KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNA TERAPIJA U ŠKOLSKOM OKRUŽENJU

Marija Mitković Vončina^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Apstrakt: Iako veliki broj dece i mladih ima neki mentalni poremećaj, samo mali broj dobije stručnu pomoć dovoljno rano. Jedan od načina da se poboljša dostupnost tretmana jeste primena kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), terapijskog modaliteta čija je efikasnost u razvojnem periodu pokazana za različite internalizujuće i eksternalizujuće probleme, u školskom okruženju. To okruženje predstavlja koristan terapijski seting, jer s jedne strane, smanjuje stigmatizaciju vezanu za psihijatrijsko lečenje i povećava dostupnost intervencija za probleme mentalnog zdravlja mladih, a s druge strane, pruža mogućnost specifične integracije informacija i uvežbavanja novostečenih veština. U radu je prikazan kratak presek nekih od KBT principa, indikacija i tehnika u radu sa mladima, važnih za primenu u školskom okruženju. Uz edukaciju stručnjaka, KBT u školskom setingu može predstavljati strukturisan, praktičan i prijemčiv način za pomoć mladima sa izazovima odrastanja.

Ključne reči: *kognitivno-bihevioralna terapija, škola, deca, adolescenti*

Kognitivno-bihejvioralna terapija u razvojnem dobu

Razvojno doba predstavlja specifičan prozor u vremenu – period mogućnosti stimulacije i razvoja, ali i period rizika za nastanak mentalnih poremećaja. Podaci ukazuju na to da čak 10 do 20% dece i adolescenata širom sveta ima neki mentalni poremećaj, i da se polovina svih mentalnih poremećaja prvi put javi do četrnaeste godine [1]. Neuropsihijatrijski poremećaji predstavljaju vodeći uzrok disfunkcionalnosti mladih ljudi u svim regionima sveta, i, ukoliko se ne leče, utiču na probleme razvoja, vode stigmatizaciji, izolaciji, i čine da mladi ljudi nikada ne dosegnu svoje akademske i druge potencijale [1]. Uprkos navedenom, smatra se da čak 70% dece i adolescenata zapravo ne dobije adekvatne intervencije na vreme [2].

Jedan od terapijskih pravaca koji kroz rezultate istraživanja pokazuje efikasnost za probleme iz domena dečije i adolescentne psihijatrije, jeste kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT). Efikasnost ovog modaliteta terapije pokazana je u lečenju anksioznih poremećaja, depresije [3], eksternalizujućih poremećaja [4], i drugih problema mentalnog zdravlja u razvojnem periodu [5].

U osnovi ovog terapijskog pravca leži model koji podrazumeva kognitivnu i bihejvioralnu komponentu, koje se međusobno prepliću (Shema 1).

Shema 1. Osnova kognitivno-bihejvioralnog modela

Kognitivna komponenta sugerise da su osećanja i prateća ponašanja rezultat kognitivne interpretacije situacija. Sistem bazičnih uverenja predstavlja filter kroz koji se procesiraju i interpretiraju percipirane informacije, i stvaraju se disfunkcionalne automatske misli koje dalje uslovljavaju nastanak

problematičnih osećanja (izraženih kroz različite telesne tegobe kao što su npr. lupanje srca, ubrzano disanje, trnjenje kod straha) i ponašanja (kakvo je npr. ponašanje izbegavanja u strahu). Važno je da su veze u okviru modela dvosmerne, dinamičke, što predstavlja i osnov promene [6,7]. Ova vrsta psihoterapije, dakle, pretpostavlja da identifikacija i izmena nečijih disfunkcionalnih kognicija sledstveno doprinosi promeni maladaptivnih emocija i ponašanja [3,6]. Bihevioralna komponenta odnosi se na to da naše reakcije na sredinske stimuluse formiraju naša ponašanja, i uključuje mehanizme učenja među kojima su učenje po modelu (učenje oponašanjem), instrumentalno učenje (uslovljeno potkrepljenjem), i klasično uslovljavanje (stvaranje uslovnih refleksa) [8]. Osobine KBT koje bi je mogle činiti posebno pogodnom za mlada-lacki uzrast jesu njena strukturisanost, relativno kratko trajanje, i aktivna uloga pacijenta.

