



ДЈЕЧИЈА ДУША ТРЕБА ДА СЕ СЛУША

Приручник за интердисциплинарну
мрежу стручњака

MITIGATING THE IMPACT OF COVID-19 ON CHILDREN AND FAMILIES

IN THE WESTERN BALKANS AND TURKEY



Funded by
the European Union



Интердисциплинарна мрежа
стручњака "Овдје & Сада"



Издавач: БХИДАПА

Уредници: Мирела Бадурина и Златан Јовановић

Главни уредник: Златан Јовановић

Аутори (абecedним редослиједом):

Азра Арнаутовић, Дубравка Коцијан Херцигоња, Горан Арбанас, Гордана Буљан Фландер, Миа Роје Ђапић,
Мирела Бадурина, Мирјана Граовац, Ранка Калинић, Сабина Зијадић Хусић, Татјана Стефановић Станојевић

Рецензент: Проф. др. сц. Вера Данеш Брозек

Коректура: Златан Јовановић

Дизајн и графичка припрема: Владимир Журжуловић

Аутор фотографије насловнице: Џенан Кријешторац

Тираж:

Сарајево, новембар/студени 2022. City Group д.о.о: 200 комада

ИСБН 978-9926-8300-3-8

ЦИП запис доступан у ЦОБИСС систему Националне и универзитетске библиотеке БиХ под
ИД бројем 52007942

Израда и издавање ове публикације реализује се у оквиру УНИЦЕФ-овог пројекта
"Интердисциплинарна мрежа стручњака "Овдје&Сада" уз подршку ЕУ.

Примјери презентирани у приручнику темеље се на стварним искуствима особа.

Личне информације су измјењене како би се заштитила њихова приватност.

Садржај, ставови и мишљења изнесена у овој публикацији искључиво је одговорност аутора
и не одражавају мишљење и ставове UNICEF-а БиХ и ЕУ.

Ова публикација израђена је уз финансијску подршку UNICEF-а и ЕУ

Пројекат је реализован уз сугласност надлежних министарстава



Аутори :

Азра Арнаутовић, Дубравка Коцијан Херцигоња, Горан Арбанас, Гордана Буљан Фландер, Миа Роје Ђапић,
Мирела Бадуринa, Мирјана Граовац, Ранка Калинић, Сабина Зијадић Хусић, Татјана Стефановић Станојевић

ДЈЕЧИЈА ДУША ТРЕБА ДА СЕ СЛУША

Приручник за интердисциплинарну мрежу стручњака

Сарајево, 2022.

Садржај

Предговор, увод и захвале	6
Биографије	10
Значај промоције менталног здравља дјеце и адолесцената у БиХ	13
1. Увод	14
1.1. Ментално здравље	14
1.2. Законске легислативе из области менталног здравља	14
1.3. Фактори који одређују стање менталног здравља једне заједнице	15
1.4. Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини	16
1.5. Ментално здравље дјеце у Босни и Херцеговини	17
1.6. Превенција и промоција менталног здравља	18
1.7. Значај програма промоције здравља	19
2. Активности и програми промоције менталног здравља	19
Мултидисциплинарни концепт: Тко смо ми? Колико се познајемо?	23
1. Увод	24
2. Теоријски дио	24
2.1. Компетенције стручњака помагача	25
2.2. Интердисциплинарске компетенције	26
2.3. Ширина интерсекторске мреже	27
2.4. Примјер добре праксе интерсекторске сурадње: ПРОМИСЕ	27
3. Практични дио	28
4. Интеграција теоријског и практичног дијела	29
Развој идентитета дјеце и адолесцената	33
1. Теоријски дио	34
1.1. Што је идентитет?	34
1.2. Фреудов психосексуални развој дјетета	35
1.3. Ериксонев психосоцијални развој дјетета	37
1.4. Родни и сексуални идентитет	38
1.5. Развој родног идентитета	39
1.6. Развој сексуалне реактивности	40
2. Приказ студије случаја	41
3. Интеграција теоријског и практичног дијела	42
Криза, траума, губитак и жаловање - разумијевање и подршка	47
1. Теоријски дио	48
1.1. Реакције дјетета на губитак	49
1.2. Како дјеца различите доби разумију смрт	50
1.3. Рад жаловања код дјеце	52
2. Практични дио	52
3. Интеграција теоријског и практичног дијела	53
3.1. Често постављена питања	54
Психолошке реакције и развој менталноздравствених проблема у дјеце и адолесцената	57
1. Први дио	58
1.1. Реакција на тежак стрес и поремећаји прилагођавања	58
1.2. Депресија код дјеце и младих	59
1.3. Суицидалност у развојном периоду	60
1.4. Суицидогени фактори	61
1.5. Шта можемо предузети?	62
1.6. Превенција самоубиства и самоубилачког понашања младих	62
1.7. Лијечење суицидалног адолесцента/ице	63
2. Други дио	64
2.1. Питања која се често постављају	64
2.2. Приказ случаја	66
2.3. Препоруке за рад са суицидалним адолесцентима	67
Утјецај различитих контекста на раст и развој дјеце и адолесцената	69
1. Теоријски дио	70
2. Практични дио	72
3. Интеграција теоријског и практичног дијела	73

Породица и криза	77
1. Увод	78
1.1. Функције и врсте породице	78
1.2. Породица и Криза али и Криза породице	79
2. Шта ми професионалци радимо са породицама у кризи и са кризом?	80
2.1. Шта нам користи?	81
3. Примјери из праксе	82
3.1. Примјер 1.	82
3.2. Примјер 2.	83
Резилијентност или: Криза као изазов за раст и развој	87
1. Увод	88
2. Теоријски део	88
2.1. Резилијентност: капацитет за заштиту, али и за раст	88
2.2. Афективна везаност: колевка резилијентности	89
2.2.1. Обрасци афективне везаности И разлике у развоју капацитета за резилијентност	90
2.3. Ментализација или како да мислимо о осећањима и осећамо о мислима	91
2.3.1. Обрасци афективне везаности и разлике у ментализацији	92
2.4. Темперамент улази у игру или: постоје ли лака и тешка деца	93
3. Практични део	94
4. Интеграција теоријског и практичног дела или савет читаоцима	97
Супервизија	99
1. Увод	100
1.1. Шта је супервизија?	100
1.2. Супервизија у психосоцијалном раду	100
1.2.1. Организацијска супервизија	101
1.2.2. Развојно-интегративна супервизија	101
1.2.3. Супервизија у едукацији	101
1.2.4. Консултације	102
1.3. Психотерапијска супервизија	102
1.3.1. Типови супервизије	102
1.3.2. Супервизијски стилови	102
1.3.3. Функција супервизије	102
1.3.4. Облици супервизије	103
1.3.5. Интегративни релациони модел	103
1.3.5.1. Фазе супервизије	104
1.3.6. Супервизор – потребне квалитете	104
1.4. Етика у супервизији	105
2. Примјер из праксе	105
Кратки рјечник појмова	108

Предговор, увод и захвале

Поштовани и драги наши сарадници и сараднице интердисциплинарне мреже стручњака,

Приручник који се налази пред вама резултат је имплементације пројекта **Интердисциплинарне мреже стручњака “Овдје&Сада”**. Израђен је са жељом да вам буде додатна подршка у даљим стремљењима очувања менталног здравља дјеце и младих. Овај приручник представља интеграцију теоријских тематских цјелина, практичних искуства, интервенција и смјерница које смо скупили током provedбе пројекта. Намијењен је стручњацима који нису имали прилику судјеловати у Пројекту (а који се у свакодневном раду сусрећу са дјецом, младима и њиховим обитељима), затим родитељима и свима онима који су заинтересовани за ментално здравље и добробит дјеце.

