



KNJIGA SAŽETAKA PROJEKTA
VIRTUALNE KRIZNE INTERVENCIJE
“Here&Now”



Sarajevo 2021

supported by:



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Knjiga sažetaka projekta Virtualne krizne intervencije “Here&Now”

Urednici:

Mirela Badurina, Sabina Zijadić Husić, Amela Hadžimejlić

Autori (prema redoslijedu prikazanih sažetaka):

Azra Arnautović, Vildana Aziraj, Mirela Hadžić, Ranka Kalinić, Senka Čimpo, Đana Lončarica, Bruna Profaca, Dubravka Kocijan Hercigonja, Jelena Subašić, Marija Pavlović, Gordana Buljan Flander, Mirela Badurina, Sabina Zijadić Husić

Supervizor: Vera Daneš Brozek

Štampa:

City Group d.o.o. Sarajevo

Idejno rješenje i dizajn:

Amela Hadžimejlić i City Group d.o.o. Sarajevo

Projekat realizovan:

U saradnji sa:



Uz podršku:

BOSNA I HERCEGOVINA
Federacija Bosne i Hercegovine
Federalno Ministarstvo zdravstva



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске



Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Federalno ministarstvo
rada i socijalne politike

FMON
Federalno ministarstvo obrazovanja i nauke

Knjiga sažetaka projekta Virtualne krizne intervencije “Here&Now”

Projekat realizovan:

U saradnji sa: UNICEF-om i USAID-om

Uz podršku: Federalnog ministarstva zdravstva, Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, Federalnog ministarstva obrazovanja i nauke i Federalnog ministarstva rada i socijalne politike

Sadržaj

UVOD	5
Tema 1.	6
Osnovne informacije o virtualnim i telefonskim kriznim intervencijama i tretmanu	6
1.1. Telefonsko savjetovanje u okviru telefonske krizne intervencije	6
1.2. Stres, kriza i trauma	8
1.3. Trauma u djece i reakcije na krizu	10
Tema 2.	13
Psihološke reakcije na krizu kod djece, adolescenata i odraslih: Multidisciplinarna procjena, dijagnostika i intervencija (trijaža)	13
2.1. Psihološke reakcije na krizu kod djece, adolescenata i odraslih	13
2.2. Multidisciplinarna procjena, dijagnostika i intervencija (trijaža)	15
Tema 3. Podrška roditeljima, skrbnicima i porodicama u očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata	18
3.1. Podrška u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih	18
3.2. Faze u provođenju kriznih intervencija u grupi i u radu s obitelji	19
Tema 4.	21
Gubitak i tugovanje	21
Tema 5.	23
Zamke tretmana djece i adolescenata ukoliko se vodimo isključivo simptomom; Značaj odgojnoobrazovnih ustanova u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih.....	23
5.1. Specifičnosti dječje simptomatologije.....	23
5.2. Uloga vrtića i škole u vrijeme krize u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih	25
Tema 6.	27
Nasilje nad djecom i među djecom u vrijeme krize (uživo i online) seksualno zlostavljanje i iskorištavanje i zlostavljanje i zanemarivanje djece tokom visokokonfliktnih razvoda	27
6.1. Vrste i oblici zlostavljanja	27
6.2. Bullying, cyberbullying i zlostavljanje i zanemarivanje djece tokom visokokonfliktnih razvoda	29
Tema 7.	35
Primjena projektivnih tehnika *modaliteta* u virtualnim kriznim intervencijama i tretmanu djece, mladih i roditelja	35
Tema 8.	38
Sindrom profesionalnog sagorijevanja i briga o sebi	38

UVOD

O edukaciji

U cilju doprinosa zaštiti i smanjenju negativnog utjecaja trenutne zdravstvene krize na mentalno zdravlje i dobrobit djece, adolescenata i njihovih roditelja, BHIDAPA je započela 21.5. 2020. godine sa edukacijom Virtualne krizne intervencije/Virtual crisis interventions „Here and Now“ u suradnji sa UNICEF-om BiH i uz podršku USAID-a.

Edukacija ima za cilj osnažiti profesionalce iz centara za mentalno zdravlje, centara za socijalni rad i odgojno-obrazovnih institucija u primjeni virtualnih/telefonskih kriznih intervencija u radu sa djecom, mladima i obiteljima poštujući standarde o zaštiti djece, tijekom i nakon pandemije Covid-19.

Edukacija u trajanju od 2 mjeseca temelji se na integrativnom-holističkom i humanističkom pristupu, salutogeno orijentiranom i omogućava kreiranje i obezbjeđivanje multidisciplinarnih intersektoralnih timova za pružanje virtualnih kriznih intervencija, sada i u buduću u stanjima krize. Voditelji edukacijskog programa su članovi i saradnici stručnog multidisciplinarnog tima BHIDAPA.

Identifikacija problema i odgovor na situaciju

Situacija izazvana Corona virusom, uvođenje mjera zabrane kretanja, zatvaranja škola, prelaska na online nastavu, rad od kuće, uzrokovalo je da se djeca i adolescenti nalaze u specifičnoj i novoj situaciji. Poteškoće na koje nailaze njihovi roditelji kao što su visoka razina stresa izazvana novonastalom zdravstvenom krizom, gubitak posla, rad od kuće, siromaštvo i socijalna isključenost, djecu pogađaju direktno. Restriktivne mjere zbog koronavirusa, mogle bi dovesti do značajnog porasta obiteljskog nasilja, te se treba usmjeriti na prevenciju i podizanje javne i stručne svijesti o opasnosti porasta obiteljskog nasilja u vrijeme izolacije, nasilja nad djecom, zlostavljanja i zanemarivanja. Na osnovu malog broja dosadašnjih istraživanja o uticaju karantina i izolacije na mentalno zdravlje, da se zaključiti da se može očekivati povećan broj osoba sa mentalno-zdravstvenim poteškoćama. Naročito su u opasnosti djeca i adolescenti, zbog razvojnih specifičnosti i vulnerabilnosti. Analogno, potrebno je ojačati stručnjake i obezbijediti potrebnu virtualnu/telefonsku stručnu pomoć djeci i njihovim roditeljima.

Tema 1.

Osnovne informacije o virtualnim i telefonskim kriznim intervencijama i tretmanu

1.1. Telefonsko savjetovanje u okviru telefonske krizne intervencije

Stanje pandemije promijenilo je i način komunikacije sa klijentima/pacijentima i stručnim licima/pomagačima, socijalnim radnicima, liječnicima, psihoterapeutima, učiteljima i drugim. Direktni kontakt zamijenjen je online kontaktima, bilo virtualnim ili telefonskim. Promijenili su se obrasci djelovanja, ali i potreba onih koji su tražili određenu pomoć. Komunikacija je dobila drugu dimenziju. Online kontakti imaju oblik virtualnog preko platformi npr. ZOOM, Skype, Viber i slično, te telefonski pozivi.

U zavisnosti koji od načina koristimo potrebno je imati na umu sljedeće elemente u komunikaciji (o sebi ali i klijentu): NEVERBALNI DIO (položaj tijela, geste, mimika..); PARAVERBALNI DIO (ton i boja glasa, pauze u govoru, brzina govora, glasnoća, uzdasi...); VERBALNI DIO (riječi, priča o problemu, osjećanja, nedovršene rečenice, povezanost sadržaja, otvorena pitanja, sažimanje sadržaja, reflektirajuće tvrdnje, ponavljanje ključnih riječi....

Svrha savjetodavne komunikacije je zadovoljiti neke od osnovnih psiholoških potreba: želim da me neko (pre)poznaje, želim da me neko razumije, želim da me neko čuje. Pokušati zajedno s klijentom riješiti neki njegov problem. Davanjem obavijesti ublažiti negativna emocionalna stanja (npr., potištenost i tjeskobu). Primanjem informacija od kl. tj. slušanjem poticati emocionalno rasterećivanje pojedinca od problema koji ima. Potrebno je, dakle, razjasniti: zašto nam se osoba obratila? Da li je došla/online/telefonski na svoju ili tuđu inicijativu? Šta hoće da postigne savjetovanjem? Kako očekuje da će to postići? Da li je to u skladu sa onim šta smo mi u stanju i spremni da pružimo itd.

Telefonsko savjetovanje, u okviru telefonske krizne intervencije, može se definisati kao PROCES putem kojeg obučeni savjetovatelji rade sa pozivateljima preko telefona, s ciljem da im se omogući da istraže ličnu situaciju, problem ili krizu u kojoj se nalaze. Specifičnosti djelovanja putem telefona su anonimnost, povjerljivost, dostupnost. Osjećaj sigurnosti kod pozivatelja, ali i savjetodavatelja. Neizvjesnost (ko je sa druge strane?) Odsutnost fizičkog kontakta i pogleda. Pozivatelj se može više koncentrisati na sebe. Važnost paraverbalnih znakova(visina glasa, ton, boja). Brzina odgovora, šutnja, zamuckivanje, podrhtavanje glasa, a to pomaže savjetodavatelju u usmjeravanju daljeg razgovora. Pozivi mogu biti (kategorije poziva): Emocionalno teški i uznemirujući pozivi; Šutnja tokom razgovora; Testirajući pozivi; Zlostavljajući i neugodni pozivi; Hronični pozivatelji; Suicidalni pozivi.

Osnovna načela i smjernice kojih se profesionalci trebaju držati su: vjerovati pozivatelju poziva, ne osuđivati pozivatelja, sve pozivatelje treba tretirati sa poštovanjem, pomoći pozivatelju da sam pronađe vlastito rješenje ili izlaz iz situacije, ne raditi umjesto pozivatelja, slušati, a ne predavati, moralizirati, pametovati, ne davati obećanja. Osnažiti osobu kroz psihosocijalnu podršku. Pomoći u procesu donošenja odluka. Dati informacije o radu relevantnih institucija (Crveni Križ, policija, zdravstvene ustanove).

Faze savjetodavnog rada (ČETIRI ili sedam): ZAPOČINJANJE RAZGOVORA; Uspostavljanje komunikacije, odnosa; Ispitivanje letalnosti i bezbjednosti; DEFINISANJE PROBLEMA; Identifikacija glavnog problema; Pružanje emocionalne podrške i podsticanje emocionalnog rasterećenja; IDENTIFIKACIJA KORAKA I PLANA AKCIJE; sagledavanje mogućih alternativa; Formulisanje intervencija; ZAVRŠETAK-ZAKLJUČAK RAZGOVORA, Praćenje sprovođenja mjera.

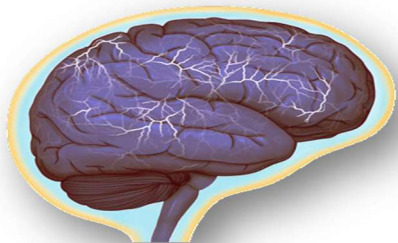
Ključne riječi: komunikacija, savjetovanje, virtualne krizne intervencije

Literatura:

1. Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije*, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć
2. Arambašić, L. (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*, Zagreb: Naklada Slap
3. Grupa autora (2020). *Korona virus i mentalno zdravlje*, Zagreb: Hrvatska psihološka komora
4. Grupa autora (2004). *Ovdje sam slušam*, Zagreb, Savez udruga telefona kriznih službi
5. <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/besplatna-e-knjiga-za-strucnjake-mentalnog-zdravlja-povezani-telefonsko-i-e-savjetovanje-u-suocavanju-s-pandemijom-covid-19-i-njenim-posljedicama/>

Tekst napisala: Prim. mr. sci. dr. Azra Arnautović, pedijatar, psihoterapeut i supervizor

1.2. Stres, kriza i trauma



U uvodnom teorijskom dijelu predstavljeni su i diferencirani temeljni pojmovi kao što su stres, kriza i trauma. Nakon toga učesnici su upoznati sa psihološkim odrednicama krize, vrstama psiholoških kriznih intervencija, kao i njihovim karakteristikama.