Kada je u pitanju rad sa decom i adolescentima, važno je obratiti pažnju na pojedine principe KBT.

Kao i u drugim terapijskim modalitetima, i u KBT jedno od ključnih mesta pripada terapijskom savezu. Ovaj odnos podrazumeva prohodnu komunikaciju, kolaborativni pristup koji aktivno angažuje mladu osobu, stvara atmosferu poverenja i empatije, bez osuđivanja, i u kojem je sve orijentisano ka održanju motivacije za pronalaženje rešenja [7]. Početak i srž terapije predstavlja konceptualizacija mentalnog poremećaja, koja za zadatak ima sledeće: razumevanje okvira detetovog problema, odabir konkretnog problema na kojem će biti fokus u aktuelnoj intervenciji, određivanje terapijskog cilja u saradnji sa detetom odnosno adolescentom, plan terapijskih intervencija, predviđanje ponašanja i plan rešavanja nesaradljivosti u tretmanu [7]. U skladu sa vanvremenskim postulatima lečenja koji su orijentisani na ličnost a ne bolest [9], konceptualizacija slučaja i plan tretmana treba da budu vrlo individualizovani, uz poznavanje i uvažavanje mlade ličnosti, njenog načina izražavanja, motivišućih faktora, i okruženja.

Psihoedukacija takođe zauzima značajno mesto, posebno u radu sa mladima. Ona nije pasivni, već interaktivni, dinamički deo tretmana, koji facilitira proces promene [10]. Potrebno je koristiti uzrasno odgovarajuće načine da se informacije o mentalnom funkcionisanju prikažu i individualno prilagode [10]. Tako će psihoedukacija za mladu decu biti na konkretnijem nivou, uz korišćenje dečijih metafora i motivatora (npr. kreiranje stripa sa omiljenim junakom i pričom o tome šta se događa u njegovom umu i telu u slučaju straha; korišćenje nalepnica sa dečijim simbolima u motivaciji). Adolescentni uzrast zahteva metafore i motivatore koji uvažavaju njihov identitet u izgradnji, potrebu za autonomijom, kao i adolescentne uzore. Informacija o plastičnosti centralnog nervnog sistema u razvojnog periodu odnosno posebnoj prijemčivosti mladog mozga za promene [11], može biti od posebne koristi u psihoedukativno-motivacionom radu sa adolescentima i roditeljima.

U kognitivnim intervencijama centralnu ulogu uzima sokratovski pristup, odnosno postavljanje pitanja koja dovode do uvida u disfunkcionalne kognicije [6], uz prilagođavanje očekivanja i “terapijskog jezika” uzrastu [9, 7]. Kognitivne intervencije, međutim, mogu biti primenjene nakon što je dostignut odgovarajući nivo kognitivnog razvoja [12]. Podaci pokazuju da deca već na uzrastu od 4 do 7 godina imaju izvesnu mogućnost da naprave razliku između misli, osećanja i ponašanja [13] i da su pozitivni efekti ove terapije evidentirani i kod predškolske dece [12]. Ima podataka, međutim, koji govore o tome da su mala deca responsivnija prema bihevioralnim elementima KBT [12]. Važno je i uključivanje roditelja u tretman, što se posebno odnosi na tretman mlađe dece [12]. Roditelji mogu pomoći u proceni, psychoedukativno-motivacionom radu, modelovanju, sprovođenju intervencija između seansi kroz terapijske zadatke i primenjivanje sistema potkrepljenja, praćenju detetovog napretka, i najvažnije, u obezbeđivanju adekvatnog i toplog okruženja.