Кренули смо у прољеће 2020. године, током ванредних околности везаних уз глобалну здравствену кризу, у потрагу за одговором: *Како и на који начин да брзо и адекватно дјелујемо у ситуацији коју је изазвао Цорона вирус и актуелне здравствене мјере заштите?* Свјесни да смо се сви, а посебно дјеца и адолесценти, нашли у специфичној и новој ситуацији, питали смо се и ово: *Како на ментално здравље и квалитету живота наше дјеце и младих утјече све што је новонастала ситуација донијела: рестриктивне мјере попут затварање вртића и школа, прелазак на онлине наставу, страх од Цорона вируса, физичка изолираност, прекид уобичајених активности, реорганизација обитељског живота, масивни стрес, страх од смрти чланова обитељи, економска криза, потешкоће на које наилазе њихови родитељи, рад од куће уз истовремени губитак система подршке, ограничен приступ образовним, здравственим и социјалним услугама, те свеопшта неизвјесност?*

На основу тада доступних истраживања о утицају карантина и изолације, било је видљиво да постоји могућност значајног пораста емоционалних, понашајних и соматских потешкоћа, обитељског насиља, насиља над дјецом, злостављања и занемаривања, а тиме и повећања ментално-здравствених потешкоћа. Посебно су била у опасности дјеца и адолесценти због њихових развојних специфичности и вулнерабилности. Потреба за раним интервенцијама које спрјечавају негативне посљедице на ментално здравље дјеце и адолесцената, знатно је већа од капацитета стручњака специјализираних за рад са дјецом, адолесцентима и њиховим обитељима. Ако се узму у обзир и студије које указују да постоји повећан ризик од проблема менталног здравља међу здравственим радницима, помагачким струкама и његоватељима, ова проблематика постаје још већа. Трагајући за



додатном подршком, знањем и вјештинама, у априлу 2020. године, БХИДАПА је постала дио глобалне он-лине мреже стручњака Оакландер тренинг Центра из Калифорније коју води др. Карен Фриед и, у то вријеме, уз менторство др. Виолет Соломон Оакландер. Мрежа је окупила стручњаке савјетодавних и психотерапијских института за дјецу и адолесценете из више од 25 земаља свијета. Принцип рада назван је Оакландер виртуални модел у вријеме кризе "Just for Now". Подразумијевао је смјернице вођења интернетских сесија преко зоом платформе, интегришући кризне, савјетодавне, терапијске циљеве и интернетске могућности (успостава контакта, дијељење заслона, употреба виртуалних интерактивних пројективних техника током сесије, етичке дилеме...). Поставши дио глобалне мреже, БХИДАПА је проширила мрежу сарадње и подршке са стручњацима из других крајева свијета и тиме обогатила своје капацитете и могућности едукацијског, савјетодавно-терапијског и истраживачког дјеловања.

У циљу доприноса заштити менталног здравља наше дјеце, адолесцената и родитеља, као и смањењу негативног утицаја здравствене кризе на њихово ментално здравље и емоционалну добробит, знања и вјештине које смо стицали кроз глобалну мрежу стручњака, интегрисали смо у први пројекат под називом **Виртуалне кризне интервенције „Овдје&Сада“**. У сарадњи са UNICEF-ом БиХ, уз подршку Владе Краљевине Шведске, USAID-а и уз сугласности надлежних министарстава, у мају 2020. године, стручни тим БХИДАПА-е са сарадницима, започиње реализацију овог Пројекта. Обука је имала за циљ оснажити стручњаке из подручја здравства, социјалне заштите, одгоја и образовања из Босне и Херцеговине, у примјени виртуалних кризних интервенција кроз обезбијеђивање потребних знања и вјештина у пружању виртуалне, телефонске стручне подршке дјечи, адолесцентима и њиховим родитељима. Важан циљ овог пројекта био је креирање интердисциплинарне мреже стручњака, која ће кроз осјећај припадности и кохерентности, као најмоћнијег принципа развоја резилијентности, подржати ментално здравље, лични и професионални развој стручњака, који су били укључени. Пројекат је обухватио четири циклуса од по осам едукативно-искуствених тематских цјелина, у трајању од 32 сата. Судјеловало је 175 стручњака из здравственог, социјалног и образовног сектора у БиХ и 15 еминентних предавача и стручних сарадника. Повратне информације учесника говоре да је искуство судјеловања у едукацији-тренингу, за њих било изнимно вриједно на више разина, што је иницирало потребу за наставак заједничког дјеловања.

Како се пандемија ЦОВИД-19 наставила, постојао је (и у тренутку писања ово текста још увијек постоји) велики притисак над нашом дјецом и њиховим односима с обитељи, вршњацима и њиховим заједницама. Тај притисак и неизвјесност могу имати дуготрајне учинке на ментално здравље. Добра вијест је да је резилијентност могућа, али захтијева више од позитивног размишљања.

Проф. др. Мицхаел Унгар надовезујући се на истраживања из цијелог свијета и клинички рад с дјечијом популацијом која је искусила стрес социјалне изолације, сиромаштва, стигме и насиља, указује да је резилијентност много више од дјететове личне способности да превлада невоље. Он истиче да је резилијентност одраз динамика довољно добре обитељи, школе, пружатеља услуга и заједнице и начина на који ови системи међусобно сарађују како би створили могућности дјеци и младима да се крећу до ресурса потребних за њихову добробит, док се ти ресурси чине доступним на начин који млади доживљавају смисленим. На темељу интеграције привржености и резилијентности као одредница здравља, интегративно - холистичког приступа, резултата истраживања (Бадурин, 2016), те резултата евалуације, креирали смо Пројекат у циљу јачања успостављене интердисциплинарне мреже стручњака „Овдје&Сада“.

У новембру 2021. године почињемо са реализацијом овог пројекта под називом **Интердисциплинарна мрежа стручњака „Овдје&Сада“** у партнерству са UNICEF-ом БиХ, уз подршку ЕУ и уз сагласности надлежних министарстава. Пројекат је обухватио три циклуса са по седам специфичних виртуалних тематских модула, у трајању од 56 сати и заправо представља наставак насних заједничких активности у јачању мултидисциплинарне и мултисекторалне повезаности и сарадње, као фундамента заштите и очувања менталног здравља. Судјеловало је 126 стручњака из здравственог, социјалног и образовног сектора из Федерације Босне и Херцеговине, Републике Српске и Брчко дистрикта.

Обезбјеђивањем сигурног простора у којем је сваки појединац добродошао са свим оним што јесте, брижног односа и сарадње, осигурава се простор за развој резилијентности групе-заједнице. Кроз групне процесе и супервизију, стручњаци су имали могућност препознати и додатно јачати своје личне и стручне капацитете, лична мјеста развоја, и тиме активно учествовати у препознавању и посезању за унутарњим и вањским система подршке у очувању властитог здравља. Поред планираних тематских цјелина, специфичне активности биле су усмјерене на пружање раних интервенција, промицање менталног здравља и емоционалног благостања дјете, адолесцената и њихових породица.