U praktičnom dijelu sadržajno je prikazana primjena svih sedam faza sažete psihološke integracije traume kao jedne od najznačajnijih kriznih intervencija i to za 19 učenika koji su svjedočili događaju kada je njihov drugar smrtno stradao, skočivši kroz prozor 3. sprata školske učionice. Nakon toga je uslijedilo predstavljanje primjene EMDR–IGTP protokola (eng. Eye Movement Desensitization



Reprocessing–Integrative Group Treatment Protocol) u ovom konkretnom slučaju. Navedeni protokol je primijenjen u cilju desenzibilizacije i stabilizacije uznemirene djece nakon kriznog događaja. Učesnicima su predstavljeni i korišteni instrumenti procjene, te je redoslijed i sadržaj svih osam faza u EMDR protokolu za krizne intervencije. Nadalje su se učesnici upoznali sa značajnim dijelom ovog razvojnog EMDR protokola koji se odnosio na primjenu iscjeljujućeg narativa „Vjeevergrad” s kojim su se djeca mogla povezati. U konkretnom slučaju narativ je obezbijedio razrješenje preplavljujućeg i teško razumljivog problema koji je pred djecu postavio krizni događaj i ponudio im je razvojno odgovarajuća uvjerenja o tome kako bi im se pomoglo da dobiju novu perspektivu, da se okonča

nedovršeno procesiranje, te da se instalira pozitivna kognicija te pripremi ih se za budućnost. Nakon objašnjavanja primjene tzv. Leptirovog zagrljaja kao jedne forme bilateralne stimulacije mozga primjenjene u okviru provedene krizne intervencije – učesnici su kroz individualnu vježbu/rad na sebi iskusili jednu od tehnika stabilizacije što je bilo potkrijepljeno i sa dodatnim materijalima kojima su imali pristup i nakon radionice. S obzirom da je nakon primjene sažete integracije traume i EMDR-IGTP

protokola u konkretnom slučaju došlo do značajnog reduciranja uznemirenja kod učenika koji su svjedočili ovom visoko stresnom događaju, upravo ovaj primjer iz prakse je poslužio kao ogledni primjer programa za provođenje psiholoških intervencija nakon kriznih događaja.

S ciljem integracije i praktične primjene novostečenog teorijskog znanja o psihološkim kriznim intervencijama učesnici su na određenom primjeru iz prakse u manjim grupama diskutirali i izradili plan krizne intervencije na temelju jednog slučaja iz prakse. Ostavljena im je mogućnost i prostor za dodatna pitanja i prijedloge o kojima su imali priliku pisati i nakon ovog modula.

Ključne riječi: stres, kriza, trauma, krizne intervencije

Literatura:

1. Arambašić. (2000). Psihološke krizne interevencije. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Arambašić, L. (2012). Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja: vodič kroz psihološke krizne intervencije u zajednici. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Artigas, L., & Jarero, I. (2014). The Butterfly Hug Method for Bilateral stimulation.
4. Artigas, L. & Jarero, I. (2014). The butterfly hug. In M. Luber (Ed.). Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets (pp. 127–131). New York, NY: Springer Publishing.
5. Artigas, L., Jarero, I., Alcala, N., & Lopez Cano, T. (2009). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol For Children (IGTP). U L. Marilyn, Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets. New York: Springer Publishing Company.
6. Jarero, I., Artigas, L. & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.
7. Korkmazlar-Oral, U., & Pamuk, S. (2002). Group EMDR with child survivors of the earthquake in Turkey. *Association of Child Psychology and Psychiatry (ACPP). Occasional Papers No. 19*, 47–50.

Tekst napisala: *Doc.dr.sc. Vildana Aziraj-Smajić, spec. kliničke psihologije, psihoterapeut pod supervizijom*

1.3. Trauma u djece i reakcije na krizu



MENTALNO ZDRAVLJE definirano je kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (WHO; 2001). MENTALNO ZDRAVLJE dio je općeg zdravlja, a koje se sastoji još i od fizičkog i socijalnog zdravlja (WHO)

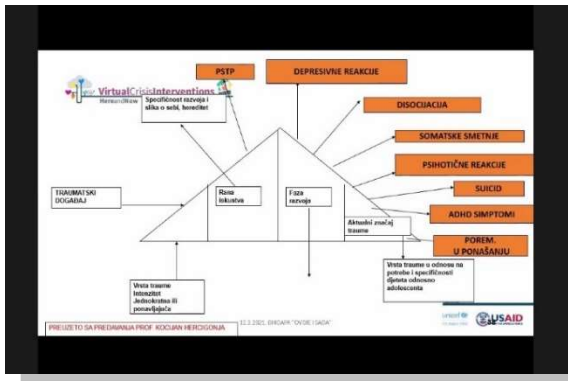
PSIHOLOŠKA TRAUMA se definira kao događaj izvan uobičajenog ljudskog iskustva, koji predstavlja prijetnju za vlastiti život. Sadrži tri elementa: bila je neočekivana, osoba je nespremna, nije postojalo ništa što je osoba mogla uraditi kako bi prevenirala da se dogodi.

KRIZA je psihičko stanje uzrokovano nekim događajem koji može biti visoko stresan ili traumatizirajući za pojedinca, porodicu ili skupinu ljudi, poslije kojeg uobičajeni mehanizmi suočavanja sa problemima nisu efikasni. Takav krizni događaj pokreće određene

reakcije koje se mogu javiti neposredno, tokom samog događaja, ali i kao odgođene reakcije na taj događaj, pa se kriza odnosi na vrijeme koje uključuje sam krizni događaj i razdoblje reakcija nakon njega.

Trauma destruiira osnovne potrebe za preživljavanjem, ali i psihološke potrebe - sigurnost, moć, kontrolu, povjerenje, poštovanje, intimu.

Važno je traumu razumjeti u kontekstu, tj. proces traumatizacije sagledati sa socijalnog, psihološkog i neurobiološkog aspekta. Mozak je složene strukture i funkcionalnosti. Misli, osjećanja i reakcije koje pojedinac ima se odigravaju pod kontrolom CNS. Traumatska reakcija počinje sa unosom informacija u mozak obično kroz jedno ili više čula. Te informacije se prikupljaju i procesiraju u korteksu. Korteks dijeli informacije sa limbičkim sistemom, dolazi do aktivacije određenih neuronskih puteva, lučenje neurotransmitera (*akutno* - epinefrina i kortizola), ujedno i aktivacija žlijezda sa unutrašnjim lučenjem, lučenje hormona te dolazi do pojave određenih fizičkih i psihičkih reakcija. Fizičke simptome – najčešće primjećujemo: povećan broj otkucaja srca i jačina kucanja, povećanje krvnog pritiska, redistribucija krvi iz regija koje nisu vitalne u one koje jesu, povećanje brzine i dubine disanja, disajni putevi se šire.



Trauma u djetinjstvu ima duboki uticaj na emocionalno, kognitivno, bihevioralno, socijalno i fizičko funkcioniranje djece. Mijenjaju djetetovu unutrašnju sliku svijeta te oblikuju shvaćanje sebe i drugih, formiraju očekivanja od budućnosti koja imaju uticaj kako na aktuelno ponašanje, tako i na buduće doživljavanje djeteta i mlade osobe. Ključan ishod traumatskih iskustava je u djelovanju

na očekivanja o svijetu i o sigurnosti života s drugima, te na osjećaj ličnog integriteta. Traumatizirana djeca pokazuju niz ponašajnih i emocionalnih poteškoća, u odnosu na netraumatiziranu. Kao i odrasli, i djeca reagiraju na traumatsko iskustvo znakovima ponovnog proživljavanja, emocionalnog izbjegavanja i pobuđenosti. Fenomeni ponovnog proživljavanja upućuju na to da elementi traumatskog iskustva ostaju aktivno prisutni u mentalnom životu djeteta. Ponovno proživljavanje kritičnih događaja i/ili iskustava ogleđa se u traumatskoj igri i obrascima ponašanja, nametajućim mislima, slikama, zvukovima ili mirisima, traumatskim snovima i psihološkim reagiranjem na podsjetnike. Izbjegavanje ili psihološko otupljivanje pokazuje kako dijete nastavlja ograničavati ili regulirati svoje osjećaje u pokušaju kontroliranja dojmova koji se stalno vraćaju. Djeca tada počinju izbjegavati određene misli, lokacije, konkretne pojave, ljude i ponašanja koji ih podsjećaju na traumatski događaj. Povećana pobuđenost, pak, uključuje poremećaje spavanja, razdražljivost, ljutnju, teškoće s koncentracijom i drugo. Traumatsko iskustvo djece i mladih treba sagledavati u svojoj kompleksnosti: kontekst djetetova života i života mlade osobe koji pridonosi aktualnom emocionalnom stanju, dobi djeteta, kognitivnim preokupacijama i razvojnim brigama. Djeca pod prijetnjom vlastite ugroženosti, ne pokazuju brigu za druge. Uočavaju se promjene u djetetovoj pažnji i zabrinutosti u situacijama ugroženosti njegove autonomije ili integriteta.



U tim situacijama djeca mogu koristiti samozaštitne mehanizme u suočavanju s unutarnjom prijetnjom, npr. Disocijativne reakcije koje im omogućavaju udaljavanje od događaja i osjećaj da im se to ne događa, kontrolu anksioznosti i stresnih reakcija i smanjenje osjećaja aktivnog sudjelovanja.

Različiti modeli rada s traumatiziranom djecom imaju i različite koncepte u svojim temeljima. Zajednički su im elementi rada sa djetetovim doživljenim, sa ponovnim proživljavanjem, rad koji je usmjeren na djetetove aktivnosti, te na smještanju traumatskog iskustva u kontekst djetetovog života (INTEGRACIJA TRAUME). Rad se odvija u fazama.

Koriste se razne tehnike i metode koje se sada prilagođavaju online setingu. Koriste se: crteži, plastelin, radni listovi, karte za imenovanje emocija i sl. Psihoedukacija djece i roditelja zauzima značajno mjesto u tretmanu.

Ključne riječi: trauma u djece, kriza, reakcije na krizu

Literatura:

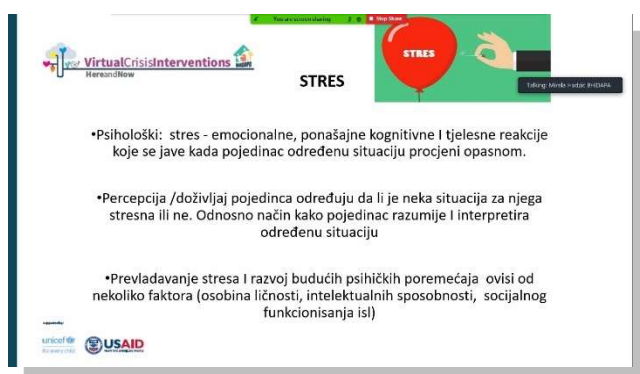
1. Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM IV*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice, U: L. Arambašić (ur.), *Psihološke krizne intervencije*, 11-31. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
4. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
5. Hawkins, S.S., Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 420-430.
6. Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*, New York: Basic Books.
7. Pynoos, R.S., Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals*, 20, 334-344.
8. Pynoos, R.S., Nader, K. (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescent, U: J.P. Wilson, B.Raphael (ur.), *International handbook of traumatic stress syndromes*, 535-549. New York: Plenum Press.
9. Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence – Recent developments and current controversies, U: B.A. van der Kolk, A.C.
10. McFarlane, L. Weisaeth (ur.), *Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, 331-358. New York: The Guilford Press.
11. Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Piacentini, J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554

Tekst napisala: Prim. mr. sci. dr. Azra Arnautović, pedijatar, psihoterapeut i supervisor

Tema 2.

Psihološke reakcije na krizu kod djece, adolescenata i odraslih: Multidisciplinarna procjena, dijagnostika i intervencija (trijaža)

2.1. Psihološke reakcije na krizu kod djece, adolescenata i odraslih



Kriza - događaj velikih razmjera koji izaziva posljedice čije prevladavanje premašuje sposobnost pojedinca ili zajednice da se sama s tim događajem nosi. Zajednička osobina ovih događaja je da su redovito iznenadni nepredvidljivi i da ugrožavaju zajednicu.

