној средини уместо смештаја младих ван породице и затварања.

2.1. Модел третмана МСТ

МСТ је кратак интензиван третман фокусиран на породицу и локалну заједницу, у трајању од три до пет месеци. Нагласак је на оснаживању породице, тако да је у стању да створи окружење које промовише здравље кроз мобилизацију непосредних снага детета, породице и заједнице (школе, суседства, пријатеља и осталих кључних актера). Од терапеута се тражи да су темељно обучени за примену овог приступа, интелигентни, отвореног ума, флексибилни, креативни, и етични у свом послу. Могу бити по почетној едукацији психолози, породични терапеути, искуснији социјални радници. Један терапеут најчешће ради са 3-6 породица, а младој особи пружа услуге тамо где се налази, било да се ради о свакодневним контактима (лицем у лице или преко телефона), о договореним посетама, најчешће породици (чешће од једном недељно), или о хитним интервенцијама у кризи, за које је терапеут или члан његовог тима доступан сваки пут када му затраже помоћ, 24 часа дневно седам дана у недељи. Терапеут функционише у оквиру тима од 3-4 терапеута, који се међусобно подржавају. Тим има редовну супервизију ради превазилажења тешкоћа у раду, проналажења погодних интервенција и прагматичних решења и постизања повољног исхода у породици.

1) Scott W. Henggeler, Sonja K. Schoenwald, Charles M. Borduin, Melisa D. Rowland, Phillippe B. Cunningham, *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York, 1998, p. 287.

Специфичне технике третмана интегрисане су у социо-еколошки контекст и укључују терапијске приступе који су показали најбоље емпиријске резултате за циљну групу, укључујући когнитивно-бихејвиоралне интервенције, бихејвиоралну обуку родитеља и породичну терапију. Ради се пре свега са родитељима и старатељима на побољшању њихових родитељских вештина, укључујући унапређење квалитета комуникације и породичних односа, дефинисање и спровођење јасних породичних правила у којима се свако ризично понашање санкционише, а свако просоцијално награђује и стимулише, подршку у развијању социјалних вештина, у постизању бољег школског успеха младе особе и у дефинисању и остварењу личних просоцијалних планова, у укључивање детета у просоцијалне активности, повезивање са просоцијалним вршњацима, проширивање спектра његових интересовања и развијање релевантних односа са осталим системима којима припада. Такође, родитељи се подржавају да развију групу подршке од чланова шире породице, пријатеља, суседа, и сл. План третмана осмишљава се и саставља у активној сарадњи терапеута и чланова породице, тако да се од почетка гради одговорност породице за спровођење третмана. Породица је та која води ка остварењу циља третмана, док је терапеут усмерава и помаже. Терапеут поштује одлуке породице о циљу третмана чак и када се са њима сасвим не слаже.

2.2. Девет принципа МСТ

Дизајн и имплементација интервенција МСТ базирани су на девет централних принципа, који операционализују МСТ. Евалуација степена у коме се неки програм примене МСТ придржава суштине третмана је заснована на процени од стране учесника (родитеља, младих, терапеута) колико је терапеут привржен овим принципима којима се дефинише специфичност овог приступа у односу на остале.

Први принцип, „примарна сврха процене је да се разуме међусобно уклапање идентификованог проблема и његовог ширег системског контекста“⁽²⁾, наглашава да је примарна сврха процене да се разуме како идентификовани проблеми „имају смисла“ у социо-еколошком контексту адолесцента. Терапеут систематски прикупља информације од чланова породица, наставника, оних који су упутили случај и других извора и интегрише их да би одредио факторе ризика и њихове међуодносе. На основу ове процене, терапеут у сарадњи са тимом и супервизором формира хипотезу генералне форме: „Елемент А доприноси елементу Б за особу Ц под

2) Исто, стр. 24.

Х околностима.^{“3)} На основу ове хипотезе се одређује интервенција, базирана на снагама и потребама система којем припада адолесцент. Успешност интервенције показује да ли је хипотеза тачна или не. На основу овога и осталих процеса у породици, формулише се следећа хипотеза, и процес се понавља све док се циљеви третмана не остваре.

Други принцип је да „терапеутски контакти наглашавају позитивно и да користе снаге система као полуге промене.“^{“4)} Фокусирање на породичне снаге има много предности: смањење негативног афеката, стварање осећања наде и позитивних очекивања, идентификовање фактора заштите, смањење фрустрација кроз наглашавање да је проблем решив, повећање самопоуздања чланова породице. Примена овог принципа даје снажан основ за развој сарадње са породицом у третману.

Трећи принцип је да „интервенције су дизајниране тако да промовишу одговорно понашање и смањују неодговорно понашање међу члановима породице.“^{“5)} Сврха МСТ се може дефинисати и као повећање одговорног понашања, пре свега родитеља, а затим и деце у породици. Преузимањем одговорности за себе, свој живот и последице својих одлука и понашања враћа достојанство члановима породице и повећава њихову самоефикасност.