Резултат овог пројекта је публикација која је пред вама. Приручник под називом **„Дјечја душа треба да се слуша“ (слоган БХИДАПА-е)**, састоји се од девет ауторских текстова. На самом почетку можете прочитати биографије (ко)аутора, као и процес настајања пројекта реализованих у партнерству са UNICEF-ом БиХ. Након тога слиједи девет тематских цјелина које интегришу теорију, примјере из праксе и практичне смјернице. Примјери презентирани у приручнику темеље се на стварним искуствима особа. Личне информације су измјењене како би се заштитила њихова приватност. Дијелови поглавља који су овдје објављени били су и усмено предавани кроз раније споменуте модуле. На самом крају приручника смо приредили и кратки рјечник појмова.

Приручник има укупно 10 (ко)аутора који су дугогодишњи стручни сарадници, професори, ментори и супервизори БХИДАПА-е. У писању приручника судјеловали су универзитетски професори, дјечји и адолесцентни неуропсихијатар, дјечји и адолесцентни психијатри, доктор здравствених знаности, дјечји и адолесцентни интегративни психотерапеути, психоаналитички и системски оријентирани психотерапеути, гешталт психотерапеути, сексуални психотерапеут, психијатри, клинички психолози, педијатар, психолози и супервизори. Сви аутори имају дугогодишњу праксу у подручју дјечје и адолесцентне психијатрије, развојне психологије и психотерапије.

Овај приручник резултат је онога што смо учили од својих малих клијената, њихових родитеља и сарадника. Због тога, највећа захвалност иде нашој дјечи и њиховим родитељима, од којих смо

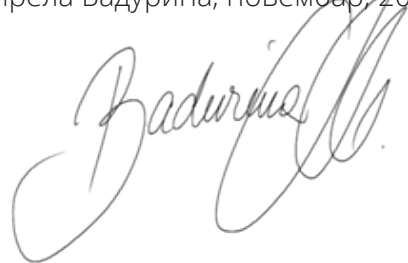
учили, уз које смо лично и професионални расли и који су наша највећа мотивација. Посебна захвала (ко)ауторима, који су се радо одазвали и који су својим знањем и вјештинама обогатили модуле и Приручник, стручном тиму БХИДАПА-е, фотографу и адолесценткињи која нам је уступила фотографију за насловну страну Приручника, главном уреднику, дизајнеру и свим нашим колегицама и колегама *Интердисциплинарне мреже стручњака „Овдје&Сада“*.

Велика захвала нашем партнеру UNICEF-у БиХ уз подршку ЕУ, на указаном повјерењу и сарадњи, без којег имплементација пројектних активности и издавање Приручника „Дјечја душа треба да се слуша“ не би била могућа.

Хвала надлежним министарствима који су својим сагласностима подржали реализацију Пројекта: Федералном министарству здравства, Министарству здравља и социјалне заштите Републике Српске, Федералном министарству рада и социјалне политике, Федералном министарству образовања и науке и Влади Брчко дистрикта БиХ - Одјелу за образовање.

Само заједно, активним дјеловањем, можемо чувати ментално здравље и добробит дјеце, а тиме и друштва у цјелини.

Мирела Бадурина, новембар, 2022.



Биографије

Азра Арнаутовић, Примаријус. мр.мед.сц.

Примаријус. мр. мед. сц, специјалиста педијатар, еуропски лиценцирана групна аналитичарка и интегративна психотерапеуткиња за дјецу и адолесценте, супервизорица. Радила на Клиници за дјечије болести и у УГ Виве Жене Тузла, као доктор и психотерапеут (ужа специјалност психотерапија трауме, насиља у породици). Оснивањем Интердисциплинарног терапијског центра за заштиту здравља дјеце, младих и обитељи БХИДАПА је ангажована на пословима психотерапеута и стручног сарадника у настави из дјечије и адолесцентне интегративне психотерапије и савјетовања у БХИДАПА-и и Медицинском факултету Универзитета у Зеници. Тренутно обавља послове тренера, психотерапеута и супервизора за које има ЕАП акредитацију.

Дубравка Коцијан Херцигоња, проф.др.сц.

Проф. др. сц. Д. Коцијан Херцигоња, неуропсихијатар, субспецијалиста за дјечју и адолесцентну психијатрију. За вријеме рада у Психијатријској болници Јанкомир, данас Свети Иван, гдје је радила до 1983., основала је одјел за аутизам, први у овом дијелу Еуропе, заједно с родитељима Центра за аутизам. У том периоду основала је и школу на дјечјем психијатријском одјелу. Након 45 година радног стажа умировљена је, али и даље ради посебице с дјецом у Поликлиници Коцијан/Херцигоња коју је основала. Такођер ради и на факултетима, разним удругама те као предсједница Еуропске асоцијације за интегративну терапију дјеце и младих. Као стручњак била је позивана на бројне скупове у земљи и иностранству.

Горан Арбанас, изв. проф.др.сц.

Рођен је 1970. г. у Карловцу. Дипломирао је на Медицинском факултету у Загребу. Ради у Опћој болници Карловац (у Дневној болници за психотерапију), а од 2015. г. у Клиници за психијатрију Врапче, у Заводу за форензичку психијатрију. Завршио је субспецијализацију из психотерапије, едукацију из групне анализе и субспецијализацију из форензичке психијатрије. Стручно се усавршавао из подручја психијатрије у Берлину, Салзбургу, Бечу и Лондону. Едукацију из сексуалне терапије завршио је у првој генерацији сексуалних терапеута у Хрватској. Стручно се усавршавао у Шефилду и Оксфорду те полаже испит изврсности из сексуалне медицине чиме стјече назив ФЕЦСМ. Изванредни је професор Медицинског факултета у Ријеци, на Катедри за друштвене и хуманистичке знаности у медицини. Аутор је бројних знанствених и стручних чланака те поглавља у књигама. Судјеловао је на бројним међународним конгресима и састанцима. Главни је уредник хрватског издања ДСМ-5. Ожењен је и отац двоје дјеце. Члан је Менсе.

Гордана Буљан Фландер, проф.др.сц.

Проф. др. сц. Г. Буљан Фландер више од 40 година ради с дјецом и обитељима као клиничка психологиња и психотерапеуткиња. Основала је Храбри Телефон и Поликлинику за заштиту дјеце и младих Града Загреба којој је била равнатељица. Стални је судски вјештак за злостављању и трауматизирању дјецу при Жупанијском суду у Загребу, редовита је свеучилишна професорица на Свеучилишту у Загребу и Свеучилишту у Осијеку. Ауторица је великог броја књига, знанствених и стручних радова из подручја заштите дјеце, и сурађује с УНИЦЕФ-ом и Вијећем Еуропе на пројектима заштите дјеце и дјечјих права. Добила је велик број награда за свој рад, укључујући и награду за животно дјело у промицању права дјетета, а све их посвећује дјечи за коју каже да су њена највећа снага и надахнуће.

Миа Роје Ђапић, мр.сц.

Миа Роје Ђапић клиничка је психологиња, интегративна психотерапеуткиња за одрасле, дјецу и адолесценте, мајсторског ступња неуролингвистичког програмирања. Завршила је докторски студиј из превенцијске знаности те актуално ради на докторској дисертацији на тему секстинга младих. Ауторица је бројних стручних и знанствених радова, брошура, поглавља у књигама, а уредује и потписује двије књиге. Стручна је сарадница и супервизорица у удрузи Храбри Телефон. Као едукаторица на тему заштите дјеце дјелује на националном и интернационалној разини, нпр. Правосудна академија, УНИЦЕФ, ОСЦЕ.