Kriza - narušava individualnu psihološku ravnotežu i utiče na pojedinca u svim segmentima funkcionisanja (fizičkom, psihičkom, socijalnom, ekonomskom...)

Psihološke reakcije na krizu - Kod djece u kriznim situacijama fokus je na bliskim osobama (roditelji, porodica...)

Ukoliko su bliske osobe izložene krizi gubi se osjećaj sigurnosti

Pružanje osjećaja sigurnosti je jako važno

Psihološka podrška odraslim u ovom kontekstu je jako važna

Djeca svoje emocije i reakcije na neki krizni događaj izražavaju na drugačiji način u odnosu na odrasle.

Njihove reakcije ovise o dobi i stepena razvoja

Važno je znati da emocionalne i ponašajne reakcije nisu kontinuirane (različit intenzitet npr; plač, ljutnja, a zatim ubrzo djeluju sasvim ravnodušno i sl.)

Djeca često pokazuju uobičajena ponašanja, a reakcije se javljaju kasnije

U kriznim situacijama psihološka procjena počinje trijažom

Cilj trijaže je prepoznati da li je kod osobe/ djeteta ugrožena njihova sigurnost ili sigurnost ljudi oko njih.

Ako se tokom trijaže pokaže da ne postoje ovakve indicije, ali je osoba /dijete vrlo uznemireno, treba odmah pružiti psihološku prvu pomoć

Tek nakon ovih aktivnosti se može pristupiti psihološkoj procjeni

Psihološka procjena djeteta sastoji se od nekoliko susreta, koji uključuju:

- Sveobuhvatni intervju s roditeljima djeteta
- Intervju s djetetom na način primjeren dobi i intelektualnom statusu djeteta
- Testiranje standardiziranim psihologijskim instrumentima
- Pisani nalaz i mišljenje

Psihološka procjena se provodi standardiziranim psihologijskim instrumentima. Ovisno o dobi djeteta, procjenjuju se:

- Cjelokupni psihomotorni razvoj
- Kognitivne sposobnosti
- Socioemocionalni razvoj
- Grafomotorika
- Verbalno razumijevanje

Specifičnosti kliničke procjene djece i adolescenata:

- Razvojna perspektiva (koja su ponašanja primjerena za taj razvojni period)
- Teža je dijagnostika zbog razlika u sazrijevanju djece (individualnost)
- Ograničenost upotrebe pojedinih metoda i tehnika

Intervju sa djetetom je jako važan:

- Određen je razvojnom dobi djeteta, prirodom problema i svrhom procjene
- Komunikacija prilagođena dobi djeteta
- Empatičan pristup/ smanjenje straha, stvaranje sigurnosti

Intervencije sa djecom u kriznim situacijama su specifične i neophodno je voditi računa o:

- Dobi djeteta
- Djetetovom premorbidnom mentalnom zdravlju
- Sposobnosti okoline da pruži podršku
- Prisustvo/odsustvo roditelja
- Reakcija odraslih

- Dajte informacije djetetu u skladu sa njegovom dobi, držeći se činjenica.

- Ne negirajte i ne minimizirajte sami događaj /krizu
- Koristite jednostavne riječi
- Pokušajte dati osjećaj sigurnost
- Naglasiti ulogu odraslih kojima se može vjerovati.
- Normalizirati osjećaj zabrinutosti, straha, uznemirenosti
- Pokažite i da odrasli imaju emocionalne reakcije
- Potičite djecu da govore o svojim emocijama i da ih ispoljavaju

Ključne riječi: mentalno zdravlje, kriza, stres, psihološke reakcije na krizu, psihološka procjena u kriznim situacijama

Literatura:

1. Profaca.B. (2016) Traumatizacija djece i mladih (pregledni članak). Poliklina za zaštitu djece i mladih grada Zagreba
2. Dijete i trauma, <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/dijete-i-trauma/>
3. Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice. U: Arambašić, L. (ur.), Psihološke krizne intervencije. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 11-31.

Tekst napisala: *Mirela Hadžić, psiholog, psihoterapeut*

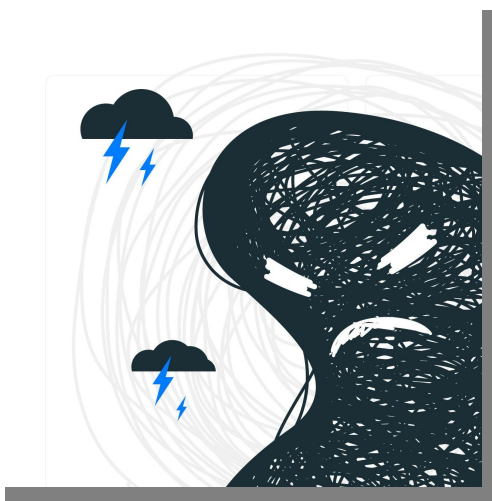
2.2. Multidisciplinarna procjena, dijagnostika i intervencija (trijaža)

Adolescencija je izuzetno značajan razvojni period, možda čak i najznačajniji u formiranju odrasle osobe. Međutim, ovaj period je često buran i hirovit, ali zato adolescentu daje mogućnost da se iz djeteta preobrazi u odraslu, dovoljno stabilnu ,zrelu i odgovornu osobu. Hirovitost ovog razvojnog perioda

nekada uzrokuje manje ili veće nestabilnosti, pa samim tim nosi i rizike po mentalno zdravlje adolescenata.

Adolescentni period ima svoje specifičnosti, od kojih su neke bazične i prisutne u svim epohama i na svim prostorima, dok su druge promjenljive i zavise od vremena i okolnosti.

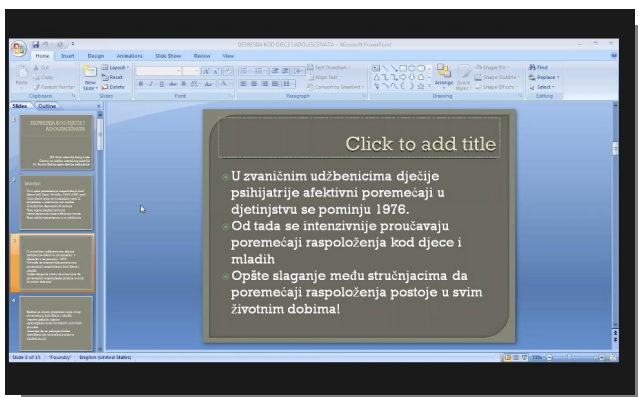
Većina adolescenata bezbjedno i relativno lako proživi ovu razvojnu fazu, uz sve dileme, sumnje, nemire, radosti, tuge, napetosti, nezadovoljstva, ali i izvjesne promjene u emocijama i ponašanju. Manji broj adolescenata ima ozbiljnije i veće probleme, koji zahtijevaju ne samo pomoć porodice i prijatelja već i profesionalaca.



Psihološke promjene (u prvom redu emocionalne i ponašajne) kod tog manjeg broja adolescenata imaju karakteristike „krize“ kada je potrebna intervencija profesionalaca iz obrazovnog, socijalnog i zdravstvenog sektora, kako bi se mladoj osobi pomoglo da „krizu“ razriješi i nastavi dalje svoj razvoj.

Najčešće manifestacije adolescentne krize su depresivno reagovanje i poremećaji ponašanja. Depresija kod mladih značajno remeti njihovo opšte funkcionisanje i zaustavlja razvoj. Najteža komplikacija depresivnosti je suicidalnost,

čija prevalenca značajno raste u adolescenciji. Suicidalno ponašanje mladih zahtijeva hitnu intervenciju i roditelja i obrazovnog i zdravstvenog sektora. U prethodnom periodu, od početka pandemije, imamo redukciju socijalnih kontakata mladih ,porast anksioznosti zbog realne prijetnje po zdravlje, izmjenu



obrazovnog procesa (online nastava), izmjenu porodične dinamike („svi na istom mjestu u isto vrijeme“)...što značajno utiče na „formu“ adolescentne krize .Nemogućnost pravovremenog traženja podrške i pomoći će zasigurno produžiti „vrijeme trpnje“.

Realno, za očekivati je pogoršanje u opštem funkcionisanju mladih sa početkom školske godine, porast anksioznih i depresivnih poremećaja, poremećaja ponašanja, porast zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, porast agresivnih ispoljavanja....što će indukovati i porast samopovređivanja i suicidalnog ponašanja.

Ako znamo da se značajan procenat poremećaja u mentalnom zdravlju mladih najviše ispoljava u školskom okruženju, trebali bismo spremno dočekati predstojeću školsku godinu. Samo kontinuiranom intersektorskom saradnjom i jačanjem kompetencija profesionalaca koji rade sa mladima, možemo pružiti adekvatan odgovor na izazove koji nam slijede ,a koji se tiču mentalnog zdravlja mladih.

Ključne riječi: mladi, kriza, stres, depresija, suicidalnost, intervencije, multidisciplinarnost

Literatura:

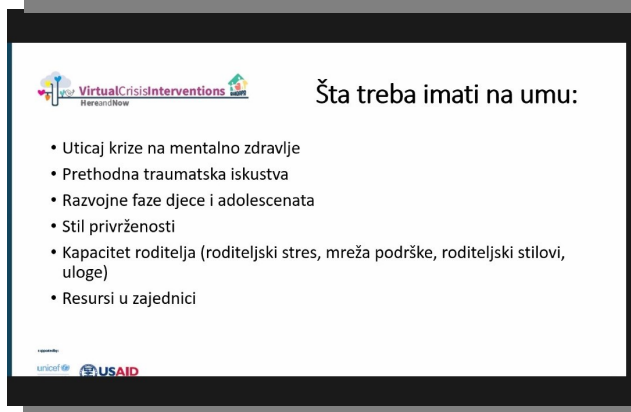
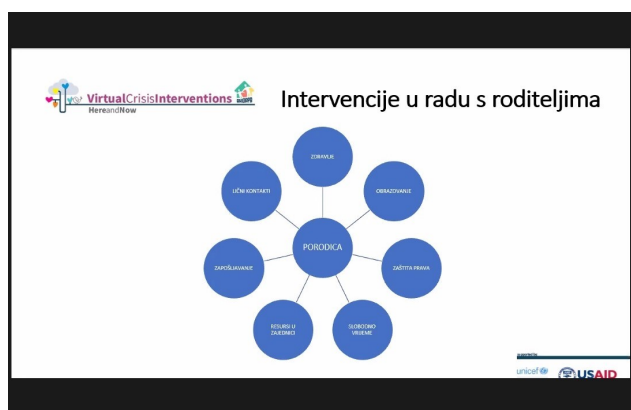
1. Birmaher B., Williamson D. E., Dahl R.E. et al Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004; 43:63-70.
2. Birmaher B., Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46: 1503-1526.
3. Ćurčić V. "Ruski rulet" adolescencije. U: V. Ćurčić (ured): Razvoj i mentalni poremećaji, DEAPS, Beograd, 2013; 114-126.
- 4.Greenhall J. Introducing Generation Omega. Internet (cited Nov3 2014) available from: <https://medium.com/emergent-culture/introducing-generation-omega-f1cfdaea0b49>.
5. Marković J., Mitrović D., Ivanović Kovačević S. i sar. Depresivni poremećaji u adolescenciji. Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja. 2009; 3-4: 64-71.