Четврти принцип гласи: „интервенције су усредсређене на садашњост и оријентисане на акцију, циљајући на специфичне и добро дефинисане проблеме.“^{“6)} Садашњост се види као једино могуће полазиште промене, а акција као једини начин да се промена оствари. Специфични и добро дефинисани проблеми омогућава јасну акцију и једноставну процену њених ефеката. Тако сваки позитивни помак може да се увиди и и истакне, и тиме повећа нада и самоефикасност чланова породице.

Пети принцип се односи на то да су „интервенције усмерене на секвенце понашања унутар и између вишеструких система које одржавају идентификоване проблеме.“^{“7)} Овај принцип указује на високу индивидуализацију третмана. Фокус на специфичне секвенце које у конкретной ситуацији одржавају проблем показује како се проблем поново ствара из покрета/речи/акције у следећи покрет/реч/акцију. Овако јасно сагледавање омогућује увођење ја-

3) Исто, стр. 26.

4) Исто, стр. 28.

5) Исто, стр. 32.

6) Исто, стр. 34.

7) Исто, стр. 36.

сне и јасно циљане специфичне промене која раскида патолошке обрасце и ствара конструктивну размену. Узимају се у обзир сви системи којима адолесцент припада. Конструктивна промена интерперсоналних трансакција између система омогућује породици да развије локалну просоцијалну мрежу подршке и постигне циљ третмана.

Шести принцип третмана је да је „интервенција развојно примерена и у складу са развојним потребама младе особе.“⁸⁾ Природа и начин интервенције треба да се прилагођава когнитивним и социјалним развојним могућностима и младе особе и родитеља/старатеља.

„Интервенције су дизајниране тако да укључује дневни или недељни напор чланова породице“⁹⁾, гласи седми принцип. Претпоставка на почетку третмана је да породице у третману имају историју обимних проблема, те да је нужан интензивни напор свих чланова на њиховом превазилажењу. Осмишљеном интервенцијом која предвиђа дневне и недељне напоре чланова подстиче се одговорно понашање свих чланова породице, њихово уједињавање и изједначавање у заједничкој одговорности за проблеми његово решење, брже решавање проблема и континуирано праћење резултата. Успешна реализација се увиђа и наглашава, што доводи до повећање самоефикасности и наде. Неуспешна реализација је основ за увиђање препрека, развијање алтернативних решења и вођење породице да се носи са неуспесима креирајући нова решења и одржавајући наду и фокус на промени.

Осми принцип је да се „ефикасност интервенције континуирано процењује из више перспектива, подразумевајући одговорност оних који су укључени у третман да ће превазићи баријере за постизање добрих резултата.“¹⁰⁾ Ако терапеут редовно и тачно прати прогрес у третману, може да брзо увиди ефекат интервенције и да благовремено размотри алтернативна решења. Ради обухватности и тачности процене, терапеут користи различите методе (самопроцена, документација, медицинско и психолошко тестирање итд.) и различите изворе. Информантима гарантује поверљивост података и свестан је њихове поузданости, тачности и могућих предасуда.

8) Исто, стр. 37.

9) Исто, стр. 38.

10) Исто, стр. 40.

Девети принцип се односи на то да „интервенција треба да буде дизајнирана тако да промовише генерализацију третмана и дугорочно одржање постигнуте терапеутске промене кроз оснаживање старатеље да се баве потребама чланова породице у контексту различитих система.“⁽¹¹⁾ Генерализација и одрживост постигнутих промена су кључни за процену вредности МСТ интервенција, што је наведено у самом циљу третмана и на чему се ради од првог успостављања контакта терапеута са породицом. Континуирано се промовише одговорност младе особе и чланова њене породице, развој вештина и социјалне мреже подршке у природној средини. Терапеути одбијају да се брину о клијентима када они то могу сами, не спроводе сами интервенције кад год је то могуће, избегавајући „рад за“ породицу. Они препознају капацитете клијената, поткрепљују њихово адаптивно понашање и самоконтролу и олакшавају да други из природне средине адолесцента реализују интервенције.

МСТ има бројне сличности са приступом системске породичне терапије, али се овде знатно већа пажња поклања адолесцентској и породичној социјалној мрежи и начином на који она утиче на антисоцијално понашање. Пружање услуга у природној средини омогућава приступачне услуге. Традиционалне породичне терапије по правилу имају мање интензивне и фокусиране услуге, те ретко се примењују вишеструки контакти између терапеута и породице неколико сати недељно.