Мирела Бадуринa, др.сц.

Доктор је здравствених знаности, еуропски сертификован психотерапеут, супервизор и тренер, са специјализацијом из дјечје и адолесцентске интегративне психотерапије. Од 1992. године свој професионални и академски развој усмјерава на подручје очувања здравља и добробити дјеце и младих. Излагачица је на бројним домаћим и међународним конгресима и аутороца је и коауторица низа знанствених и стручних радова, на теме заштите здравља, права и интереса дјеце. Оснивач је и директорица БХИДАПА-е. Предсједница је програмског и организацијског одбора Интернационалног Конгреса и уредница интердисциплинарног часописа за психотерапију и добробит дјеце и младих. Аутор је многих пројеката у сарадњи са World Vision International, УНИЦЕФ БиХ, Médecins du Monde БиХ. Удата је и мајка двоје дјеце.

Мирјана Граовац, проф.др.сц.

Рођена је 1956. године у Сенти. На Медицинском факултету у Новом Саду дипломирала је 1981. Специјалистички испит из психијатрије положила је 1990. Магистрирала је 1999., а докторирала 2003. на Медицинском факултету у Ријеци гдје је запослена као професор психијатрије. Субспецијалист је дјечје и адолесцентне психијатрије и субспецијалист психотерапије. Запослена је у КБЦ Ријека на Клиници за психијатрију на Заводу за дјечју и адолесцентну психијатрију чији је оснивач је и прочелник. Ауторица је бројних знанствених и стручних радова, чланака, конгресних приопћења, коауторица и рецензент стручних књига из подручја дјечје и адолесцентне психијатрије. Едукатор је у програмима интегративне дјечје и адолесцентне психотерапије у РХ и БиХ.

Ранка Калинић, прим.др.мед.

Рођена у Бања Луци 1965. године, гдје је завршила основну школу, гимназију и Медицински факултет. Специјализацију из дјечије и адолесцентне психијатрије је завршила у Београду, као и едукацију из психодинамске психотерапије дјеце и младих. Од 2004. године запослена у Центру за заштиту менталног здравља Бања Лука. При Центру је формирала први комплетан тим за дјецу и младе који пружа услуге превенције, дијагностике, третмана и лијечења поремећаја у менталном здрављу дјеце и младих. Одржала је преко 250 едукативних предавања и радионица. Учесник у великом броју пројеката, коаутор у 4 приручника која су намијењена родитељима и дјечи.

Сабина Зијадих Хусић

Сабина Зијадих Хусић је дипломирала психологију на Одсјеку за психологију Филозофског факултета Универзитета у Сарајеву 2001. године. Едукацију из Гештат психотерапије завршила је у Сарајеву 2009. године. Едукацију из Интегративне психотерапије за дјецу и адолесценте завршила је 2017. године у БХИДАПА Институту у Сарајеву. Сабина Зијадих - Хусић је европски сертификована психотерапеутица, тренерица и супервизорица. Вишегодишње радно искуство је посветила савјетодавном и психотерапијском третману дјеце, младих и одраслих. Живи и ради у Сарајеву.

Татјана Стефановић Станојевић, проф.др.сц.

Психолошкиња развојне оријентације и истраживачица у области теорије привржености, рођена је 1963. године у Нишу. Докторат психолошких наука стекла је 2002. године на Одељењу за психологију Филозофског факултета у Београду. Ради на Департману за психологију Филозофског факултета у Нишу, а од 2002. до 2015. године радила је и на Филозофском факултету у Бањој Луци. Аутор је више монографија као и великог броја радова из области теорије привржености, штампаних у научним часописима и зборницима. Добитница друштвеног признања „Љубомир Љуба Стојић“ које Друштво психолога Србије додељује за допринос развоју психолошке струке у својој средини. Добитница је друштвеног признања „Живомир Жижа Васић“ које Друштво психолога Србије додељује за популаризацију савремене психологије.



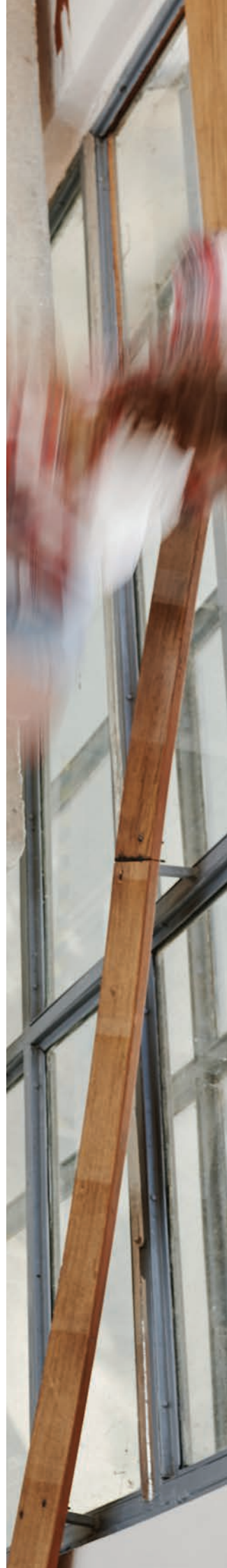


Значај промоције менталног здравља дјеце и адолесцената у БиХ

Ауторице: Прим. мр. мед. сц. Азра Арнаутовић, групна аналитичарка, интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценате, супервизорица;

Дипл. псих. Сабина Зијадић Хусић, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценате, супервизорица;

Др. сц. Мирела Бадурина, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценате, супервизорица



Увод

Тема промоције здравља и његовог значаја, у садашњем тренутку постаје све више актуална. Промјене се дешавају на глобалном нивоу у свим сферама друштвеног развоја. Пандемија узрокована вирусом Ковид-19, миграције људи са различитих подручја, сиромаштво, незапосленост, велике поплаве и пожари стварају несигурност и неизвјесност код свих људи без обзира на њихову старост. Развоји технологије и науке у неким аспектима такођер представљају факторе дестабилизације онда када могућности појединца или друштва не могу одговорити захтјевима које те промјене доносе. Стање у Босни и Херцеговини је комплексније ако узмемо у обзир политичку климу.

1.1. Ментално здравље

Свјетска здравствена организација (СЗО), здравље дефинира као стање потпуног тјелесног, психолошког и социјалног благостања, а не само одсутност болести или слабости, док ментално здравље дефинише као: *“Стање добробити у којем појединац остварује своје потенцијале, може се носити с нормалним животним стресовима, може радити продуктивно и плодно те је способан придонети својој заједници”* (СЗО, 2013).

Нема здравља без менталног здравља. Функционалност особе се показује у свим аспектима људског понашања. Бити ментално функционалан, значи имати конструкт особности којим човјек своје ресурсе може оптимално и балансирано користити задовољавајући личне али и потребе других, те дјеловати у заједници. Тијело особе може бити соматски здраво, а особа може бити некорисна, беспомоћна, или са штетним понашањем за себе и околину, може бити несретна, депресивна. Ментално здравље обухвата емоционално, психолошко и социјално благостање. Оно утиче на мисли, осјећаје, понашање, детерминира односе са другима, доношење одлука, контролу стреса. Стање менталног здравља важно је за сваки стадијум развоја особе, од рођења, кроз дјетињство и адолесценцију до одрасле доби. Многи фактори утичу на стање менталног здравља: биолошки фактори, животно искуство, трауме, насиље те породична историја проблема менталног здравља. Проблеми се могу јавити у било којем животном циклусу у виду промјена и тешкоћа у размишљању, расположењу и понашању.