Značajno mesto zauzima i tehnika igranja uloga (“*role play*”), koja pomaže u analizi disfunkcionalnih kognicija i ponašanja, kao i modelovanju i uvežbavanju adaptivnih odgovora, a za mladalački uzrast od posebnog je značaja da ona ne bude suvoparna već kreativna i maštovita (npr. kroz igru improvizovanog pozorišta) [10]. Kada je u pitanju uzrasna specifičnost tehnika, važno je istaći i značaj terapijskih zadataka i vođenja dnevnika između seansi. Pojam “domaćeg zadataka” deci i adolescentima je blizak i razumljiv, on predstavlja deo njihove svakodnevice [5]. S jedne strane terapijske intervencije kroz domaće zadatke doprinose “normalizaciji” i destigmatizaciji, a s druge strane, podstiču autonomiju mlade osobe koja uzima aktivnu ulogu u poboljšanju svog funkcionisanja između seansi [7]. Još jedan od elemenata koji KBT čini značajnim u razvojnem periodu jesu vizuelni prikazi – kao što je korišćenje table i flomastera, crtanje shema, pravljenje kartica za nošenje sa problemom, ispunjavanje tablica i formulara. Kao i domaći zadaci, vizuelni prikazi jesu nešto sa čim se deca i adolescenti svakodnevno sreću u obrazovanju, i mogu podstaći veće interesovanje i saradljivost, usmereniju pažnju, bolje razumevanje, a mogu i gratifikovati njihove veštine vezane za sistematičnost i umetnost. U skorije vreme, sve se više prepoznaje moguća terapijska uloga digitalnih platformi (npr. mobilne aplikacije) koje mogu pomoći personalizaciji monitoringa, terapijskih zadataka i većoj saradljivosti, ali su u budućnosti potrebna istraživanja njihove efikasnosti u dečijoj i adolescentnoj populaciji [14].

Kada je u pitanju KBT dece i adolescenata, prikupljanje podataka i dijagnostika stalno se prepliću sa terapijskim intervencijama. Dobijanje podataka o doživljajima deteta kako bi se konceptualizovao problem može biti pravi izazov, i nekada je potrebno upravo primeniti terapijske intervencije koje bi pomogle ovaj proces (npr. primena sistema potkrepljenja i tehnika relaksacije kako bi se dobili podaci o disfunkcionalnim kognicijama). Stoga,

dijagnostika i terapija, odnosno konceptualizacija i intervencija u razvojnoj KBT počinju istovremeno, u prvom kontaktu sa detetom, uz kontinuirano i pažljivo održavanje ravnoteže između ova dva procesa.

KBT i školsko okruženje

Većina podataka o uspešnosti KBT kod dece i adolescenata odnosi se na populaciju koja se klinički leči. U novije vreme, međutim, sve više se govori o primeni principa KBT u školskom okruženju [5, 7], iz više razloga:

- ovaj seting pruža mogućnost da se dopre do većeg broja dece, i to na nestigmatizujući način za razliku od psihijatrijskih ustanova;
- forma KBT liči na obrazovne metode i prijemčiva je školskom kadru;
- vremenski je ograničena i orijentisana na rešenje u aktuelnom trenutku, pa se može lakše primeniti u ograničenjima školskog setinga i lakše modifikovati u odnosu na neke druge terapijske modalitete;
- terapeuti u školi imaju pristupa paleti interakcija koje učenik obavlja – interakcija sa nastavnicima, vršnjacima, kao i o naporima koje učenik ulaže i rezultatima koje postiže, što sve daje detaljnu, realnu i integrativnu sliku o kognicijama učenika, koja nije uvek dostupna kliničarima izvan školskog setinga;
- terapeuti u školi imaju, takođe, pristup nastavnom kadru i mogućnost da psihoeducacijom i reorganizacijom utiču na to da školsko okruženje pogoduje željenoj promeni kod deteta odnosno adolescenta, kao i da mu pruži “siguran prostor” u kritičnim situacijama [5,7].

Imajući u vidu navedeno, školsko okruženje zapravo predstavlja neki vid “prirodne laboratorije” za opservaciju dinamike i skupljanje informacija o problemima učenika, kao i bezbedno okruženje da učenik neposredno oproba novostečene veštine [7].

Struktura KBT intervencija u školskom okruženju

KBT intervencije u školskom okruženju mogu se primenjivati kroz individualne i grupne seanse.