2.3. Ефекти МСТ

МСТ спада у један од најефикаснијих и најдокументованијих програма за младе са озбиљним антисоцијалним понашањем, укључујући хроничне, насилне и сексуалне деликте, као и младе преступнике који злоупотребљавају супстанце или су од њих зависни. Примена програма се проширила и на рад са омладином са озбиљним емотивним проблемима и на рад са породицама које злостављају или занемарују своју децу (MST-CAN).^{(12),(13),(14)} Обја-

11) Исто, стр. 40.

12) Scott W. Henggeler, Sonja K. Schoenwald, Melisa D. Rowland, and Phillippe B. Cunningham, *Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescent. Multisystemic Therapy*, The Guilford Press, New York, 2002, pp. 260.

13) MST Group, *Multisystemic Therapy, Research at Glance. Published MST Outcome, Implementation and Benchmarking Studies*, MST Group, MST Services, January 20016. Internet, <http://mstservices.com/files/outcomestudies.pdf>, 05/04/2016, p. 1.

14) Scott W. Henggeler, Cindy M. Schaeffer, „Multisystemic Therapy®: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research“, *Family Process*, Wiley-Blackwell, Hoboken, New Jersey, Vol. 55, No. 3/2016, pp. 514–528.

вљено је више од 100 рецензираних радова о исходима и примени овог програма, које су обухватале више од 43000 породица¹⁵⁾,¹⁶⁾. Преглед 55 студија исхода овог програма, од којих је 34 спроведено од стране независних истраживача, показује да се дугорочне стопе поновног хапшења озбиљних малолетних делинквената смањују за Mdn=42%, а смештај ван породице се смањује за Mdn=54%.¹⁷⁾ У једној студији је приказано праћење 176 субјеката 21,9 година после завршетка програма, које је показало пет пута мање прекршаја, дупло мање цивилних тужби и значајно нижи рецидивизам криминала код учесника МСТ (укључујући и оне који су одустали од третмана), него код корисника индивидуалног третмана.¹⁸⁾ Хапшења због криминала је било значајно мање код учесника МСТ него код корисника индивидуалног третмана (34.8% наспрам 54.8%), при чему је највећа разлика била код насилних дела, којих је било скоро четири пута мање код корисника МСТ (4,3% наспрам 15,5%). Друга истраживања показују да се значајно се смањује и злоупотреба супстанци.¹⁹⁾ Долази и до знатне уштеде трошкова у односу на стандардне програме установа за корекцију и установа за ментално здравље.²⁰⁾ Такође се показује унапређено породично функционисање, мање менталних проблема и веће задовољство клијената услугом у односу на класичне третмане. Ефекти МСТ третмана су значајно повезани са степеном у коме се реализатори придржавају третмана, па се приликом процене ефеката обраћа посебна пажња на ову димензију.²¹⁾ Истраживања показују да је унапређење родитељства најизраженији медијатор придржавања

15) Исто, стр. 514–528.

16) MST Group, *Multisystemic Therapy, Research at Glance. Published MST Outcome, Implementation and Benchmarking Studies*, нав. дело, стр. 1.

17) Исто, стр. 1.

18) Aaron M. Sawyer and Charles M. Borduin, „Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9-Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, American Psychological Association, Washington, D.C., Vol. 79, No. 5/2011, pp. 643–652.

19) Scott W. Henggeler, W. Glenn Clingempeel, Michael J. Brondino, Susan G. Pickrel, „Four-year follow-up of Multisystemic Therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Elsevier on behalf of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam, Vol. 41, No. 7/2002, pp. 868–874.

20) Stephanie J. Klietz, Charles M. Borduin, Cindy M. Schaeffer, „Cost–benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders“, *Journal of Family Psychology*, American Psychological Association, Washington, D.C., Vol. 24, No. 5/2010, pp. 657–666.

21) Scott W. Henggeler, Cindy M. Schaeffer, „Multisystemic Therapy®: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research“, нав. дело, pp. 14–28.

третману и успеха третмана, а затим и смањење дружења са анти-социјалним вршњацима.²²⁾

До сада је МСТ примењен широм САД, Канаде, у Чилеу²³⁾ и у десетак земаља Европе, од којих је пионир била Норвешка.²⁴⁾ Норвежани су у првој студији ефикасности програма ван САД нашли да је МСТ значајно ефикаснији од класичних приступа не само у смањењу проблема понашања и смештаја ван породице, већ и интернализованих проблема, као и у повећању социјалних вештина и задовољства породице третманом, без обзира на пол. Аутори закључују да је МСТ применљива и ван граница САД.²⁵⁾ Резултати се одржавају и после две године.²⁶⁾ МСТ се успешно примењује у Норвешкој и 10 година касније, захваљујући политичкој подршци и стабилном финансирању.²⁷⁾

2.4. Ограничења МСТ

Мултисистемска терапија захтева високу одговорност и посвећеност породице за постизање исхода. Постоји ризик од одустајања неког од чланова породице током третмана, што може деловати контрапродуктивно и тиме угрозити процес.²⁸⁾ Могу постојати тешкоће у проналажењу особа у ширем окружењу адолесцента које су спремне да учествују у третману који тражи залагање са њихове стране. Постојање психичких обољења, злостављања и занемаривања, злоупотреба ПАС у породици, ограничене способности учења родитеља фактори су ризика за антисоцијално понашање, али су и препреке у примени МСТ-а. Некада се тешкоће са којима се суочава породица не могу превазићи, док чланови породице

22) Исто, pp. 514–528.