1.2. Законске легислативе из области менталног здравља

Послједњих деценија под лидерством СЗО учињени су значајни кораци кроз заговарање и израду докумената који су помогли да се кроз промотивне и превентивне активности ментално здравље препозна као глобални циљ. У овом контексту - Извјештај СЗО о свјетском здрављу 2001 – *Ментално здравље: ново разумијевање, нова нада* се фокусира на чињеницу да је ментално здравље, област која је предуго занемарена и да је потребно ургентно донијети адекватне политике које ће осигурати да се изборимо против стигме и дискриминације кроз учинковиту превенцију, промоцију и услуге (Mehmedić-Džonlić, Perišić, Šiljak, 2017). Исти извор наводи да је за област промоције и превенције битно истаћи и СЗО пакет *evidence-based mhGAP Intervention Guide* из 2010. године као свеобухватан и најкориснији алат који значајно доприноси интеграцији менталног здравља у примарној здравственој заштити.

Акциони план за ментално здравље 2013-2020 који је усвојен од стране Свјетске здравствене скупштине, у мају 2013. године представља свеобухватан план дјеловања који препознаје кључну улогу менталног здравља у постизању доброг здравља за све људе. Битно је истаћи и кораке који се подузимају на европском нивоу и нивоу ЕУ гдје је Регионални уред за Европу СЗО у септембру 2013. године развио Европски акциони план за заштиту менталног здравља који је фокусиран на потребе

чланица европског региона. Европска комисија је 2005. године израдила приједлог политике под називном Зелена књига о развоју стратегије ЕУ за ментално здравље. Резултат овог рада било је објављивање Европског пакета за ментално здравље и благостање 2008. године на темељу чега је 2013. покренута и Заједничка акција за ментално здравље и благостање 2013-2016 која има 5 подручја дјеловања: а) промоција менталног здравља на радном мјесту, б) промоција менталног здравља у школама, ц) превенција депресије и суицида, д) развој заштите менталног здравља у заједници и социјална инклузија особа са тежим менталним поремећајима и е) промовирање интегрирања заштите менталног здравља у свим политикама.

У Босни и Херцеговини ситуација је различита у Федерацији БиХ и Републици Српској. Оба ова ентитета имају своје уставе које регулишу надлежности и одговорности које нису дате у искључиву надлежност институција Босне и Херцеговине.

У Федерацији БиХ су два закона која регулишу област менталног здравља: Закон о заштити особа с душевним сметњама ("Службене новине Федерације БиХ", бр.37/01,40/02 и 14/13. Те Закон о здравственој заштити (Службене новине ФБиХ 40/10 и 75/13) уз додатне Правилнике којима се регулише организација и дјеловање из ове области. Влада ФБиХ је у оквиру реформи и унапређења здравља становништва за период 2012. до 2020. урадила стратешке документе и стратешки план развоја здравства, који има за циљ јачање здравствене заштите оријентисане ка породици и заједници базираној на промоцији здравља и превенцији болести. У Републици Српској постоји Закон о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", бр.106/09) и Закон о измјенама и допунама Закона о здравственој заштити Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске" 44/15) који регулишу организацију здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Такођер и у РС-у су уз постојеће законе урађени одређени правилници и планови развоја. Политике и закони који уређују област заштите менталног здравља представљају кључну основу за побољшање услова и квалитете живота особа са проблемима у менталном здрављу.

1.3. Фактори који одређују стање менталног здравља једне заједнице

Низ је вањских и унутрашњих фактора који нарушавају психичку и емоционалну равнотежу појединца, чиме могу узроковати настанак менталних поремећаја и болести. Одржавање и унапређење менталног здравља у заједници, те превенција менталних болести и поремећаја, захтијева познавање фактора који могу утицати на стање менталног здравља појединца и заједнице. Те факторе можемо груписати у: социјалне, психолошке, биолошке, факторе генералног здравља и болести, стање у друштву и политичка ситуација, злоупотреба супстанци те националне политике о менталном здрављу.

Узимајући у обзир животну перспективу (Britvić, 2019), видљиво је да утицаји који дјелују у свакој животној фази могу дјеловати на ментално здравље. Бритвић наводи да већ у пренаталном раздобљу ниски социоекономски услови, неједнакост и сиромаштво могу имати снажан утицај на физичке, менталне и когнитивне посљедице у раном и каснијем животу. Мајчино лоше здравље и слаба исхрана, пушење, злоупотреба алкохола и дрога, стрес и врло захтјеван физички рад могу имати негативан утицај на развој фетуса и касније животне исходе. Дјеца сиромашних мајки имају већу вјероватност да буду у неповољном положају чак и прије рођења (Britvić, 2019). Ризични фактори за уобичајене перинаталне поремећаје укључују социоекономске недостатке, нежељену трудноћу, недостатак интимне партнерске емпатије и потпоре, негативне законе, доживљавање насиља од интимног партнера, а у неким случајевима и анамнезу менталних проблема у породици. Фактори који

неповољно утичу на ментално здравље у раном дјетињству су неповољне породичне динамике, сукоби у породицама, висококонфликтни разводи, болести у породици, изложеност дјеце занемаривању и злостављању, одрастање у породицама гдје је присутно насиље. Родитељско ментално здравље има кључну улогу у каснијем здрављу дјеце. Бритвић наводи да дјеца мајки с менталним болестима пет пута чешће имају менталне поремећаје. Сиромаштво такође повећава стрес мајке. Тијеком школске и адолесцентске доби социјални услови одрастања и школовања и даље имају важну улогу у превенцији менталних поремећаја. Образовање има заштитну улогу јер јача емоционалне отпорности придоносећи каснијим бољим животним условима, бољем запослењу и већем доходу. Сиромаштво је и у овој доби фактор ризика. Сиромашна дјеца имају слабије животне услове – лошију исхрану, неповољне услове за становање и учење. Исти аутор наводи да је незапосленост родитеља велики извор стреса за цијелу породицу. Адолесценција је специфична због вулнерабилности овог развојног доба, те самим тим представља ризик за стрес. Ниски социоекономски услови повећавају ризик различитих негативних понашања, па је битно код адолесцената стимулирати заштитне факторе, укључујући социјалну и емоционалну подршку и позитивне интеракције с вршњацима, породицом и широм заједницом. У радном вијеку одраслог човјека незапосленост и лоша квалитета запошљавања, представљају велики ризик за појаву менталних поремећаја и могућу појаву симптома депресивности и анксиозности. Психолошки фактори опћенито могу бити наслијеђени и урођени, али могу бити повезани са специфичностима у психосоцијалном развоју, трауматским искуствима, кризом и стресом. Треба додати и то да друштвена клима која поштује и штити основна људска, политичка, социо-економска и културна права представља основ за очување менталног здравља.