Tekst napisala: Dr. med. Ranka Kalinić, specijalist dječije psihijatrije, psihoterapeut

Tema 3. Podrška roditeljima, skrbnicima i porodicama u očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata

3.1. Podrška u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih

Roditelji i skrbnici su ti koji osiguravaju kontekst, okruženje i rutinu za svoju djecu, te tako predstavljaju i najznačajniju kariku u očuvanju mentalnog zdravlja svoje djece i adolescenata tokom krize. Razumijevanje dječijih i adolescentnih potreba, oslušivanje i prisutnost, pružanje uzrastu prilagođenih i provjerenih informacija, ali i traženje podrške (od strane okoline i stručnjaka) su osnovni roditeljski zadaci u očuvanju mentalnog zdravlja. Spoznaja da je roditeljski stres pojačan zdravstvenom



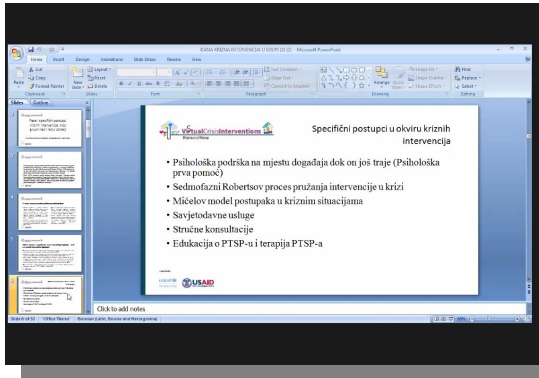
krizom i svim posljedičnim izazovima (ekonomskim, socijalnim i drugim) pred profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja stavlja upravo zadatak osnaživanja roditelja.

Značajni segmenti u podršci roditeljima i skrbnicima koje treba imati na umu i razmotriti u direktnom radu su prethodna traumatska iskustva u porodici, razvojne faze djece i adolescenata, stil privrženosti, kapacitet roditelja, resursi u zajednici, te u najširem smislu utjecaj krize na mentalno zdravlje. Roditeljski kapaciteti obuhvataju roditeljski stres, mrežu podrške, roditeljske stilove i različite uloge. U direktnom radu sa roditeljima značajno je razmotriti šta sve čini podršku za dijete a šta za roditelja, da li je ta

podrška adekvatna, šta je dobro a šta nedostaje. Roditelje je u vremenu krize neophodno podržati da se usmjere na ovdje i sada, fokusiraju na aktuelne izazove i svakodnevicu, obezbijede strukturu svakodnevnice i balans svih važnih aspekata razvoja, budu informirani i djeci i mladima pruže uzrastu prilagođene informacije, modeliraju ponašanje, nastoje biti u istinskom kontaktu sa djecom i adolescentima, te da uzimaju u obzir pojedinačne potrebe članova porodice.

Modul obuhvata interakciju učesnika, iskustvene vježbe i refleksiju, te primjenu online tehnologije u direktnom radu. Vježba „Model čamca“ (intervencije u radu s roditeljima) obuhvata radionicu

istraživanja ličnih iskustava u odnosu na odrastanje, te periode djetinjstva, adolescencije i odrasle dobi. Razmotraju su mogućnosti i varijacije primjene ove vježbe u radu sa roditeljima i skrbnicima.



Različiti profesionalni konteksti učesnika omogućavaju razmjenu iskustava i intervencija, te isticanje važnosti i mogućnosti intersektoralne saradnje. Iskustvene vježbe i promišljanje vlastitih uloga i potreba su posebno značajne za uvide o primjeni različitih intervencija u radu s roditeljima. Učesnici su kroz direktni rad tokom modula usvajali i

tehnička znanja u primjeni online platformi u grupnom radu.

Ključne riječi: kapacitet roditelja, podrška, mentalno zdravlje djece i mladih

Literatura:

1. Buljan Flander, G. i sur., Znanost i umjetnost odgoja – Praktični priručnik o suvremenom odgoju za roditelje i odgojitelje. Geromar d.o.o. 2018.
2. Dalos, R. i Drejper, R., Sistemsk porodična psihoterapija – teorija i praksa. Psihopolis Institut. 2014.
3. <https://www.oaklandertraining.org/>
4. Priručnik za edukaciju u mentorskom programu „Stariji brat, starija sestra“

Tekst napisala: Senka Čimpo, psiholog i psihoterapeut

3.2. Faze u provođenju kriznih intervencija u grupi i u radu s obitelji

Treći modul edukacijskog modula „Here and Now“ odnosio se na krizne intervencije u grupnom radu s naglaskom na sažetu psihološku integraciju traume. Također je obuhvatio specifične faze i postupke kriznih intervencija, ali i detaljan opis faza i postupka u sprovođenju grupne sažete integracije traume, ulogu i zadatke voditelja, moguće izazove i prepreke u radu, evaluaciju nakon postupka. Također u ovom modulu, poseban fokus je bio na online kriznim intervencijama i grupama koje se rade online. Također obuhvaćen je rad sa obiteljima u kriznim situacijama, ali i sprovođenje psihološke integracije traume u radu s djecom i adolescentima.

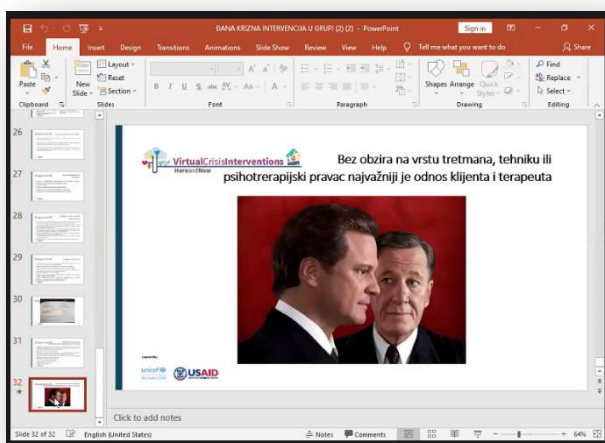
Nakon teorijskog dijela s učesnicima je provedena i praktična vježba povezana s temom koja je prezentirana.

Učesnici su davali povratne informacije o tome kako su se osjećali tokom vježbe.

Cilj modula bio je upoznati učesnike s osnovama i fazama u provođenju kriznih intervencija u grupi i u radu s obitelji. Također, jedan od ciljeva je i upoznati ih s specifičnostima u radu s online platformama. Praktična vježba je imala cilj osvjestiti učesnike kad su u pitanju njihovi lični procesi, njihovi odnosi u porodici kao i njihova percepcija tih odnosa. Vježba je potakla učesnike da steknu uvid u vlastite odnose u porodici na kreativan način, ali im je dala i tehniku koju mogu koristiti u radu s djecom i porodicama s kojima rade.

Edukacijski metodološki ovir podrazumijevao je primjenu teorijskih znanja o grupnom radu, o postupku i primjeni sažete psihološke integracije traume, teorijska znanja iz sistemske porodične psihoterapije i primjene tehnika porodične psihoterapije s porodicama u krizi.

Korištenje praktičnih primjera u predstavljanju sažete integracije traume u porodici, ali i u grupi može



biti vrlo korisno za razumijevanje procesa grupnog rada i rada sa porodicom, ali i razumijevanja grupnih i porodičnih procesa i faza u integraciji traumatskog iskustva. Projektivne tehnike i porodični genogram prikazan na ovaj način pokazali su se veoma korisnim i praktičnim za ljude koji su u praksi ,kao terapijsko, ali i moguće dijagnostičko sredstvo.

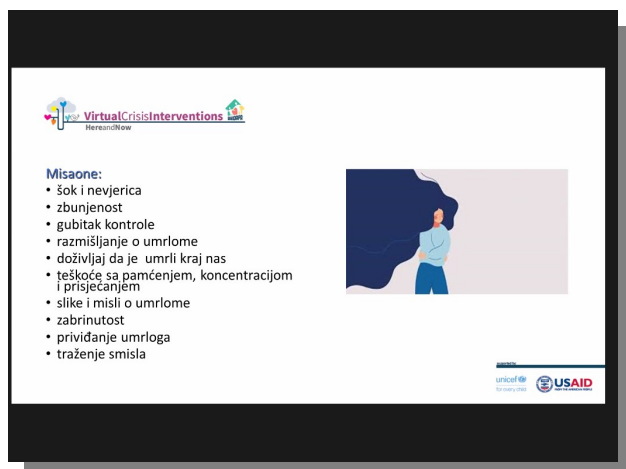
Literatura:

1. Datillo, Freeman: Kognitivno bihevioralne strategije u kriznim intervencijama, NAKLADA SLAP
2. Janković: Pristupanje obitelji, ALINEA
3. Dalos, Drejper: Sistemska porodična psihoterapija, PSIHOPOLIS INSTITUT
4. Jalom: Grupna psihoterapija, NAKLADA SLAP
5. Aranbašić: Krizna intervencija u grupi

Tekst napisala: *Mr.sc. Đana Lončarica, psiholog i psihoterapeut*

Tema 4.

Gubitak i tugovanje



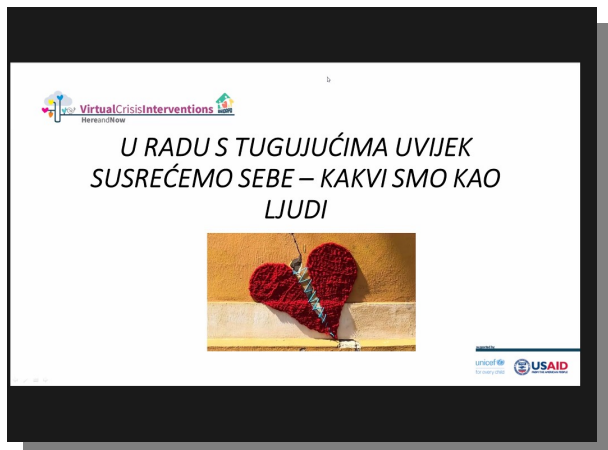
Gubici su univerzalna pojava tijekom života svakog pojedinca. Uz različite gubitke, onaj izazvan smrću jedini je u potpunosti nenadoknadiivi gubitak. Različiti ljudi mogu na gubitke različito reagirati ovisno o dobi, spolu, individualnim osobinama, uvjetima u kojima žive, podršci koju imaju ili nemaju. U razmatranju psiholoških procesa valja voditi računa kako je veliki broj reakcija na gubitak

univerzalan, ali ovisi i o dobi, spolu, individualnim osobinama, uvjetima života, podršci koju pojedinac ima. Djeca doživljavaju gubitak na način različit od onog na koji to doživljavaju odrasli. Za njih je gubitak vrlo često povezan s intenzivnim osjećajima nesigurnosti i bespomoćnosti – ovisniji su o odraslima.

U radu s djecom nakon doživljenih gubitaka valja voditi računa o predrasudama koje odrasli imaju vezano uz gubitak u dječjoj dobi i koje im mogu otežati davanje podrške djeci. U aktualnoj situaciji zdavstvene krize suočavamo se s nizom gubitaka i postoje razlike između djece i odraslih koje valja prepoznati i uvažiti ih i u vrsti gubitaka i reakcijama. U pružanju podrške valja se usmjeriti na odnose, učinkovite načine suočavanja te podržati rutine i dati podršku roditeljima kako bi mogli biti oslonac djeci.

Tugovanje je normalna reakcija na gubitak nekoga (ili nečega) tko nam je bio blizak, važan, koga smo voljeli. To je proces koji ima različite, uglavnom univerzalne faze. Glavni cilj je da osoba koja tuguje ostane u kontaktu sa sjećanjem i uspomnama na umrlu osobu sve dok joj je to potrebno. Postepeno se privikava na život bez umrle osobe i na činjenicu da život nikada više neće biti isti. Zadaci u procesu tugovanja su: prihvatiti stvarnost gubitka, proraditi gubitak, usvojiti nove vještine te oprostiti se od izgubljenog/umrloga uz preusmjeravanje energije. Odrasli koji pomažu djetetu koje tuguje mora voditi računa o tome imaju li podršku i sami za sebe.

U razmatranju stručne pomoći djetetu koje tuguje važno je znati kako su teškoće kod dece u procesu tugovanja najčešće povezane s postupcima odraslih te se rad/podrška se mora planirati i s odraslima a ne samo s djetetom



U specifičnosti pandemijske situacije obilježene neizvjesnošću i manjkom kontrole važno je u radu sa svima prepoznati višestruke gubitke. U radu s djecom, specifično, pomaže omogućavanje djetetu izražavanje osjećaja, susret s djeci važnim temama/problemima, osnaživanje djeteta, pomoć i podrška djetetu u promjeni načina razmišljanja/viđenja problema/podrška snagama, pomoć i podrška

djetetu u izboru novih načina ponašanja.