23) Rodrigo Pantoja, „Multisystemic therapy in Chile: A public sector innovation case study“, *Psychosocial Intervention*, Elsevier, Amsterdam, No. 24/2015, pp. 97–103.

24) Opening Plenary, „Presentations from across Europe“, *MST European Conference*, 12-13 May 2014, UK, London.

25) Terje Ogden, Colleen A. Halliday-Boykins, „Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US“, *Child and Adolescent Mental Health*, Wiley-Blackwell on behalf of the Association for Child and Adolescent Mental Health, Hoboken, New Jersey, Vol. 9, No. 2/2004, pp. 77–83.

26) Terje Ogden, Kristine Amlund Hagen and Oddbjørn Andersen, „Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation“, *Journal of Children's Services*, Pavilion Journals Ltd., Brighton, Vol. 2, No. 3 / 2007, pp. 4–14.

27) Opening Plenary, „Presentations from across Europe“, нав. дело, p. 21.

28) Scott W. Henggeler, „Advantages and disadvantages of Multisystemic Therapy and other evidence-based practices for treating juvenile offenders“, *Journal of Forensic Psychology Practice*, Taylor & Francis, Philadelphia, Vol. 3, No. 4/ 2003, pp. 53–59.

могу имати ограничене капацитете у преузимању одговорности за исход.

МСТ се фокусира на „сад и овде“ приликом третмана, што повећава ефикасност овог краткотрајног третмана. Етиолошки фактори могу бити кључни за прихватање конструктивнијег начина комуникације и живота, па њихово занемаривање повећава ризик за рецидив након третмана. О могућим препрекама у постизању циљева третмана говори и стопа одустајања од третмана, која је у прегледу 16 студија била између 4% и 21.5%.²⁹⁾ Овај третман захтева добро едуковане стручњаке, који су спремни за велику посвећеност раду, константну доступност и расположивост за клијенте, те се у новијим истраживањима говори и о осипању броја терапеута који спроводе МСТ.

Иако је означен и препознат као економски исплатив програм за младе који су у високом ризику за смештај у институције, програм наилази на велике тешкоће финансирања. Он је у дугорочном исходу исплатив, тј. штеди ресурсе, али на почетку примене захтева знатна улагања у едукацију стручњака. Социјални, здравствени и правосудни системи по правилу не предвиђају трошкове за примену овог програма, већ финансирање зависи од других извора. И ако се издвајају средства за примену МСТ, намењена су за децу код које је АСП већ ескалирало, иако, као и други терапијски приступи, и МСТ даје најбоље резултате када неприлагођено понашање није довело до већих и чешћих прекршаја и криминала.³⁰⁾ На овај начин програм остаје резервисан за мањи број оних породица које имају адекватне и потпуне могућности коришћења овог ресурса у заједници.

Изнета ограничења и слабости Мултисистемске терапије ипак не доводе у питање њену ефикасност, која је потврђена у бројним истраживањима. Модел овог третмана даје изузетно јасне и корисне смернице за ефикасно поступање у раду са младима са антисоцијалним понашањем. Ипак, интензивно ангажовање терапеута уз мали број случајева које истовремено води, као и економски веома захтевна едукација, учинили овај програм неприступачним за примену у нашој средини.

29) Multisystemic therapy. *Blueprints Programs*. Internet, <http://www.blueprintsprograms.com/evaluation-abstract/multisystemic-therapy-mst>, 20/04/2016, p. 1.

30) Scott W. Henggeler, Phillippe B. Cunningham, Susan G. Pickrel, Sonja K. Schoenwald and Michael J. Brondino, „Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders“, *Journal of Adolescence, Elsevier, Amsterdam*, No 19/1996, pp. 47-61.