1.4. Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини

Реформа заштите менталног здравља у Босни и Херцеговини започела је 1996. године, стављањем фокуса на бригу у заједници. Такав начин организације служби менталног здравља разликује се од традиционалног приступа који је доминирао у региону Југоисточне Европе и углавном био базиран на хоспиталном третману људи са менталним поремећајима. У реконструкцији здравственог сектора у БиХ велика важност је дата реформским процесима на нивоу примарне здравствене заштите, чију основу – уз увођење система породичне медицине – чини и реформа заштите менталног здравља као неодвојивог дијела општег здравља. Донесен је низ стратешких докумената који су усклађени с европским документима и циљевима СЗО. Њима је дефинисана реорганизација служби за заштиту менталног здравља на свим нивоима здравствене заштите. Резултат тога је да психијатријска служба није више једина организациона структура која брине о особама које пате од менталних поремећаја и поремећаја понашања. Суштинска промјена контекста пружања услуга у менталном здрављу подразумијева ограничено кориштења психијатријских болничких кревета, отварање мреже центара за ментално здравље (ЦМЗ), развој других сервиса у заједници, мултидисциплинарни приступ и тимски рад, као и међусекторску сарадњу. Циљ ових процеса био је израда ефективне, дјелотворне и квалитетне службе за заштиту менталног здравља, која слиједи потребе корисника и која је доступна што већем броју људи, у контексту компактног и интегрисаног система пружања услуга. Систем пружања услуга из области менталног здравља се заснива на пракси базираној на доказима (евиденце-басед) и тежи се да буде ефикасан и прихватљив. Услуге из области менталног здравља у Босни и Херцеговини пружају се кроз мрежу од 74 центра за ментално здравље (ЦМЗ), и то 46 у Федерацији БиХ, 27 у Републици Српској и један у Дистрикту Брчко. Просјечан број становника који покрива један центар је око 66000. Сваки ЦМЗ у ФБиХ има на располагању 10 психијатријских кревета који су намијењени за акутну хоспитализацију и налазе се на психијатријским одјелима општинских болница у регијама којима припадају. Услуге из области менталног здравља на секундарном и терцијарном нивоу пружају се у универзитетским болницама у Сарајеву, Тузли и Мостару, и психијатријским одјелима у општинским болницама у другим већим градовима у Федерацији. У Републици Српској на секундарном и терцијарном нивоу услуге из области менталног здравља пружају се у двије универзитетске болнице:

Клиника за психијатрију КЦ у Бањој Луци и Психијатријска клиника Соколац (садржи и форензичку психијатрију), те у Заводу за лијечење, рехабилитацију и социјалну заштиту хроничних душевних болесника Јакеш и четири психијатријска одјељења при општим болницама у Приједору, Градишки, Добоју и Требињу. У склопу система пружања услуга менталног здравља у заједници у БиХ отворене су три заштићене куће, двије кооперативе, а формирано је и неколико удружења корисника услуга. Поједини центри за социјални рад у локалним заједницама према расположивим могућностима у кадру и новцу, отварају дневне центре за особе са проблемима менталног здравља, те дневне центре за старије особе, што употпуњује систем служби и повећава услуге у менталном здрављу (подаци преузети са mentalnozdravlje.ba).

У центрима за ментално здравље ради један или више мултидисциплинарних тимова, зависно од величине подручја које покривају, односно припадајуће популације и од расположивих кадровских ресурса. У структури тимова налазе се неуропсихијатри/психијатри, психолози, социјални радници, медицински техничари, дефектолози и логопеди, те окупациони терапеути. У већини мјеста у БиХ гдје функционишу центри уочени су позитивни помаци постигнути у рехабилитацији и лијечењу, смањењу броја пацијената и дужини хоспитализације, успостављању интердисциплинарне сарадње унутар здравственог система, с једне стране са тимовима опште/породичне медицине, а с друге са болничким службама. Такођер је успостављена међусекторска сарадња на локалном нивоу са центрима за социјални рад, школама, невладиним удружењима, локалним властима и другим актерима.

1.5. Ментално здравље дјеце у Босни и Херцеговини

Ментално здравље представља основу дјечијег социјалног емоционалног развоја, а тиме и благостања и функционирања тијekom цијелог живота. Према Bright Futures: Promoting children and young people's mental health-Унапређење менталног здравља дјеце и младих људи (1999): ***“Дјеца која су ментално здрава имају способност да се развију психолошки, емоционално, креативно, интелектуално и духовно; постају свјесна других и саосјећају се са њима; играју се и уче;развијају осјећај доброг и лошег; рјешавају проблеме и неуспјехе и уче из њих”*** (Badurina, 2013, 2016).

Истраживање које је спроведено у Кантону Сарајево (Badurina, 2013) указује на скоро два пута већу преваленцу (29%) спектра интернализованих проблема (симптоми повлачења, депресије и анксиозности, те соматских проблема), од преваленце клинички значајних екстернализованих проблема (16,3%) уочених на субскалама пределинквентних и деструктивно агресивних симптома. Истраживање је обухватило 743 дјеце узраста 10-15 година из једанаест основних школа. Резултати добивени овим истраживањем су у складу са резултатима истраживања у свијету и показатељима Свјетске здравствене организације и показују да скоро свако четврто дијете има потешкоће са менталним здрављем (Badurina, 2013). То представља значајан сигнал за дјеловање у овој области.

Дјеца у БиХ, поред споменутих фактора који лоше утичу на ментално здравље, у ризику су за трансгенерацијски пријенос трауме, јер су родитељи многих и сами били дјеца у рату прије 30 година, те значајан број није прорадио своје трауме из дјетињства. Протекле двије године суочени смо са пандемијом вируса Ковид-19 и посљедицама које су остале по становнике, али и дјецу. Овај глобални догађај је дотакао све аспекте живота људи, укључујући и ментално здравље. У вријеме избијања пандемије 2020. године у Босни и Херцеговини, здравствене и социјалне услуге биле су ограничене или прекинуте, а физички приступ центрима за ментално здравље и центрима за социјални рад прекинут је мјерама кућне изолације и ограничења кретања. Дјеца, адолесценти, родитељи и његоватељи, укључујући оне који су раније имали проблема с менталним здрављем нису одмах добили приступ услугама помоћи.

Глобална здравствена процјена СЗО из 2015. показује да ће од једног од пет адолесцената сваке године доживјети ментални поремећај, а самоозљеђивање је трећи водећи узрок смрти адолесцената, док је депресија међу водећим узроцима инвалидитета. Међутим, ови ризици су посебно акутни за најугроженију дјецу и породице из маргинализованих група заједнице. Први и најважнији корак у рјешавању било којег проблема менталног здравља је његово разумијевање и препознавање, те стварање потицајног окружења код куће, у школама и заједници за рјешавање проблема.

1.6. Превенција и промоција менталног здравља

Према Кијсу (2002), појам менталног здравља више се не употребљава да би се описало одсуство менталних поремећаја, већ обухвата континуум од потпуног изостанка менталног здравља (енгл. "languishing") до оптималног менталног здравља (енгл. "flourishing"). Стратегијски и свеобухватни приступ тако укључује и промоцију позитивног менталног здравља и превенцију менталних поремећаја. Уназад тридесетак година учињени су велики напори како би се дефинисало ментално здравље као данашњи концепт. Разне научне дисциплине попут психологије, медицине, социологије и економије дале су свој допринос чиме се дограђивала базна дефиниција коју је поставио још Аристотел. Он добробит види као мултидимензионалан концепт који подразумева материјалну и нематеријалну димензију (Herrman, Jane-Llopis, 2012). Још један од приступа менталном здрављу уводи и концепт отпорности. Рутер (1985), у свом дефинисању отпорности полази од истраживања реакција на различите стресоре код различитих појединаца те сматра да је отпорност способност ношења с различитостима како би се избјегао потпуни слом или различити здравствени проблеми.