Ključne riječi: gubitak, tugovanje, djeca, pandemija

Literatura:

Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška*. Naklada Slap, Jastrebarsko.

Bertuccio, R.F., Runion, M-C. (2020). Considering grief in the mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S87-S89.

Profaca, B., Puhovski, S. (2010). *Kako pomoći tugujućem djetetu*. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, Zagreb.

Rajhvajn Bulat, L. (2020). Što (ne)treba djeci koja su doživjela gubitak. U: A. Vranić, A. Gerčar, S. Puhovski (ur.), *Ogledi o društvu iz psihološkog kuta*, Zagrebačko psihološko društvo, Zagreb, 78-82.

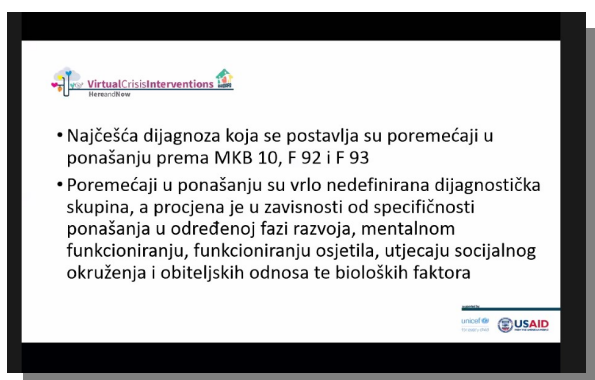
Rettie, H., Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427-437.

Tekst napisala: Doc. dr. sc. Bruna Profaca, klinički psiholog

Tema 5.

Zamke tretmana djece i adolescenata ukoliko se vodimo isključivo simptomom; Značaj odgojnoobrazovnih ustanova u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih

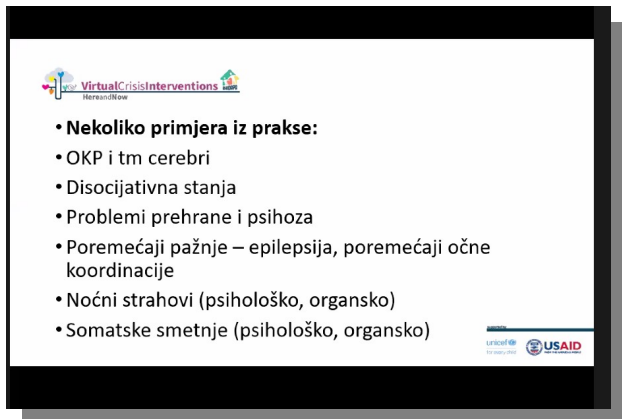
5.1. Specifičnosti dječje simptomatologije



Ponašanje djece i adolescenata rezultat je brojnih čimbenika: specifičnosti faze razvoja, obiteljske dinamike i utjecaja okruženja, te bioloških čimbenika. Simptomatologija je vrlo slična kod različitih uzroka te je za primjenu odgovarajuće terapije potrebno dobro poznavanje specifičnosti simptoma koji su pod utjecajem razvojne faze / psihološke i biološke/ te utjecaja obiteljskih

odnosa i okruženja. Posebno je važno naglasiti potrebu suradnje profesionalaca koji se bave mentalnim zdravljem, a koji će svaki sa aspekta svoje profesije sudjelovati u prepoznavanju etiologije problema, kapaciteta za promjene te terapijskog pristupa. Sve navedeno zahtjeva kontinuiranu edukaciju profesionalaca kako u dijagnostičkom tako i terapijskom procesu. Koliko ista klinička slika ima različite uzroke, a iz čega slijedi i različiti terapijski pristup najbolje govori nekoliko navedenih primjera. Poremećaj pažnje u posljednje vrijeme je jedan od vrlo čestih uzroka dolaska djece na obradu pod radnom dijagnozom ADHD-a. Obrada vrlo često ukazuje da je poremećaj pažnje oblik epilepsije, poremećaja očne koordinacije, raznih psiholoških problema, problema razumijevanja govora, te intelektualne insuficijentnosti, a svaka od navedenih dijagnoza zahtjeva drugačiji terapijski pristup. Neprepoznavanje uzroka poremećaja pažnje dovodi do sasvim različitog terapijskog pristupa i ozbiljno ugrožava daljnji dječji razvoj. Jedna od vrlo često postavljenih dijagnoza su psihotična stanja koja uključuju i specifičnu medikamentoznu terapiju koja najčešće ne daje pozitivne rezultate. Dobro poznavanje simptomatologije u velikom dijelu slučajeva ukazuje da se pod sličnom kliničkom slikom kriju disocijativni poremećaji kao mehanizam obrane na stresne situacije gdje je jedina uspješna terapija psihoterapija-prorada stresa. Mogli bi nabrojiti još brojna druga stanja gdje se pod istom, odnosno vrlo sličnom kliničkom slikom kriju različiti uzroci odnosno oboljenja koja zahtjevaju različit terapijski pristup kao npr. kod anorexie nervose, OKP, anksiozno depresivnih stanja i drugo. Sve navedeno ukazuje na neophodnost dobrog poznavanja specifičnosti pojedinih razvojnih faza,

kontinuiranu edukaciju profesionalaca, a posebice suradnju profesionalaca koji će svaki sa pozicije svoje profesije i primjenom svojih dijagnostičkih metoda doprinijeti točnoj dijagnostici, kao i prema utvrđenoj dijagnozi i kreiranju optimalnog terapijskog postupka. Na pitanje što znači multidisciplinarni pristup odgovor je vrlo jednostavan.



Svaki stručnjak će sa pozicije svoje edukacije opservirati simptomatologiju i procijeniti optimalne pristupe te će u zajednici sa ostalim stručnjacima donijeti odluku kako o etiologiji tako i terapiji, posebice vezano uz simptomatologiju kao i prioritnog terapijskog tretmana. Prilikom pisanja zaključnog mišljenja važno je navesti uzroke problema, područje u kojem su problemi najizraženiji, te kroz to i

procijeniti koji je od stručnjaka najkompetentniji za nosioca terapije, naravno uz suradnju sa ostalim članovima tima.

Sam izbor nosioca tretmana u zavisnosti je od vrste poremećaja, uspostavljenog odnosa kao i transferno-kontratransfernih odnosa. Na kraju, važno je naglasiti da kada su u pitanju djeca i adolescenti važno je dobro poznavanje utjecaja faze razvoja na kliničku sliku te će jednom slična simptomatologija biti samo faza razvoja, a drugi puta ukazivati na ozbiljan problem često ugrožavajući za život pacijenta. Također je važno naglasiti da je kod djece bitno uspostavljanje kvalitetnog odnosa sa terapeutom o čemu ovisi i prihvaćanje terapije, a u čemu pomaže multidisciplinarna suradnja.

Ključne riječi: multidisciplinarnost, specifičnosti dječje simptomatologije

Literatura:

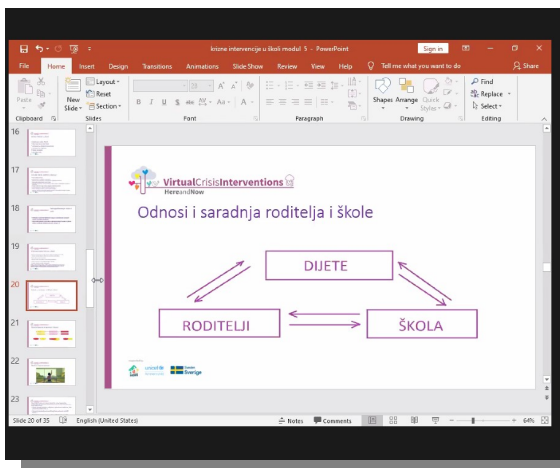
1. Bowlby J :Attachment and lost vol I:Attachment Basic book,New York 1982
2. Buljan Flander G, Kocijan Hercigonja D.Zlostavljanje i zanemarivanje djece.Marko M,Zagreb 1995
3. Dodig-Čurković K i sur Psihopatologija dječje i adolescentne dobi Osijek 2013
4. Goleman,D. Emocionalna inteligencija Zagreb,2007
5. Harris J-Developmental neuropsychiatry-Oxford University press. New York 1995
6. Kocijan Hercigonja D-Biološke osnove i terapija ponašanja, Školska knjiga. 2006
7. Opler M i sur. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. An clin pychiatry 22/4 2010
8. Piaget J, The Psychology of the Child.BASIS Books 2 edit. 1969

9. Takšić V i sur. Prognostička valjanost emocionalne inteligencije za uspjeh u školi
Psihološke teme 11 2002
10. Vidović V i sur. Perceived family cohesion in eating disorders. European eating disorders
13-2008

Tekst napisala: Prof.dr.sc. Dubravka Kocijan Hercigonja, dr.med, neuropsihijatar i psihoterapeut za djecu i adolescente

5.2. Uloga vrtića i škole u vrijeme krize u očuvanju mentalnog zdravlja djece i mladih

Zakonski okvir obavezuje sve institucije u Bosni i Hercegovini koje se bave odgojom i obrazovanjem djece da vode brigu o psihosocijalnom razvoju i mentalnom zdravlju djece i adolescenata. U vrijeme kriznih događaja, kada je ova populacija posebno osjetljiva, uloga odgojno-obrazovnih institucija u očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata je od posebnog značaja. Psihosocijalni razvoj i mentalno zdravlje djece i adolescenata ovisi od više faktora: temperamenta, intelektualnog funkcionisanja, zdravstvenog stanja, okruženja u kojem dijete i mlada osoba živi i razvija se itd. Sve nabrojane karakteristike dobijaju svoje značenje u određenom kontekstu.

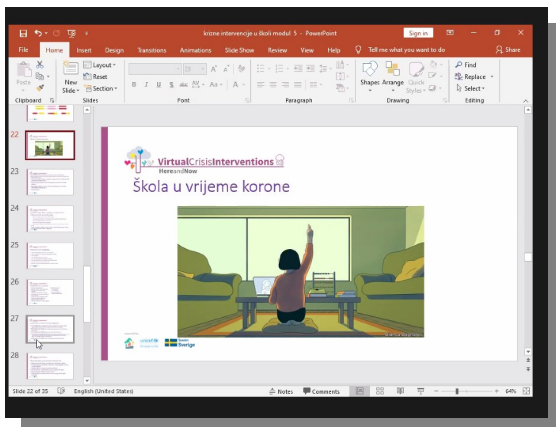


Od velike je važnosti usklađenost ličnih karakteristika sa karakteristikama za dijete i adolescenta značajnih odraslih, te usklađenost načina života, vaspitnih pristupa i očekivanja odgajatelja sa karakteristikama i sposobnostima djeteta. Sve to ima direktan uticaj na manju ili veću uspješnost u prilagođavanju i zadovoljstvo samim sobom što u konačnici predstavlja odrednicu psihosocijalnog razvoja i mentalnog zdravlja

djeteta i adolescenta. Zaštitne faktor za psihosocijalno zdravlje djeteta i adolescenta nalazimo u njima samima, porodici, školi i širem okruženju. Ujedno, sva nabrojano sadrži i moguće riziko faktore. Škola je najvažnija socijalna sredina koja određuje psihosocijalni razvoj i mentalno zdravlje djece i adolescenata. Riziko faktori unutar škole su: neusklađenost individualnih karakteristika i zahtjeva škole, dijete ili adolescent koji nisu po mjeri škole, loši odnosi sa učiteljem ili nastavnikom, loši vršnjački

odnosi, osjećaj neuspjeha, loša slika o sebi. Unutar škole zaštitno djeluju: dobar odnos sa učiteljem/nastavnikom, dobri vršnjački odnosi, dobar opšti uspjeh, uspješnost u pojedinim oblastima ili aktivnostima, posebni oblici rada, odsutnost traumatskih i stresnih događaja vezanih za školu, psihosocijalna klima odjeljenja i škole.