3. ПРОГРАМ ОПТИМУС

ОПТИМУС аутора Јасне Хрчић, Тамаре Џамоња Игњатовић и Вере Деспотовић Станаревић представља пакет програма обуке и третмана у коме се примењује социјално-еколошки приступ у раду са младима у сукобу са законом и са проблемима у понашању. Његов општи циљ је остваривање ефикасне заштите деце и младих у сукобу са законом и/или са проблемима у понашању у локалној заједници. Специфични циљеви су смањење рецидивизма антисоцијалног понашања, ефикаснија превенција сукоба са законом, унапређење личних капацитета и социјалних компетенци за продуктиван живот у заједници, побољшање међуљудских односа у породици, са вршњацима и са наставницима,останак у природном окружењу и боља интеграција у локалну заједницу.³¹⁾ Пакет ОПТИМУС обухвата три програма рада са корисницима и пратеће обуке.³²⁾ *ОПТИМУС за породице* обухвата 12 полуструктурисаних посета породицама, *ОПТИМУС за младе* се састоји од 12 радионица са младима, *ОПТИМУС за родитеље* - од 12 радионица са родитељима. Форме се могу користити самостално и комбиновано.

3.1 ОПТИМУС за породице

У овом раду ћемо се посебно бавити *ОПТИМУС-ом за породице*, будући да је настао инспирисан начином рада и принципима МСТ, да би се постигао барем део успеха МСТ, а смањила њена ограничења. У програму се настоји да се принципи МСТ интегришу са доприносима кратке терапије усмерене на решење,³³⁾ когнитивно-бихејвиоралних приступа и модела стадијума социјалне интеракције.³⁴⁾ Основна форма примене обухвата 12 посета породицама у њиховом дому. Посете имају различит степен структурисаности. Најструктурисаније су прва, друга и трећа посета, које имају за циљ мотивисање породице, успостављање сарадње и

31) Јасна Хрчић, Тамара Џамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић, „Полазне основе програма ОПТИМУС“, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Јасна Хрчић, Тамара Џамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 47–64.

32) Све три форме програма обуке су акредитовне од стране Министарства рада и социјалне политике Републике Србије.

33) Steve De Shazer, *Clues: Keys to Solutions in Brief Therapy*, Norton, New York, 1985.

34) Gerald R. Patterson, John R. Reid, Thomas J. Dishion, *A Social Interactional Approach. Vol. 4, Antisocial Boys*, Castalia Publishing Company, Eugene, 1992, p.193.

принципа третмана и дефинисање плана третмана. Следеће посете су више индивидуализоване, кроз употребу неких од 15 модула, у складу са специфичним потребама породице. Модули су: Успостављање сарадње са породицом, Породичне снаге и вредности, Ојачавање ауторитета родитељских фигура, Промовисање одговорног понашања, Промена родитељских дисциплинских пракси, Родитељи као кључ за вршњачку интервенцију, Сарадња породице са школом, Укључивање шире социјалне подршке, Укључивање шире социјалне подршке, Бес и његова контрола, Вештине комуникације, Препознавање и изазивање неоснованих уверења, Прекид принудне (коерсивне) размене, Развој вештина решавања проблема, Насиље у породици и Мотивација за лечење болести зависности. Једанаеста посета се бави и подстицањем одрживости постигнутог, док је последња, дванаеста, посета структурисанија, са циљем и евалуације, учвршћивања и генерализације ефеката третмана.³⁵⁾

Приликом примене ОПТИМУС-а за породице, препоручује се паралелан радионичарски рад са младима у сукобу са законом/ са проблемима у понашању који су са својим породицама укључени у програм *ОПТИМУС за породице*. У оквиру радионица *ОПТИМУС-а за младе* се у вршњачкој групи, под вођством радионичара, уче социјалне вештине, развија позитиван поглед на свет, повећавају капацитети за конструктивно задовољење својих потреба, подстичу позитивне вредности и прихватање одговорности за штету почињену у преступима које су учесници вршили.³⁶⁾

Програм *ОПТИМУС за породице* је најпримеренији за младе који имају умерено изражене проблеме у понашању, који трају 6 месеци и дуже, али који немају историју тешких кривичних дела нити индиција за болести зависности, психотичне поремећаје и интелектуалну инсуфицијенцију. У оптималној форми, примењује се паралелно са ОПТИМУС-ом за младе. Посете се примењују једном недељно у трајању 90 до 120 минута, у зависности од динамике и потреба породице. Укупно трајање програма је око четири месеца. Реализатори програма су доступни телефоном у радно време. Препоручује се да се тимски састанци са супервизијом, који обухватају од 3 до 10 особа, одржавају на сваке 3-4 посете породици и

35) Јасна Хрнчић, Вера Деспотовић Станаревић, Тамара Џамоња Игњатовић, „ОПТИМУС за породице“, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Јасна Хрнчић, Тамара Џамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 93–133.

36) Јасна Хрнчић, Тамара Џамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић, „ОПТИМУС за младе“, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Јасна Хрнчић, Тамара Џамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 65–91.