Individualne seanse u školi uglavnom su relativno kratke – traju oko 30 minuta, i uključuju nekoliko elemenata: 1) Inicijalnu procenu stanja putem kratkog upitnika (procena intenziteta osećanja, aktuelne misli i nošenje sa njima, da li je obavljen terapijski zadatak); 2) uvodni deo i planiranje seanse (5 minuta); 3) diskutovanje o tezama iz plana (20 minuta); 4) terapijski zadatak do sledeće seanse, rezime aktuelne seanse i povratne informacije (5 minuta) [7].

Posebno mesto u prevenciji i terapiji zauzimaju i grupne KBT intervencije koje se sve više primenjuju u adolescenciji, s obzirom na njihovu

specifičnu pogodnost usled posebnog uticaja vršnjačke grupe odnosno vršnjačkog modelovanja u ovom periodu. Postoji veliki broj strukturisanih programa za decu i mlade koji se mogu primenjivati u školi, a jedan od najpoznatijih je "FRIENDS program" [15], čija su uspešnost i održavanje rezultata pokazani i posle godinu dana [16]. Radi se o programu koji se može primenjivati i u preventivne i terapijske svrhe, sa ciljem smanjenja anksioznosti i postizanja emocionalne rezilijencije, ali je pokazano da deluje i na smanjenje depresivnih simptoma, poboljšanje socijalnih, kao i veština rešavanja problema. Mogu ga voditi stručnjaci iz domena mentalnog zdravlja, ali i edukovane školske medicinske sestre. Namenjen je deci 9-12 godina, podrazumeva 10 sedmičnih seansi i 2 roditeljske psihoedukativne seanse. Zasnovan je na učenju veština emocionalne regulacije pod akronimom FRIENDS i njegove komponente su: **F** = "Feelings" (prepoznavanje i odgovor na sopstvena i tuđa osećanja), **R** = "Remember to relax, have quiet time" (prepoznavanje fizioloških elemenata osećanja i relaksacija); **I** = "I can try my best (Inner Helpful Thoughts)" (trening pažnje, kognitivni model, kognitivna restrukturacija); **E** = "Explore solutions and coping step plans" (učenje veština nošenja sa problemima i prevazilaženja izazova); **N** = "Now reward yourself" (učenje potkrepljivanja sopstvenog truda); **D** = "Do it every day" (svakodnevno praktikovanje naučenih veština i nakon završetka programa); **S** = "Smile! Stay calm, and talk to support teams" (prepoznavanje eventualnog relapsa i plan adekvatnog reagovanja).

Odabrane indikacije i tehnike KBT u školskom setingu

Stručnjaci zaposleni u školi često se sreću sa problemima kontrole emocija i distresa kod učenika. Važno je proceniti da li su neprijatna osećanja i distres deteta odnosno adolescenta rezultat razumne reakcije na problematične okolnosti, ili su uzrokovane disfunkcionalnim mislima ili uverenjima i mogu biti povezani sa ozbiljnijim problemima mentalnog funkcionisanja. Ukoliko je u pitanju ono prvo, od značaja je primeniti metod zajedničkog rešavanja problema, kroz identifikaciju problema, identifikaciju mogućih rešenja, odabir rešenja i praćenje toga koliko je rešenje uspešno [5]. Kada su u pitanju ozbiljniji problemi, oni svakako zahtevaju procenu kliničara u savetovalištu ili psihijatrijskoj ustanovi, ali KBT intervencije u školi, usled destigmatizacije [7] mogu biti od izuzetnog značaja za saradljivost u tretmanu, pa samim tim i za brzinu oporavka. Ozbiljniji problemi koji bi se najčešće mogli manifestovati u školi odnose se na probleme emocionalne regulacije i regulacije ponašanja. Intervencije započinju opštom psihoedukacijom koja pomaže mladima da razumeju razlike između misli, osećanja i ponašanja, kao i njihove bidirekzione veze u okviru KBT modela, kao i edukacijom o konkretnom poremećaju i načinima rešavanja [7].