Od velike je važnosti i adekvatna saradnja porodice i odgojno-obrazovnih ustanova. U vrijeme krize i kriznih događaja odgojno-obrazovne ustanove i njihovi djelatnici imaju izuzetno važnu zaštitnu ulogu: djeca i adolescenti zadržavaju svoju radnu i socijalnu ulogu, pred njih se postavljaju zahtjevi za ispunjavanje normalnih razvojnih zadataka, usmjeren im je pogled na budućnost, šire horizonte svog razmišljanja, savladavanjem zadataka koji se pred njega postavljaju, dijete ili adolescent stiču utisak



da mogu savladati i životne poteškoće. Krizni događaj se može desiti bilo kad i bilo gdje i sve odgojno-obrazovne institucije su u obavezi u tom slučaju da planski djeluju. Od velike je važnosti predvidjeti moguće krizne događaje i pripremiti se unaprijed: formirati krizni tim, definisati zadatke članova kriznog tima, razviti plan intervencija, organizovati obuke, osigurati potrebnu literaturu,

obučiti osobe koje će biti u kontaktu sa javnošću. Potrebno je osigurati emocionalnu prvu pomoć djeci i adolescentima u zavisnosti od vrste kriznog događaja i uzrasta. Osigurati dodatnu brigu, ukoliko je to potrebno, za osoblje odgojno-obrazovne institucije. U zavisnosti od složenosti situacije i potrebne podrške neophodno je ostvariti saradnju sa drugim institucijama (policijom, centrima za mentalno zdravlje, centrima za socijalni rad).

Ključne riječi: psihosocijalni razvoj, mentalno zdravlje, zaštitni faktori psihosocijalnog razvoja, riziko faktori psihosocijalnog, psihosocijalna klima, kriza, emocionalna prva pomoć, interdisciplinarna i multisektorska saradnja, dijete, adolescent, roditelji, odgajatelji

Literatura:

1. Arambašić, Lidija (2012); Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja, Naklada slap, Zagreb
2. Mikuš Kos, Anica sa grupom koautora (2005); Škola I mentalno zdravlje djece, Ljubljana, RCPDO "SKUPAJ"

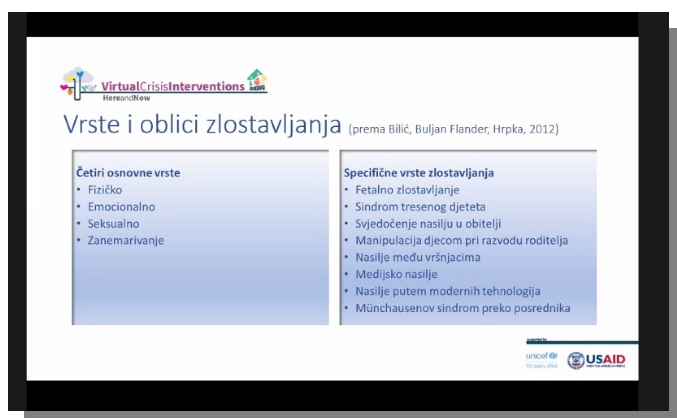
Tekst napisala: Jelena Subašić, dipl. pedagog i integrativni dječiji i adolescentni psihoterapeut

Tema 6.

Nasilje nad djecom i među djecom u vrijeme krize (uživo i online) seksualno zlostavljanje i iskorištavanje i zlostavljanje i zanemarivanje djece tokom visokokonfliktnih razvoda

6.1. Vrste i oblici zlostavljanja

Nasilje je svakodnevna realnost velikog broja djece u Bosni i Hercegovini, a indikatori i posljedice nasilja nad djecom nisu uvijek lako uočljivi, a i kada se uoče, reakcije stručnjaka iz institucija nisu, također, uvijek adekvatne i pravovremene. S obzirom da se u doba pandemije očekuje porast nasilja nad djecom, što je recentnim istraživanjima i potvrđeno, od izuzetne je važnosti jačanje kapaciteta stručnjaka za pravovremeno identificiranje nasilja nad djecom, usvajanje vještina za adekvatne reakcije i međuinstitucionalna saradnja, kako bi se smanjile štetne posljedice nasilja po djetetovo mentalno zdravlje i dijete zaštitilo od nasilja.



Da bi stručnjaci znali prepoznati nasilje nad djecom potrebno je da su upoznati sa različitim vrstama nasilja, osnovnim i specifičnim oblicima, kao i o njihovom međusobnom preklapanju i pojavi višestrukog zlostavljanja, jer u praksi rijetko susrećemo samo jedan oblik zlostavljanja djeteta. Mnogobrojna

istraživanja i različite studije upravo nas na to i upućuju.

Nasilje nad djecom ima značajne i trajne posljedice po fizičko i mentalno zdravlje djece. Ono rezultira stvarnom ili potencijalnom opasnosti za djetetovo zdravlje, preživljavanje, razvoj i dostojanstvo, te je od presudnog značaja za dalje postupanje u cilju zaštite djeteta poznavanje i prepoznavanje tjelesnih, emocionalnih, ponašajnih, kognitivnih, socijalnih i seksualnih posljedica nasilja nad djecom.

Djeca veoma rijetko govore o zlostavljanju koje im se događa ili koje su preživjeli, najčešće zbog prijetnji ili straha da će se nešto loše dogoditi njima ili njihovim porodicama, zatim zbog straha da će biti izdvojena iz porodice ili da će se porodica raspasti, da će ih odbaciti vršnjaci ili okolina, a često i sama osjećaju krivicu zbog zlostavljanja koje doživljavaju. Pored toga, djeca često misle i da ako se nekome povjere, da im se, svakako, neće vjerovati. Stoga je neophodno stvoriti sigurno i povjerljivo

okruženje koje će djetetu omogućiti da razotkrije zlostavljanje. Otkrivanje zlostavljanja predstavlja prvi korak u zaštiti djece od zlostavljanja i zanemarivanja, a ono je, ujedno, i najosjetljiviji dio tog procesa od koga, u velikoj mjeri, zavisi njegov dalji tok. Prihvatanje djeteta i naša spremnost da čujemo sve ono što će od njega doći, uz smirenost, strpljivost, neokrivljavanje, podršku i ohrabrenje, ono je što je djetetu u tom procesu potrebno. Tok razgovora sa djetetom ima svoje faze, ali ga je potrebno prilagoditi individualnim potrebama djeteta i razvojnom nivou na kojem se dijete nalazi. Svaki razgovor sa zlostavljanim djetetom je različit i njegov ishod ovisit će, osim o individualnim karakteristikama djeteta, i o kompetencijama onoga ko s djetetom o zlostavljanju razgovara.

Od izuzetne je važnosti za svakog stručnjaka razvijati kapacitet za praćenje i kontrolu sopstvenih emocionalnih reakcija, te uviđati mjesta zastoja i tačke daljeg profesionalnog razvoja.

Uspostavljanje veze između svijeta odraslih i svijeta zlostavljanog djeteta veoma je kompleksan i zahtjevan zadatak, kako u profesionalnom tako i u ličnom smislu. Zaštita djece od nasilja zavisit će od naše spremnosti da se suočimo sa vulnerabilnošću djeteta i da stalno učimo.

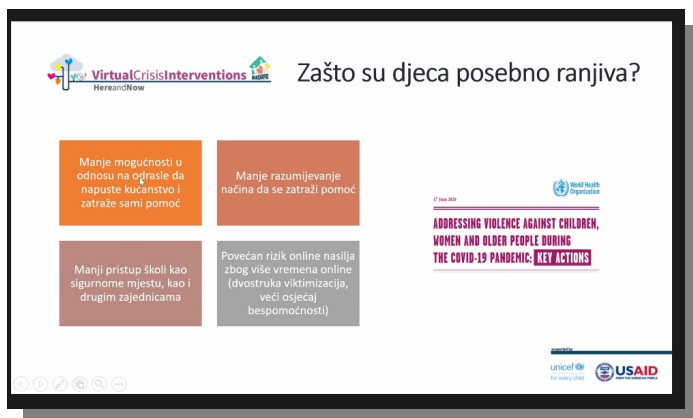
Ključne riječi: nasilje nad djecom, vrste nasilja, posljedice, zaštita djece

Literatura:

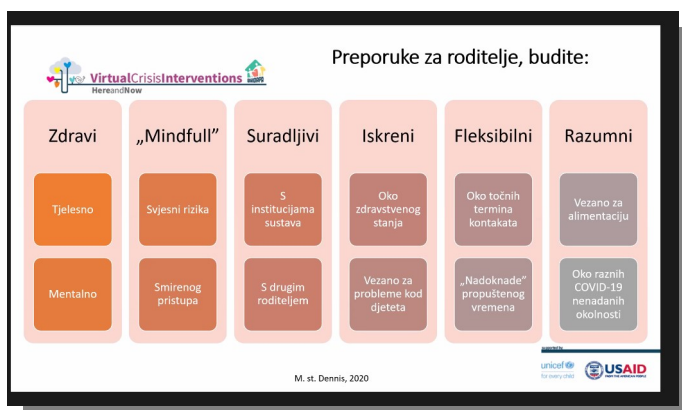
1. Bilić, V., Buljan Flander, G., Hrpka H. (2012) Nasilje nad djecom i među djecom, Naklada Slap, Jastrebarsko
2. Grupa autora (2017) Priručnik za postupanje sa djecom žrtvama i svjedocima krivičnog djela, UNICEF
3. Išpanović – Radojković, V. i sur. (2011) Zaštita deteta od zlostavljanja i zanemarivanja: primena Opšteg protokola, Centar za prava deteta, Beograd

Tekst napisala: *Marija Pavlović, dipl. psih., geštalt i integrativni dječiji i adolescentni psihoterapeut*

6.2. Bullying, cyberbullying i zlostavljanje i zanemarivanje djece tokom visokokonfliktnih razvoda



visokokonfliktna, odnosno da se sukob roditelja s vremenom ne smanjuje, nego perzistira ili čak ojačava. Istraživanja i klinička praksa dosljedno upozoravaju na rizike za djecu u visokokonfliktnom razvodu roditelja, koja se često nađu u središtu njihova sukoba, a time su u riziku od emocionalnog zlostavljanja, bilo da se radi o otuđenju, neprimjerenim pritiscima i/ili manipulaciji djecom jednoga ili



oboje roditelja. Od svih oblika zlostavljanja, emocionalno zlostavljanje najmanje je istraženo i u svijetu postoji mali broj sustavnih programa koji bi se bavili njegovom prevencijom. Posljedice zlostavljanja djece javljaju se kratkoročno, dugoročno, pa i transgeneracijski, te uključuju brojne negativne ishode za mentalno zdravlje, socijalno funkcioniranje i probleme u ponašanju. Nasilje među djecom, bilo da je tjelesno, emocionalno ili seksualno, uživo ili putem suvremenih tehnologija također predstavlja značajan rizik za razvoj djece, a istraživanja pokazuju da se javlja vrlo često, o čemu djeca često šute iz straha da im se neće vjerovati, da će se njih okriviti i da im odrasli ne mogu pomoći. Aktualne okolnosti zdravstvene krize generiraju i potenciraju cijeli niz rizičnih čimbenika za zlostavljanje i zanemarivanje djece na razini karakteristika djeteta, roditelja (koji također osjećaju posljedice krize po mentalno zdravlje), obiteljske dinamike i šire društvene zajednice. Za zlostavljanje i zanemarivanje djece posebno je rizična socijalna isključenost, do koje može doći uslijed mjera izolacije i karantene, a koja istovremeno može utjecati na smanjen broj prijava, s obzirom na to da su djeci razni drugi odrasli, stručnjaci, udruge i institucije manje dostupni.