да се по потреби примени и индивидуална супервизија. Едукација за *ОПТИМУС* за *породице* траје 5 дана, по 8 часова дневно, а за *ОПТИМУС* за *младе* 4 дана. Дакле, овај програм је, мада инспирисан МСТ, значајно мање интензиван и по фреквенцији и трајању посета породици, и по фреквенцији супервизијских састанака (који нису ни обавезни) и по доступности реализатора породици, мада паралелна примена са радионицама за младе повећава интензитет рада са корисницима. Са друге стране, едукација је значајно краћа и самим тим економски прихватљивија. Утицај МСТ на програм се највише види у настојању да примене девет принципа МСТ-а.

3.2. Примена девет принципа МСТ

Први принцип „налажења уклапања проблема у контекст“ се примењује кроз обухватну процену породичног и других система којима млада особа припада, током прве две посете породици. На основу ове процене, реализатори програма формирају хипотезе које се затим тестирају кроз интервенције. Интервенције су дефинисане у оквиру модула, који омогућавају значајно скраћење времена обуке, али повећавају структурисаност програма. Ипак, флексибилност у избору и примени модула омогућава индивидуализован приступ.

Други принцип нагласка на позитивно и коришћења снага система као полуге се доследно примењује од почетне процене, која обавезно укључује процену снага, и од првих разговора са породицом, у којима се истражују породични обрасци успешних решења и изузетака у односу на проблем, по узору на *третман фокусиран на решење*.³⁷⁾ Један модул „Породичне снаге и вредности“ је посећен примени овог принципа.

Трећи принцип МСТ, који се односи на промоцију одговорног понашања, доводи се у фокус рада од друге посете породици, и затим подстиче у свим осталим сеансама, такође и кроз увођење задатака за породицу до следеће сеансе. Структурисана интервенција је спецификована у модулу: „Промовисање одговорног понашања“. Такође, од ове посете породице се започиње израда индивидуалног плана заштите, који подразумева континуирану активност и укључивање породице и тиме повећање одговорности чланова породице за решење проблема. Током израде овог плана фокус је на садашњости, циљеви повезани за специфичне и добро дефинисане проблеме, чиме се примењује четврти принцип

37) Steve De Shazer, *Clues: Keys to Solutions in Brief Therapy*, нав. дело, стр. 208.

МСТ-а. Интегрални део програма је договор са породицом око задатака чланова породице који се спроводи на крају сваке посете, тако да сваки члан уложи напор да се оствари договорено до следеће посете породици, која је по правилу после недељу дана, по угледу на *третман фокусиран на решење*. На тај начин су интервенције оријентисане на акцију, у складу са четвртим принципом, и укључују дневни или недељни напор чланова породице, чиме се поштује седми принцип МСТ.

Пети принцип се у *ОПТИМУС-у за породице* примењује кроз модуле. Препознавањем и променом секвенци понашања унутар система се баве готово сви модули, а нарочито модули: „Ојачавање ауторитета родитељских фигура“, „Промена родитељских дисциплинских пракси“, „Бес и његова контрола“, „Вештине комуникације“, „Препознавање и изазивање неоснованих уверења“, „Прекид коерсивне размене“, „Развој вештина решавања проблема“, „Насиље у породици“. Препознавањем и променом секвенци понашања између система се баве модули: „Родитељи као кључ за вршњачку интервенцију“, „Сарадња породице са школом“, „Укључивање шире социјалне подршке“, „Мотивација за лечење болести зависности“.

Шести принцип се примењује током целог третмана, од процена ризика, снага и развојних потреба на почетку третмана, до планирања развојно примерених интервенција. Интервенције се континуирано процењују почев од треће посете, од које свака посета почиње са проценом степена реализације задатака за све чланове породице, који су заједно са породицом у претходној посети. Реализатор програма истиче и похваљује успешно испуњене задатке, а заједно са породицом анализира баријере које су се показала код неуспешне реализације. На крају третмана се препоручује евалуација његових ефеката на неколико нивоа и од више информаната: квантитативна процена од стране родитеља и адолесцента (тест-ретест), квалитативна процена од стране родитеља, адолесцента и реализатора програма (евалуативни упитници). Ипак, не укључују се информанти ван породице, осим изузетно.

Током целог третмана се чланови породице подстичу на одговорност према реализацији третмана, а родитељи оснажују за ефикасније родитељство, док су последње посете посебно посвећене одрживости и генерализацији постигнутих промена кроз дефинисање даљих планова и њихово повезивање са снагама и вештинама породице. Тиме се поштује девети принцип МСТ.