Превенција менталних поремећаја и промоција менталног здравља уско су повезане и кроз историју су се преплитале, развијале и добиле данашњу димензију. Још од 1964.г. води се полемика о приступима. Капланова јавноздравствена класификација подразумева примарну, секундарну и терцијарну превенцију, али ова подјела је замијењена Гордоновим класификацијским моделом, који превенцију дијели на универзалну, селективну и индицирану (Basic, 2009; Mrazek, Haggerty, 1994; O'Connell, Boat i Warner, 2009). Оба концепта су доживјела и критике и похвале, а појавили су се и други аутори. Данас је прихватљиво да је промоција менталног здравља од универзалне важности али и да су програми промоције, превенције, третмана и рехабилитације подједнаке важности, а што представља промоцију добробити и квалитете живота (Barry, 2001).

Промоција менталног здравља подразумева стварање индивидуалних, друштвених и околиских услова који су оснажујући и који омогућавају оптимално здравље и развој. Таквим иницијативама се настоји укључити појединац у достизању позитивног менталног здравља и јачању квалитете живота (Jané-Llopis, Katschnig, McDaid, Wahlbeck, 2011). Уочава се теоретска разлика између промоције и превенције, али у контексту праксе ова два подручја се преплићу. Кључна одредница разликовања је теоретски оквир. Мразек и Харгерти (1994) наводе да је полазна тачка превентивних интервенција модел смањења ризика усмјерених на смањење ризичних и јачање заштитних фактора, односно смањење ризика а не превенција самих поремећаја. Дакле, промоција је усмјерена на позитивно ментално здравље са циљем јачања снаге и компетенција, а превенција је усмјерена на специфичне поремећаје са циљем смањења учесталости, распрострањености и озбиљности одређеног проблема или болести (Barry, 2001).

1.7. Значај програма промоције здравља

Холистичка дефиниција здравља која каже да је здравље стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само пуки изостанак болести или пак изнемоглости, дио је устава СЗО и донесена још 1946.године (WHO, 2001, 2013). Овим је ментално здравље смјештено унутар широке дефиниције благостања.

- Позитивна димензија менталног здравља придонио дестигматизацији менталних поремећаја.
- Промоција здравља претпоставља подршку људима да практикују здрав начин живота и стварају животне услове који доприносе развоју здравља (Herman i Janè-Llopis, 2012).
- Промоција здравља показује како повећати контролу над својим здрављем и како га побољшати.
- Показује да је здравље ресурс свакодневног живота.
- Модел промоције здравља удаљава се од појединца и превенције, према јавноздравственим акцијама и ширим друштвеним детерминантама које људе чине здравима. Укључује цијелу популацију у контексту свакодневног живота и није усмјерена искључиво на људе у ризику од менталних поремећаја.
- Усмјерена је на социоекономско окружење које детерминира ментално здравље појединца и популације.
- Присваја комплементарне приступе и интегрира стратегије тако да ради од индивидуалне према друштвеним разинама окружења.
- Укључује интерсекторално дјеловање које надилази здравствени сектор и темељи се на јавној партиципацији, ангажману и оснаживању (Barry, 2007).

2. Активности и програми промоције менталног здравља

Ментално здравље дјеце и адолесцената може се промовисати и заштитити, те лијечити. Све више расте свијест о потреби свеобухватног приступа, заснованих на подршци заједнице и психосоцијалној подршци, укључујући промоцију менталног здравља, те приступа који се баве ставовима и понашањем који штете менталном здрављу. Можемо рећи да је планско ангажовање и учешће дјеце, адолесцената, родитеља, учитеља, његоватеља и шире заједнице од кључне важности за осигуравање побољшаног приступа менталном здрављу и психосоцијалној подршци за све.

Да би се уопште програми превенције могли направити, потребно је знање о детерминантама менталног здравља, здравља уопште и о факторима који придонио менталном здрављу. Те факторе аутори (Herman i Janè-Llopis, 2012) дијеле у три групе: (1) Особне, личне карактеристике појединца (контрола емоција, мисли, учење из искуства, успјешно рјешавање конфликта те толеранција на непредвидиве ситуације). (2) Карактеристике друштва којем особа припада (способности комуникације, преговарања и судјеловања). (3) Културно и политичко окружење (праведни радни услови, приступ образовању, законска права на слободу од дискриминације или слободу уопште).

Бери (2007) наводи неколико принципа за успјешну имплементацију програма промоције менталног здравља: (1) Усвајање социоеколошке перспективе, која подразумијева препознавање ширег контекста самог програма (опис заједнице са карактеристикама). (2) Прихватање филозофије оснаживањем која се заправо своди на оснаживање појединаца, изградњу снага и вјештина судионика програма. (3) Активне консултације и сарадња (мултидисциплинарана, интерсекторална сарадња у локалној заједници). (4) Препознавање неједнакости и то тако да је нужно препознати утицај деградирајућих и експлоатацијских друштвених услова, попут сиромаштва, расизма и сексизма на ментално здравље. (5) Прикупљање локалних података и доказа о утицајима заједнице, друштва и самих појединаца

на ментално здравље. (6) Детектирање кључних проблема и могућих циљева дотичне заједнице. (7) План евалуације интервенције и дисеминација праксе темељене на доказима с циљем даљњег побољшања.

У наставку наводимо примјере могућих интервенција за унапређење менталног здравља у зависности од доби и контекста у којем се развој догађа:

- у периоду планинарења породице и раног дјетињства интервенције могу обухватати: подршку у планирању породице, савјетовање о партнерским и родитељским улога, кућне посјете у циљу подршке трудницама, породицама и члановима породице, био-психо-социјалне интервенције, промоција значаја разумијевања развоја сигурне привржености и јачања капацитета резилијентности као одредница здравља и друге активности специфично усмјерене на индивидуалне потребе и капацитете.
- У периоду предшколског и школског узраста интервенције би требале, прије свега, пратити развојне задатке и потребе дјетета. Поред раније споменутих активности, интервенције у овом развојном периоду требале би укључити и активности које обухватају програме развоја емоционалних, социјалних и креативних вјештина у оквиру програма промоције менталног здравља и добробит дјеце, породица и заједница.
- Интервенције које су усмјерене на одраслу доб требале би бити усмјерене на развој програма: социо-економског оснаживања жена, борбу против насиља и злоупотребе, подршке особама треће животне доби, бриге о себи и превенцији стреса, здраво професионално окружење...
- Интервенције усмјерене на креирање програма заштите вулнерабилних особа.
- Интервенције усмјерене на програме јачања сарадње и развоја заједнице.

Примјена учинковитих интервенција велики је допринос повећању продуктивности и отпорности за савладавање бројних животних стресова. Када су дјеца и млади у питању важна је имплементација програма који обухватају квалитетно родитељство, програме менталног здравља у школама.