Zlostavljanje i zanemarivanje djece predstavlja javnozdravstveni problem na razini svijeta, Europe i Hrvatske sa značajnim stopama morbiditeta i mortaliteta. Zlostavljanje djece može biti tjelesno, seksualno i emocionalno. Razvod ili razdvajanje roditelja pogađa velik broj djece i mladih, a procjenjuje se da je svaki treći razvod roditelja

oboje roditelja. Od svih oblika zlostavljanja, emocionalno zlostavljanje najmanje je istraženo i u svijetu postoji mali broj sustavnih programa koji bi se bavili njegovom prevencijom. Posljedice zlostavljanja djece javljaju se kratkoročno, dugoročno, pa i transgeneracijski, te uključuju brojne



Veća usmjerenost djece i mladih na suvremene tehnologije u periodu zdravstvene krize također povećava njihovu vulnerabilnost na sve oblike online nasilja. U ovom modulu naglasak je stavljen na preventivni i intervencijski rad s djecom, roditeljima, obiteljima i stručnjacima, kako bi se kroz intersektorsko povezivanje djeca

zaštitila u najvećoj mogućoj mjeri te kako ne bi bila dodatno viktimizirana u ovom ionako visoko stresnom razdoblju.

Ključne riječi: bullying, cyberbullying, zlostavljanje i zanemarivanje djece, razvod roditelja, visoki roditeljski konflikt

Literatura:

1. AFZAL, N. Coronavirus: 'Domestic abuse pandemic likely due to shutdown'. BBC News. [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-wales-52076789>
2. AJDUKOVIĆ, Marina, et al. Epidemiološko istraživanje prevalencije i incidencije nasilja nad djecom u obitelji u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 2012, 19.3: 367-412.
3. AKMATOV, Manas K. Child abuse in 28 developing and transitional countries—results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. *International journal of epidemiology*, 2011, 40.1: 219-227.
4. ANDERSON, RaeAnn E., et al. Intergenerational transmission of child abuse: Predictors of child abuse potential among racially diverse women residing in domestic violence shelters. *Child abuse & neglect*, 2018, 85: 80-90.
5. ASSINK, Mark, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 2019.
6. BEEKMAN, Janine B.; STOCK, Michelle L.; MARCUS, Tara. Need to belong, not rejection sensitivity, moderates cortisol response, self-reported stress, and negative affect following social exclusion. *The Journal of social psychology*, 2016, 156.2: 131-138.
7. BERGER, Lawrence M.; WALDFOGEL, Jane. Economic determinants and consequences of child maltreatment. 2011.
8. BERGER, Rachel P., et al. Abusive head trauma during a time of increased unemployment: a multicenter analysis. *Pediatrics*, 2011, 128.4: 637-643.

9. BLOCK, Robert W. No surprise: The rate of fatal child abuse and neglect fatalities is related to poverty. *Pediatrics*, 2017, 139.5: e0357-e0357.
10. BROOKS, Samantha K., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 2020.
11. BROOKS-GUNN, Jeanne; SCHNEIDER, William; WALDFOGEL, Jane. The Great Recession and the risk for child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 2013, 37.10: 721-729.
12. BULJAN FLANDER, Gordana; ČORIĆ, Vesna; ŠTIMAC, Domagoj. Iskustvo, znanja i stavovi liječnika primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj o zlostavljanju i zanemarivanju djece. *Suvremena psihologija*, 2008, 11.2: 313-328.
13. CASEY, Julie. *Factors influencing risk of child abuse to improve risk assessment in child protective services*. 2019. PhD Thesis. University of Newcastle.
14. Center for Peace Studies and Violence Prevention Virginia. [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://liberalarts.vt.edu/research-centers/center-for-peace-studies-and-violence-prevention.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and isolation; 2017; [cited 2020 Mar 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
16. CIKOJEVIĆ, Karla. *Seksualna viktimizacija djece-analiza hrvatskih spoznaja*. 2019. PhD Thesis. University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.
17. COFFMAN, J. Spike in Severe Child Abuse Cases Likely Result of COVID-19. Checkup Newsroom. [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.checkupnewsroom.com/spike-in-severe-child-abuse-cases-likely-result-of-covid-19/>
18. Council of Europe; 2017; [cited 2020 Mar 21]. Available from: https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/NationalCampaigns/check_en.asp
19. DE RUITER, Corine; HILDEBRAND, Martin; VAN DER HOORN, Steven. The Child Abuse Risk Evaluation Dutch Version (CARE-NL): A retrospective validation study. *Journal of Child Custody*, 2019, 1-21.
20. DOIDGE, James C., et al. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 2017, 64: 47-60.
21. EKLUND, Katie; MEYER, Lauren; BOSWORTH, Kris. Examining the role of school resource officers on school safety and crisis response teams. *Journal of school violence*, 2018, 17.2: 139-151.
22. EKLUND, Katie; MEYER, Lauren; BOSWORTH, Kris. Examining the role of school resource officers on school safety and crisis response teams. *Journal of school violence*, 2018, 17.2: 139-151.
23. ELDER, Glen H.; CONGER, Rand D. *Children of the land: Adversity and success in rural America*. University of Chicago Press, 2014.
24. ETATS-UNIS. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, et al. *Healthy people 2010: Final review*. US Government Printing Office, 2012.

25. FARRELL, Caitlin A., et al. Community poverty and child abuse fatalities in the United States. *Pediatrics*, 2017, 139.5: e20161616.
26. FELITTI, Vincent J., et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 2019, 56.6: 774-786.
27. FORCE, Eurostat Task. Recommendations on social exclusion and poverty statistics. Document CPS, 1998, 98.31: 2.
28. FRAIHAT, FAOUR ABDALLAH. UNITED STATES DISTRICT COURT CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA EASTERN DIVISION–RIVERSIDE. 2020.
29. GAO, Yunjiao; ATKINSON-SHEPPARD, Sally; LIU, Xing. Prevalence and risk factors of child maltreatment among migrant families in China. *Child abuse & neglect*, 2017, 65: 171-181.
30. GERSHOFF, Elizabeth T., et al. Longitudinal links between spanking and children's externalizing behaviors in a national sample of White, Black, Hispanic, and Asian American families. *Child development*, 2012, 83.3: 838-843.
31. GOLDBERG, Anna E.; BLAAUW, Eric. Parental substance use disorder and child abuse: risk factors for child maltreatment?. *Psychiatry, psychology and Law*, 2019, 1-11.
32. HAGERTY T. Kentucky is limiting in-person child abuse investigations because of the coronavirus [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://eu.courier-journal.com/story/news/2020/03/18/coronavirus-kentucky-social-workers-face-issues-amid-pandemic/5066284002/>
33. HERRENKOHL, Todd I.; HERRENKOHL, Roy C. Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence*, 2007, 22.7: 553-562.
34. LOREDO ABDALÁ, Arturo, et al. Child abuse: risk factors associated with the macro and microenvironment in a suburban zone within Mexico City. 2019.
35. MAGUIRE-JACK, Kathryn; FONT, Sarah A. Community and individual risk factors for physical child abuse and child neglect: Variations by poverty status. *Child maltreatment*, 2017, 22.3: 215-226.
36. MAURAGE, Pierre, et al. Disrupted regulation of social exclusion in alcohol-dependence: an fMRI study. *Neuropsychopharmacology*, 2012, 37.9: 2067-2075.
37. MCLANAHAN, Sara, et al. *The fragile families and child well-being study: Questions, design, and a few preliminary results*. Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin-Madison, 2000.
38. MEĐEDOVIĆ, N. Crna Gora: Porodično nasilje poraslo za 20 posto. Oslobođenje. [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 5]. Available from: <https://www.oslobodjenje.ba/vijesti/region/crna-gora-porodicno-nasilje-poraslo-za-20-posto-543263>
39. MILNER, Joel S.; CROUCH, Julie L. Child physical abuse risk assessment: Parent and family evaluations. 2017.

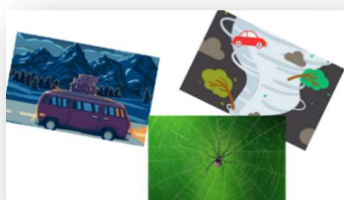
40. MORESE, Rosalba, et al. Vulnerability and Social Exclusion: Risk in Adolescence and Old Age. 2019.
41. MULVEY, Kelly Lynn; BOSWELL, Corey; ZHENG, Jiali. Causes and consequences of social exclusion and peer rejection among children and adolescents. *Report on emotional & behavioral disorders in youth*, 2017, 17.3: 71.
42. MURPHY, K. Out of sight, child abuse in Texas thought to be on the rise. The Texas tribune [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.texastribune.org/2020/03/27/texas-coronavirus-child-abuse-likely-rise-risk/>
43. NEWMAN, Kira LS. Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *Journal of social history*, 2012, 45.3: 809-834.
44. PANADERO, Sonia; VÁZQUEZ, José Juan; MARTÍN, Rosa María. Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 2017, 29.1: 33-36.
45. PIERCE, Mary Clyde, et al. Dataset on psychosocial risk factors in cases of fatal and near-fatal physical child abuse. *Data in brief*, 2017, 14: 107.
46. PLATOFF, E. Out of sight, child abuse in Texas thought to be on the rise. The Texas tribune [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.texastribune.org/2020/03/27/texas-coronavirus-child-abuse-likely-rise-risk/>
47. Press Herald. Pandemic sparks concerns about child abuse in Maine; 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.pressherald.com/2020/04/05/pandemic-sparks-concerns-about-child-abuse-in-maine/>
48. ROJE ĐAPIĆ, Mia; BULJAN FLANDER, Gordana. Prevencija emocionalnog zlostavljanja djece u visokokonfliktnim razvodima roditelja: Analiza stanja u Hrvatskoj. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 2019, 27.2: 256-274.
49. SOUSA, Cindy, et al. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of interpersonal violence*, 2011, 26.1: 111-136.
50. TAYLOR, Catherine A., et al. Mothers' spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's aggressive behavior. *Pediatrics*, 2010, 125.5: e1057-e1065.
51. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic; 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/the_alliance_covid_19_brief_protection_of_children.pdf
52. UNICEF. COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures; 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-and-violence-amidst>

53. University of Michigan. COVID-19 Causing Increased Conflict Between Parents and Children; 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://ssw.umich.edu/news/articles/2020/03/31/61308-covid-19-causing-increased-conflict-between-parents-and-children>
54. VIRGIN, A. No escape: Domestic violence cases expected to rise during coronavirus pandemic. WYDAILY. [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://wydaily.com/local-news/2020/03/30/no-escape-domestic-violence-cases-expected-to-rise-during-coronavirus-pandemic/>
55. WALZACK, A. Santa Barbara Child Abuse Spikes Amid Coronavirus Lockdown. Santa Barbara Independent. [Internet]. 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.independent.com/2020/04/01/santa-barbara-child-abuse-spikes-amid-coronavirus-lockdown/>
56. WFTV. Coronavirus: Florida child abuse, domestic violence hotlines see surge of calls in March; 2020; [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.wftv.com/news/local/orange-county/coronavirus-florida-child-abuse-domestic-violence-hotlines-see-surge-calls-march/GK476LJPIFCXBM2Z7DUAVMALJE/>
57. WHO; 2002; [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>
58. WHO; 2019; [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://www.who.int/>
59. WILLIAMSON, Timothy J., et al. Effects of social exclusion on cardiovascular and affective reactivity to a socially evaluative stressor. *International journal of behavioral medicine*, 2018, 25.4: 410-420.

Tekst napisala: Prof.dr.sc. Gordana Buljan Flander, klinički psiholog i psihoterapeut

Tema 7.

Primjena projektivnih tehnika *modaliteta* u virtualnim kriznim intervencijama i tretmanu djece, mladih i roditelja



Projektivne tehnike (modaliteti) su *kreativni i fleksibilni postupci za poticanje spontanosti, ekspresije, svjesnosti i kreativnosti* i indirektan put su ka ispoljavanju unutarnjih psiholoških sadržaja, prvo na simboličan način kroz, npr. crtež, kreaciju scene..., a zatim kroz verbalizaciju i integraciju novog iskustva. Koristeći projektivne tehnike, mnogo više prostora daje se личности samoga klijenta, pronalazeći u klijentovim kreacijama projekcije njegovoga afektivnog stanja, nesvjesnih procesa i poimanja realiteta ([1](#), [2](#)).