3.3. Постигнућа и изазови у примени ОПТИМУС-а за породице

Евалуација паралелне примене ОПТИМУС-а за породице и ОППТИМУС-а за младе тест-ретест методом и евалуативним упитницима показала је значајно смањење антисоцијалног понашања, повећање самоконтроле агресивности, побољшање просоцијалних вештина код младих и вештина решавања проблема у породици, повећање одговорног понашања младих и њихових родитеља, унапређење квалитета комуникације и смањење негативне размене у породици, као и унапређење интеграције младих у заједницу, кроз боље школовање и укључење у просоцијалне вршњачке групе и просоцијалне активности.³⁸⁾

Анализа процеса имплементације је показала да многи реализатори нису применили све кораке, предвиђене програмом. Најпредиктивнији за успех програма је био квалитет конкретног реализатора, који је доста варирао, што показује да едукације за примену програма и супервизија његове имплементације није била довољна да се уједначи квалитет услуге. Унапређење ефикасности програма и придржавања реализатора програму би захтевало дужу едукацију и интензивнију супервизију у малим тимовима, што подразумева додатне ресурсе, који у овом тренутку нису тако доступни.

4. ЗАКЉУЧАК

Мултисистемске терапије (МСТ) Хенглера и сарадника је један од најефикаснијих и најдокументованијих третмана младих са озбиљним антисоцијалним понашањем који се спроводе у природној средини младе особе. Ради се о интензивном третману уз интензивну супервизијску подршку, који је фокусиран на оснаживање свих чланова породице за одговорно понашање и оспособљавање родитеља/старатеља за успешно родитељство. Интервенције у оквиру ове терапије су базиране на девет принципа, по којима је овај приступ препознатљив. Ипак, МСТ, иако дугорочно економски исплатива, на почетку тражи знатна улагања у едукацију реализатора третмана и у финансирање и организацију услуга. МСТ је инспирисала развој програма ОПТИМУС за породице, који на-

38) Јасна Хрчић, Тамара Цамоња Игњатовић, Вера Деспотовић Станаревић, „Евалуација ефеката програма интеграције младих у сукобу са законом“, *Годишњак Факултета политичких наука*, Факултет политичких наука, Београд, вол. 5, бр. 5/2011, стр. 437–451.

стоји да примени принципе МСТ у раду са младима са антисоцијалним понашањем, интегрише их са доприносима кратке терапије усмерене на решење, когнитивно-бихејвиоралних приступа и модела стадијума социјалне интеракције и да их прилагоди могућностима стручног рада у Србији. Иако није било могуће у нашим околностима постићи квалитет обуке нити интензивност рада са породицом коју обезбеђује МСТ, *ОПТИМУС за породице* је, уз паралелну примену *ОПТИМУС-а за младе*, постигао значајне помаке код младих са антисоцијалним понашањем и њихових породица у правцу смањења антисоцијалног понашања и боље интеграције младих у заједницу. Ипак придржавање програму није било потпуно и успешност интервенција је значајно варијирала међу реализаторима. Успех програма упркос овим недостацима указује на његову примереност и на ефикасност примене принципа МСТ и у нашим околностима. Дужа едукација и интензивнија имплементација и супервизија довеле су до бољих и стабилнијих резултата. Потребна су већа и систематска улагања да би се постигао висок квалитет услуге у оквиру имплементације програма ОПТИМУС за породице.

ЛИТЕРАТУРА

- Хрнчић Јасна, Деспотовић Станаревић Вера, Џамоња Игњатовић Тамара, „ОПТИМУС за породице“, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Хрнчић, Јасна; Џамоња Игњатовић, Тамара; Деспотовић Станаревић, Вера), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 93–133.
- Хрнчић Јасна, Џамоња Игњатовић Тамара, Деспотовић Станаревић Вера, „Полазне основе програма „ОПТИМУС““, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Хрнчић, Јасна; Џамоња Игњатовић, Тамара; Деспотовић Станаревић, Вера), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 47–64.
- Хрнчић Јасна, Џамоња Игњатовић Тамара, Деспотовић Станаревић Вера, „ОПТИМУС за младе“, у монографији: *Деца и млади са проблемима понашања: услуге и третмани у заједници* (приредиле Хрнчић, Јасна; Џамоња Игњатовић, Тамара; Деспотовић Станаревић, Вера), Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 65–91.
- Хрнчић Јасна, Џамоња Игњатовић Тамара, Деспотовић Станаревић Вера, „Евалуација ефеката програма интеграције младих у сукобу са законом“, *Годишњак Факултета политичких наука*, Факултет политичких наука, Београд, вол. 5, бр. 5/2011, стр. 437–451.
- Henggeler Scott W., „Advantages and disadvantages of Multisystemic Therapy and other evidence-based practices for treating juvenile offenders“, *Journal of*