Kada su u pitanju internalizujući poremećaji, primenjuju se klasične kognitivne i bihevioralne intervencije specifične za ovu grupu poremećaja

[5,6,10], uvek uz razmišljanje kako da se terapijski cilj i zadatak što bolje dočara kroz mikrokosmos mlade osobe sa kojom se radi, uz korišćenje informacija iz školske sredine i uz korišćenje samog školskog setinga za sprovođenje intervencija. Kognitivne intervencije odnose se na identifikaciju osnova lošeg samopouzdanja odnosno ideja negativne procene sebe, okruženja i budućnosti (Beck-ov kognitivni trijas) u depresiji, i negativnih anticipacija uzrokovanih kognitivnim distorzijama (katastrofiranje, uskakanje u zaključak i dr). u anksioznim poremećajima. U kognitivnoj restrukturaciji od pomoći mogu biti različite metafore [5,10], kao što je "sudeње" iracionalnoj misli koje mlada osoba sprovede, tako što će pronalaziti argumente za i argumente koji govore suprotno, i razmisliti šta bi adolescent poručio drugu koji misli tu istu misao. Ovo se najbolje čini kroz strukturisani dnevnik odnosno kognitivni monitoring koji u vidu tabele adolescent vodi u specifičnim situacijama. Od bihevioralnih intervencija u depresiji, od značaja je bihevioralna aktivacija [5,10], koja se sprovodi po unapred utvrđenom planu (biraju se aktivnosti koje su ranije donosile zadovoljstvo, i meri se raspoloženje pre i posle), gde je važno skrenuti pažnju da je potrebno inicirati aktivnost da bi se aktivirala volja a ne obrnuto. Kada je u pitanju anksiozni poremećaj, neophodno je primeniti metode razuslovljavanja odnosno osmisliti plan postepenog izlaganja stimulusu iracionalnog straha (dovoljno dugog trajanja, prema unapred utvrđenoj hijerarhijskoj skali) ili plan sistematske desenzitizacije (izlaganje u prisustvu inhibitora straha kao što je mišićna relaksacija). Od posebnog je značaja identifikovati i eliminisati sve reakcije izbegavanja (među kojima mogu biti čak i talismani, srećna garderoba, kojima mladi mogu biti posebno skloni). Od značaja je i bihevioralni eksperiment koji omogućava da se u realnosti, na konkretan način evaluiira tačnost negativnih anticipacija [5,10]. Za regulaciju telesnih manifestacija anksioznosti, korisne su vežbe disanja i tehnike progresivne mišićne relaksacije, prema unapred utvrđenom skriptu zasnovanom na nekoj individualno i uzrasno prilagođenoj metafori [10] (npr. progresivna mišićna relaksacija može se postići tako što dete imitira određene aktivnosti junaka i kroz njih kontrahuje i dekontrahuje grupe mišića; vežbe sporog disanja mogu se obavljati kroz metaforu udisanja i izdisanja mehura od sapunice).

Jedan od problema čije se manifestacije ili njihove posledice neretko mogu ispoljavati u školskom okruženju jesu impulsivna ponašanja – agresivni ispadi, samopovređivanje, uzimanje psihoaktivnih supstanci, impulsivni obrasci u ishrani, i sl. Iako eksplozivna po karakteru, ova ponašanja se nikada ne javljaju u vakuumu, već im prethodi lanac specifičnih okidača - situacije, razmišljanja, emocije. S druge strane, ova ponašanja se održavaju kroz vreme jer dovode do kratkotrajnog olakšanja nakon pražnjenja – adolescenti imaju teškoće da izdrže negativne emocije i traže trenutno rešenje za njihovo pražnjenje u vidu impulsivnih acting out reakcija [11]. To olakšanje je kratkotrajna nagrada koja učvršćuje ovaj oblik ponašanja. Kada pražnjenje prođe, međutim, nastupaju dugoročne posledice najčešće u pogledu kvarenja odnosa