U kontaktu sa djecom, prvo sa čime se stručnjak suočava je kako komunicirati sa djetetom i kako uspostaviti odnos? Dječja komunikacija je više motorička, neposredna, konkretna, spontana i kinestetička. Misaoni proces je bliži primarnom, a načelo koje slijede bliže je ugodi, za razliku od odraslih ([1](#)).

Projektivne tehnike (crtež, pješčanik, kuća lutaka, vođena fantazija, igra čarobnjaka, pozorište lutaka, karte, šaralica, razgovora, rad na polarnostima i sl.) primjenjuju se u dijagnostičke, intervencijske i terapijske svrhe, te imaju prognostičku i preventivnu funkciju. Adaptiraju se u odnosu na specifičnosti samoga djeteta, razvojnu fazu, problem i odnose sa okolinom ([2](#), [5](#)).

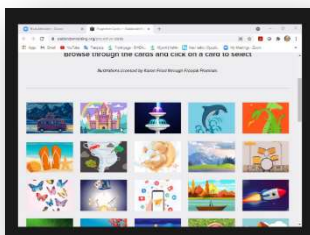
U dijagnostičkom i savjetodavnom-terapijskom pristupu projektivne tehnike uključuju kreativne i fleksibilne aktivnosti koje imaju za cilj da omoguće uspostavu sigurnog odnosa koji uključuje uvažavanje i poštovanje, dobivanje uvida u nesvjesne procese i zajedničko traganje za novim rješenjima i mogućnostima promjene.

Nema sumnje da trenutna globalna kriza, više nego ikada, naglašava važnost primjene online pristupa za optimizaciju intervencija i podrške zaštiti mentalnog zdravlja djece ([3](#)). Mogućnost redovnih tretmana kao i hitnih kriznih intervencija (razmatranje izmjena online i offline susreta), tokom pandemije, veliki je izazov, ali je neophodan radi ograničavanja dugoročnih posljedica pandemije na mentalno zdravlje djece i adolescenata ([4](#)).

Proces intervencija i terapijskih smjernica vođenja online sesija, integrišući savjetodavne-terapijske kratkoročne ciljeve i internetske mogućnosti (npr., dijeljenje zaslona i upotrebu virtualnih projektivnih tehnika tokom sesije), niz je članka i alata dr. Karen Fried pod naslovom Oaklander model “Just for Now”, koji govore o iskustvu i procesu prilagođavanja Oaklander modela on-line intervencijama u tretmanu djece, adolescenata i njihovih roditelja, u vrijeme krize ([7](#), [8](#), [9](#)). Ovaj visoko kreativan, fleksibilan i učinkovit model daje prioritet **odnosu** terapeut-klijent i fokusiran je, prije svega, na poštovanje, upoznavanje i razumijevanje djetetovog procesa, a ne na interpretaciju ponašanja ([2](#), [6](#)).



rezilijentnosti, doživljaj selfa, pomažemo i podržavamo dijete u promjeni načina razmišljanja, podržavamo djetetove snage i pomažemo mu u izboru novih načina ponašanja.



Oaklander navodi sljedeće smjernice korištenja projektivnih tehnika u četverodjelnom procesu: 1. prvo dijete trebamo upoznati i dijete treba pristati koristiti projektivnu tehniku, zatim izabrati medij ili ga zamisli; 2. dijete pozivamo da „to“ napravi (npr. scenu u pješčaniku) ili nacrt (npr. to što je zamislilo), a zatim da to opiše; 3. u narednom koraku dijete pozivamo da „bude to“. Na taj način dijete „ulazi u metaforu“ na način da postaje dio projiciranog materijala kako bi mu obezbijedili mogućnost da u sigurnom okruženju posmatra na situaciju iz perspektive tog objekta, da bi ga kroz novo iskustvo integrisalo. Projekciju opažamo na dvije razine: simboličkoj (na razini metafore) i realnoj razini. 4. U ovom dijelu procesa pozivamo dijete da nađe poveznicu između metafore i stvarnog života. Na primjer, kroz intervencije „Osjećaš li se ti nekada tako?“, „Kako se ta priča uklapa u tvoj život?“ ([2](#), [7](#))

Sljedeći smjernice četverodjelnog procesa omogućavamo djetetu da izrazi svoje osjećaje, da ih upozna i poveže sa svojim mislima i ponašanjem, da se susretne sa važnim temama/problemima. Kroz integraciju novog iskustva u savjetodavnom-terapijskom setingu, jačamo djetetov kapacitet

Značaj i vještine upotrebe Oaklander modela uz korištenje virtualnih projektivnih tehnika (bijele table, projektivnih karti, pješčanika, kuće lutaka, pozorišta lutaka) u kriznim intervencijama, multidisciplinarnoj dijagnostici i tretmanu djece, adolescenata i njihovih roditelja, obuhvaćeni su ovim modulom ([10](#), [11](#), [12](#), [13](#)).

Ključne riječi: projektivne tehnike, dječja komunikacija, online intervencije, Oaklander Model „Just for Now“, četverodjelni proces

Literatura:

1. De Zan, D. (2013). *Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji*. Medicinska Naklada, Zagreb, 1-30.
2. Oaklander, V. (1996). *Put do dječjeg srca*. Školska knjiga, Zagreb.
3. Badawy, S.M., Radovic, A. *Digital Approaches to Remote Pediatric Health Care Delivery During the COVID-19 Pandemic: Existing Evidence and a Call for Further Research*. Originally published in JMIR Pediatrics and Parenting (<http://pediatrics.jmir.org>), 25.06.2020.
4. Fegert et al. (2020). *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health (2020) 14:20 <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>.
5. Bojanin, S., Popović Deušić, S. (2012). *Psihijatrija razvojne dobi*. Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
6. Badurina, M. (2016). *Privrženost i rezilijentnost kao odrednice zdravlja djece i mlađih adolescenata sa stajališa gestalt psihoterapije*. Doktorska disertacija. Sarajevo: Fakultet zdravstvenih studija
7. <https://bhidapa.ba/just-for-now-model-violet-oaklander-u-vrijeme-krize-rad-sa-djecom-karen-fried-psy-d-mft/>
8. <https://bhidapa.ba/just-for-now-model-violet-oaklander-u-vrijeme-krize-rad-sa-adolescentima-karen-fried-psy-d-mft/>
9. <https://bhidapa.ba/just-for-now-model-violet-oaklander-u-vrijeme-krize-rad-sa-roditeljima-karen-fried-psy-d-mft/>
10. <https://www.oaklandertraining.org/projective-cards>
11. <https://www.onlinesandtray.com/>
12. <https://onlinedollhouses.com/>
13. <https://onlinepuppets.org/>

Tekst napisala: Dr. sc. Mirela Badurina, psihoterapeut i supervizor

Tema 8.

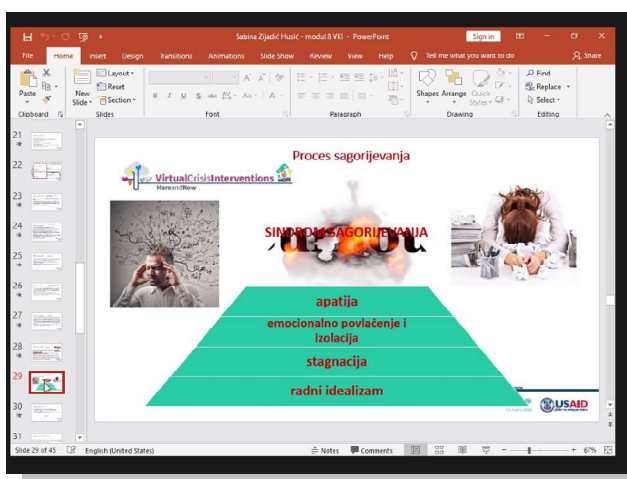
Sindrom profesionalnog sagorijevanja i briga o sebi



Profesionalno sagorijevanje ili „Burnout“ sindrom definiše se kao niz tjelesnih i mentalnih simptoma iscrpljenosti, odnosno kao odloženi odgovor na hronične emocionalne i interpersonalne stresne događaje na radnom mjestu. Stresne situacije na poslu hronično iscrpljuju resurse za suočavanje što dovodi do kognitivne, emocionalne i tjelesne iscrpljenosti.

Poseban oblik profesionalnog sagorijevanja je tzv. empatijsko sagorijevanje. Ovom vidu profesionalnog sagorijevanja posebno su izloženi ljekari, psiholozi, psihoterapeuti, pedagozi, socijalni radnici, policajci, pravnici, defektolozi, zdravstveni radnici odnosno zaposlenici u tzv. pomagačkim strukama.

Znakovi sagorijevanja su: osjećaj tjelesne i emocionalne iscrpljenosti, negativizam, osjećaj bespomoćnosti i beznađa, strah, ljutnja i bijes, netrpeljivost i sumnjičavost, rigidnost i neprilagodljivost, povećana upotreba duhana, alkohola, stimulirajućih sredstava i lijekova, konfuzno mišljenje, pad koncentracije, izostajanje s posla, učestalo pobolijevanje, preosjetljivost na podražaje (zvukove, topline...), gubitak seksualnog interesa, tjelesni simptomi: glavobolje, bolovi u leđima, poteškoće disanja, spavanja i prehrane, kardiovaskularni i gastrointestinalni simptomi.



Sindrom izgaranja odnosi se na pojavu da neki pomagači nakon određenog vremena postaju depresivni, nemotivirani za svoj posao, osjećajno prazni i obeshrabreni.

„Burnout“ sindrom se razvija postupno kroz faze: faza radnog idealizma, faza stagnacije, faza emocionalnog povlačenja i izolacije i faza apatije. Faza radnog idealizma označava nerealna očekivanja i preveliko ulaganje u

posao. Faza stagnacije dovodi do **stanja frustracije**, praćenog osjećajem razočarenja, sumnje u vlastitu kompetentnost, negativizam. Faza emocionalnog povlačenja i izolacije koju osoba koristi kao odbranu od frustracija na poslu, ali ovo povlačenje dodatno doprinosi doživljavanju posla kao beskorisnog. Fazu

apatije karakteriše potpuni gubitak motivacije za posao i ostali resursi pomagača su u **potpunosti iscrpljeni**.



Prevenција profesionalnog sagorijevanja je neophodna u zaštiti zdravlja pomagača. Zdravstvena kriza izazvana pandemijom COVID-19, dodatno iscrpljuje resurse stručnjaka. U ovakvim uslovima rada posebno se ističe timski rad kao podrška o čuvanju mentalnog zdravlja. Sticanje novih znanja i superviziranje rada su

ključni faktori u prevenciji profesionalnog sagorijevanja. Briga o sebi kroz tjelesnu aktivnost, česte kraće odmore, boravak u prirodi, bavljenje hobijem i opuštanje doprinose obnovi ličnih i profesionalnih resursa.

Ključne riječi: profesionalno sagorijevanje, iscrpljenost, posao, stres

Literatura:

1. Družić Ljubotina, O.; Friščić, Lj. Profesionalni stres kod socijalnih radnika: izvori stresa i sagorijevanje na poslu. // Ljetopis socijalnog rada 21, 1(2014)
2. Leiter, M. P.; Maslach, C. Spriječite sagorijevanje na poslu : šest strategija za poboljšavanje vašeg odnosa s poslom. Zagreb : Mate, 2017.
3. Borysenko, J. Sagorjeli : zašto izgaramo od posla i kako se oporaviti. Čakovec : Dvostruka Duga, 2012.
4. Extinguish Burnout: A Practical Guide to Prevention and Recovery- T. Bogue, R. Bogue, June 15, 2019.

Tekst napisala: *Dipl. psih. Sabina Zijadić-Husić, psihoterapeut, supervizor*