- Forensic Psychology Practice*, Taylor & Francis, Philadelphia, Vol. 3, No. 4/2003, pp. 53–59.
- Henggeler Scott W., Clingempeel Glenn W., Brondino Michael J. and Pickrel Susan G., „Four-year follow-up of Multisystemic Therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Elsevier on behalf of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (United States), Amsterdam, Vol. 41, No. 7/2002, pp. 868–874.
- Henggeler Scott W., Cunningham Phillippe B., Pickrel Susan G.; Schoenwald, Sonja K. and Brondino, Michael J., „Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders“, *Journal of Adolescence*, Elsevier, Amsterdam, No. 19/1996, pp. 47–61.
- Henggeler Scott W. and Schaeffer Cindy M., „Multisystemic Therapy®: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research“, *Family Process*, Wiley-Blackwell, Hoboken, New Jersey, Vol. 55, No. 3/2016, pp. 514–528.
- Henggeler Scott W., Schaeffer Cindy M., Rowland Melisa D. and Cunningham Phillippe B., *Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescent. Multisystemic Therapy*, The Guilford Press, New York, 2002.
- Henggeler Scott W., Schoenwald Sonja K., Borduin Charles M., Rowland Melisa D. and Cunningham Phillippe B., *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York, 1998.
- Klietz Stephanie J., Borduin Charles M. and Schaeffer Cindy M., „Cost–benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders“, *Journal of Family Psychology*, American Psychological Association, Washington, D.C., Vol. 24, No. 5/2010, pp. 657–666.
- MST Group, *Multisystemic Therapy, Research at Glance. Published MST Outcome, Implementation and Benchmarking Studies*. MST Group, MST Services, January 20016. Internet, <http://mstservices.com/files/outcomestudies.pdf>, 05/04/2016.
- Multisystemic therapy. *Blueprints Programs*. Internet, <http://www.blueprints-programs.com/evaluation-abstract/multisystemic-therapy-mst>, 20/04/2016.
- Ogden Terje and Halliday-Boykins Colleen A., „Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US“, *Child and Adolescent Mental Health*, Wiley-Blackwell on behalf of the Association for Child and Adolescent Mental Health, Hoboken, New Jersey, Vol. 9, No. 2/2004, pp. 77–83.
- Ogden Terje, Hagen Kristine Amlund and Andersen Oddbjørn, „Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation“, *Journal of Children's Services*, Pavilion Journals Ltd, Brighton, Vol. 2, No. 3/2007, pp. 4–14.
- Opening Plenary, “Presentations from across Europe”, *MST European Conference*, 12-13 May 2014, UK, London
- Pantoja Rodrigo, “Multisystemic therapy in Chile: A public sector innovation case study”, *Psychosocial Intervention*, Elsevier, Amsterdam, No. 24/2015, pp. 97–103.

- Patterson Gerald R., Reid John R. and Dishion Thomas J., *A Social Interactional Approach. Vol. 4, Antisocial Boys*, Castalia Publishing Company, Eugene, 1992.
- Sawyer Aaron M. and Borduin Charles M., „Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9-Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, American Psychological Association, Washington, D.C., Vol. 79, No. 5/2011, pp. 643–652.
- Shazer Steve De, *Clues: Keys to Solutions in Brief Therapy*, Norton, New York, 1985.

Jasna Hrnčić, Andrijana Radoićić

USING MULTISYSTEMIC APPROACH FOR TREATING JUVENILES WITH ANTISOCIAL BEHAVIOUR IN SERBIA

Resume

The paper analyzes the use of the approach and principles of Multisystemic Therapy (MST) in the program “OPTIMUS for families”. The treatment of juveniles with antisocial behaviour is usually conducted with the aim of reducing antisocial behaviour. However, there are some specific challenges to this aim, such as the problems these juveniles face within several systems (their family, peer group, school/ workplace), and a high dropout rate in the families who come to an institution for a treatment, especially those with the most serious problems. The MST model developed by Henggeler and his associates has overcome the listed challenges by treating juveniles in their natural environment and empowering their parents/ parental figures to resolve problems both within the family and in other systems. It is based on a socio-ecological model and a systematic family therapy. MST has been assessed as one of the most efficient therapies in this field, and yet this program is largely inaccessible in practice in our environment as it involves a therapist’s intensive engagement and a small number of simultaneously conducted cases, as well as the economically-demanding educational training. The program “OPTIMUS for families” strives to apply the principles of MST in the treatment of the juveniles with antisocial behaviour, in an attempt to integrate these principles with the contributions from the solution focused brief therapy, cognitive-behavioral approaches and social interactional stage model, and to adapt them to the opportunities in Serbia. The program includes 12 weekly visits

to a family made by providers, the first three and the last of which are semi-structured, whereas the rest implement one of the 15 modules according to the family needs. The paper analyzes the specific program solutions in the light of the MST approach and principles, as well as their advantages and challenges reflected in working practice with the juveniles with antisocial behaviour in our environment.

Key words: juveniles in conflict with law, conduct disorders, delinquency, psychotherapy, treatments.

* Овај рад је примљен 23. новембра 2016. године а прихваћен за штампу на састанку Редакције 26. децембра 2016. године.