sa vršnjacima, porodicom, problemima u školi, stvaranja doživljaja nemogućnosti samokontrole i stida – što služi kao novi okidač za disfunkcionalne misli o sebi i zatvara začarani krug impulsivnih ponašanja. Zbog toga je važno da adolescent napravi lančanu analizu i prepozna svaku navedenu kariku koja prethodi impulsivnim ponašanjima, a tako i svaki korak na koji može delovati – da vizuelno prikaže ovaj začarani krug i izlaz iz njega [17]. Kroz analizu koraka adolescent uči kako da na svakom od njih primeni tehnike kontrole – odlaganje reakcije i izmeštanje iz situacije, odustajanje od obrazaca gomilanja negativnih osećanja i primena zdravih načina evakuacije (socijalna podela, kreativne aktivnosti, tehnike relaksacije), identifikacija situacionih, kognitivnih i emocionalnih okidača (uz “merenje” njihovog intenziteta), unutrašnji dijalog. Korisno je da adolescent nacrti svoj dijagram problema, kao i svoj dijagram izlaza, i da bude spreman da dogovorene “alate” na svakom nivou primeni kako do impulsivnog ponašanja ne bi došlo [17].

Kada je u pitanju modifikacija ponašanja, odnosno učenje poželjnih i eliminacija nepoželjnih ponašanja koja su često udružena sa školskim funkcionisanjem (npr. u poremećajima ponašanja, poremećaju pažnje i hiperaktivnosti), od koristi kod dece može biti sistem potkrepljenja. Osim pohvalom, privilegijama, potkrepljenje se može vršiti putem pozitivnih poena odnosno “žetona” (*“token economy”*) [10]. Unapred se definišu željena ponašanja i problematična ponašanja, kao i način potkrepljivanja (smajli, stiker, magnet koji se zalepi u nedeljni raspored). Za eliminaciju negativnih ponašanja kod starije dece mogu se uvesti negativni poeni (ali tako da se uvek balansira u korist pozitivnih). Na kraju nedelje, dobija se nagrada koja “košta” unapred definisan broj žetona. Uključivanje dece u pravljenje vizuelnog prikaza sistema potkrepljenja (crtanje rasporeda, pravljenje stikera) može biti dodatni motivator i pomoći boljem savezu sa roditeljima ili pedagogima u ostvarivanju ovih intervencija. Osnovni principi primene ove metode podrazumevaju dosledno primenjivanje potkrepljenja uz uvek staložen ton i toplinu, ne davanje potkrepljenja unapred, i oprez da pozitivno potkrepljenje ne izgubi motivišuće svojstvo prečestom upotrebom ili prevelikom dostupnošću. Jedna od metoda za redukciju nepoželjnih ponašanja jeste *“time-out”*, odnosno konsekvencija po dete u vidu provođenja određenog vremena u prostoru bez potkrepljenja, uz prethodno upozorenje i staložen ton [10]. Iako za njenu uspešnost postoje empirijski dokazi decenijama unazad, ova metoda je kontroverzna, s obzirom na nemogućnost da se učvrsti pozitivno ponašanje, kao i na neuspeh, frustraciju i potencijalno narušavanje odnosa sa detetom ukoliko se tehnika pogrešno primeni [18]. Kada su u pitanju repetitivna neurotska motorička ponašanja kao što su tikovi, metoda reverzne navike (*“habit reversal”*) podrazumeva primenu aktivnosti koja onemogućava tik ili mu je suprotna u osnovi [10]. Pomoć oko ove tehnike može imati poseban značaj u školi gde dete odnosno adolescent provodi veliki deo vremena i gde tegobe mogu biti izražene usled socijalnih okidača anksioznosti.

Zaključak

Školsko okruženje predstavlja koristan seting za modifikaciju disfunkcionalnih kognicija i ponašanja koja su u osnovi različitih problema regulacije emocija kod dece i mladih. Školski seting, s jedne strane, smanjuje stigmatizaciju vezanu za psihijatrijsko lečenje, a s druge strane pruža mogućnost integracije informacija i uvežbavanja novostečenih veština “sada i ovde”. Stoga, KBT u školskom okruženju može predstavljati strukturisan, praktičan i prijemčiv način za pomoć mladima. Supervizirana edukacija stručnjaka koji rade u školi iz oblasti osnovnih principa i tehnika KBT koji bi mogli biti primenjeni u školskom okruženju, kako individualnih tako i grupnih, mogla bi pomoći da se dopre do većeg broja dece i mladih kojima je potrebna pomoć u oblasti mentalnog zdravlja. Ovakva edukacija mogla bi pomoći i školskom osoblju da, kroz interne smernice i podršku u mreži sa edukovanim stručnjacima za mentalno zdravlje u školi, poveća svoje kompetencije i doživljava sigurnosti u svakodnevnom radu, a sve u cilju što kvalitetnije pomoći mladima sa izazovima odrastanja.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN SCHOOL SETTINGS

Marija Mitković Vončina^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Although a number of children and adolescents has a diagnosable mental disorder, only a small portion of them receives treatment early enough. One of the ways to enhance the availability of treatment is the application of cognitive-behavioral therapy (CBT), a therapeutic modality with shown efficacy in various internalizing and externalizing child and adolescent disorders, in school settings. School environment represents a useful therapeutic setting since, on one hand, it reduces the stigma of psychiatric treatment and increases the availability of intervention to young people, and on the other hand, it provides a possibility of specific information integration and mastering the acquired skills. This paper briefly summarizes some of the CBT principles, indications and techniques most important for working with youth in school environment. With education of school professionals, CBT in school settings may represent a structured, practical and adherable way to help the challenges young people face growing up.

Key words: *cognitive-behavioral therapy, school, children, adolescents*

Literatura

1. World Health Organization. Child and adolescent mental health. [Internet; cited 2018 Oct 20]; Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.
2. Mental Health Foundation. Fundamental Facts About Mental Health 2016. London: Mental Health Foundation; 2016.
3. Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2017 Jun;49:76-87.
4. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther.* 2015; 75:60-71.
5. Creed TA, Reisweber J, Beck AT. Cognitive Therapy for Adolescents in School Settings. New York: Guilford Press; 2011.
6. Beck J. Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond. New York: Guilford Press; 2011.
7. Mennuti RB, Christner RW, Freeman A (eds). Cognitive-behavioral interventions in educational settings: a handbook for practice (2nd edition). New York: Routledge; 2012.
8. Zdravković J. Bihevioralna (psiho) terapija u psihijatriji. Niš; 1980.
9. Lecic Tosevski D. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. *Psihijat. Dan.* 2005; 37 (Suppl. 1): 9-15.
10. Freidberg RD, McClure JM, Hillwig Garcia J. Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents. New York: Guilford Press; 2009.
11. Pejović-Milovančević M, Krgović I, Mitković-Vončina M. The adolescent brain: Changes and challenges of development. *Medicinski podmladak.* 2017;68(2):8-13.
12. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015; 2: CD004690.
13. Quakley S, Reynolds S, Coker S. The effect of cues on young children's abilities to discriminate among thoughts, feelings and behaviours. *Behav Res Ther.* 2004;42(3):343-56.
14. Grist R, Porter J, Stallard P. Mental Health Mobile Apps for Pre-adolescents and Adolescents: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2017;19(5):e176.
15. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol.* 2001;30(4):525-35.

16. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *Behav Ther.* 2012;43(2):450-64.
17. Dennis Ougrin, Tobias Zundel, Audrey V Ng. *Self-Harm in Young People: A Therapeutic Assessment Manual.* Boca Raton: CRC Press; 2009.
18. Drayton AK, Andersen MN, Knight RM, Felt BT, Fredericks EM, Dore-Stites DJ. Internet Guidance on Time Out: Inaccuracies, Omissions, and What to Tell Parents Instead. *JDBP.* 2014;35(4):239-46.

Dr Marija MITKOVIĆ VONČINA, dr sci med, psihijatar, klinčki asistent,
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Marija MITKOVIC VONCINA, MD, PhD, psychiatrist, assistant professor, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Email: mitkovic_marija@yahoo.com