Постоји доста примјера квалитетних програма менталног здравља везано за споменуто. Један од највише истраживаних је Програм позитивног родитељства (Triple P, Positive Parenting Program, Sanders, 1999). Овај програм су развили Метју Сандерс и сарадници са свеучилишта у Квинсленду, Аустралија. Циљ програма је превенирати бихевиоралне, емоционалне и развојне проблеме код дјеце јачањем њихових знања и вјештина те развијањем родитељског повјерења. Програм укључује пет различитих нивоа интервенција намијењених родитељима и дјечи узраста до 12 година живота (Sanders, 1999):

- Први ниво - универзална стратегија информисања родитеља (приступ корисним информацијама о родитељству путем координиране медијске промотивне кампање, штампаних материјала и електронских медија).
- Други ниво – подразумева интервенцију јавноздравствене његе пружањем специфичних савјета за дјецу с незнатним потешкоћама у понашању (путем телефона или кроз групне састанке).
- Трећи ниво – укључује обучавање родитеља, а имају дјецу с благим до умјереним потешкоћама.
- Четврти ниво – индивидуални или групни тренинг за родитеље чија дјеца имају озбиљне проблеме у понашању.
- Пети ниво – намијењена родитељима у чијим породицама постоје истовремено дисфункционалност породице (нпр. насиље, брачни конфликти, депресија родитеља) и дијете са озбиљним поремећајем у понашању.

Уз Трипл П, један од најпознатијих родитељских програма је амерички програм Оснаживање породице (Stengthening families, SFP), чији су аутори Карол Кумфер и сарадници, за дјецу од 6 до 12

godina (Kumpfer, Whiteside, Greene i Allen, 2010).

Za kraj poruka svima nama koji radimo na promociji i prevenciji mentalnog zdravlja, citat jedne trinaestogodišnjakinje koji govori mnogo:

“С обзиром на то да је одрастање врло битно, сматрам да носи много изазова, а о томе нам нико не прича и не припрема. Највећи изазов по мени је пронаћи праве пријатеље и заједнички језик са родитељима и наставницима. Ако имамо довољно подршке све остало је мање важно и онда можемо одрасти” (Badurina, 2021, стр.10).

Literatura

1. Badurina, M., Kafedžić, L., Bjelan, Guska, S., Osmanagić, L., Omersoftić, E. (2021). Rezilijentne škole - škole koje djeca vole. Sarajevo. Udruženje Centar za istraživanje politike suprotstavljanja kriminalitetu, 10-15.
2. Badurina, M. (2013). Povezanost kvalitete života i mentalnog zdravlja djece osnovnoškolske dobi u Kantonu Sarajevo. Magistarska teza. Sarajevo: Medicinski fakultet.
3. Barry, M. (2001). Promoting positive mental health: Theoretical frameworks for practice. International Journal of Mental Health promotion, 3(1), 25-34.
4. Barry, M. (2007). Genetic principles of effective mental health promotion. International Journal of Mental Health promotion, 9(2), 4-16.
5. Britvić D, Štrkalj Ivezić S.,(2019). Mentalno zdravlje u zajednici. Redak. Split. 11-33.
6. Bašić, J. (2009). Teorije prevencije: Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Zagreb. Školska knjiga.
7. Herrman, H., Janè-Liops, E. (2012). The status of mental health promotion. Public Health Reviews, 34(2), 1-21.
8. Janè-Liops E., Katschnig H. McDais D., Wahibeck K. (2011). Supporting decision-making processes for evidence-based mental health promotion. Health Promotion International 26(1), 140-146.
9. Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing. Journal of Health and Social Research, 43, Zagreb. Školska knjiga, 207-222.
10. Kumpfer, K.L., Whiteside, H.O., Greene, J.A., Allen, K.C.(2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the strengthening families program in statewide field site. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 14(3), 211-229.
11. Mehmedić Džonlić S., Perišić Z. Šiljak S. (2017). U Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja; Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH i Republike Srpske. Sarajevo/Banja Luka.
12. Mihić, J., Bašić, J. (2008). Preventivne strategije-Eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. Ljetopis socijalnog rada, 15(3), 445-471.
13. Mrazek, P., Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington D.C. National Academy Press.
14. Murray, C.J., Lopez, A.D. (1996). Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of disease Study. Science, 274(5288), 740-743
15. Novak, M., Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: Obilježja mogućnosti prevencije. Ljetopis socijalnog rada, 15(3), 473-498.
16. O'Connell, M.E. Boat, T., Warner, K.E. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington D.C.: National Academy Press.
17. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. The British Journal of Psychiatry. 147(6), 598-611.
18. Sanders, M.R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clinical Child and Family Psychology Review, 2(2), 71-90.
19. World Health Organization – WHO (2001). Strengthening mental health promotion. Fact Sheet, no. 220. Geneva:WHO. Preuzeto sa www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en
20. World Health Organization – WHO (2013). The Helsinki statement on health in all policies. Preuzeto s www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement
21. World Health Organization – WHO (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Preuzeto sa http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf
22. www.mentalnozdravlje.ba

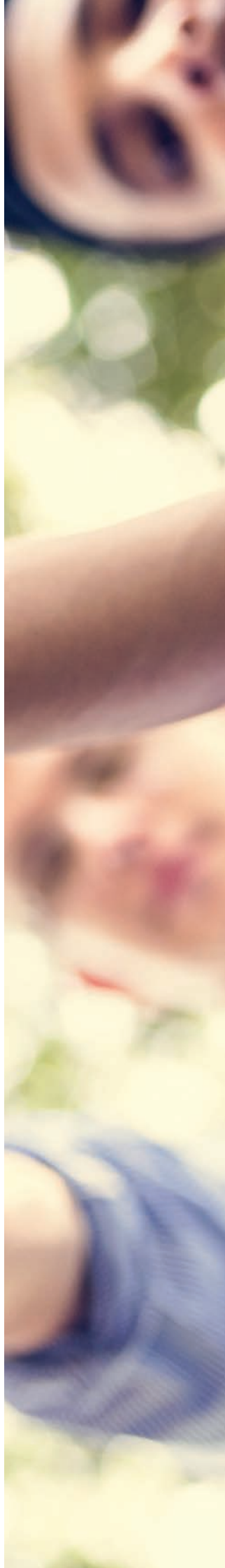




Мултидисциплинарни концепт: Тко смо ми? Колико се познајемо?

Ауторице: Проф. др. сц. Гордана Буљан Фландер, клинички психолог, психотерапеут, дјечји и адолесцентни психотерапеут, стални судски вјештак

Миа Роје Ђапић, маг. псуцх. клинички психолог, психотерапеут, дјечји и адолесцентни психотерапеут



Увод

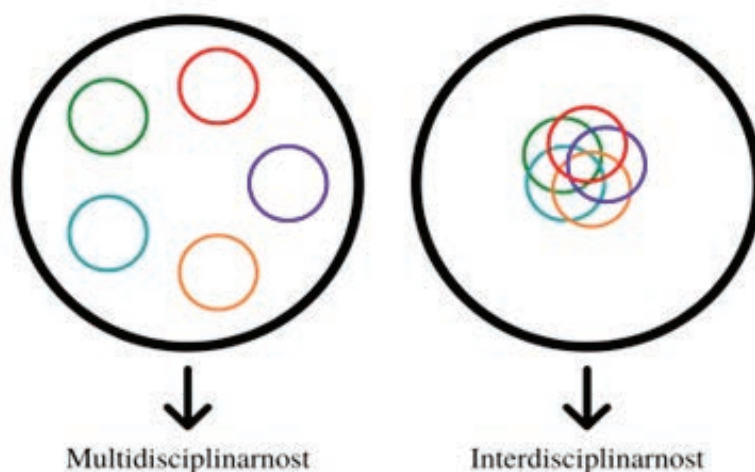
Сви ми радимо с дјецом, младима и обитељима, но долазимо из одређене струке, имамо одређено темељно знање и раније искуство. Такођер имамо неке теоријске и практичне оквире који нам одговарају више од других – интуитивно, свјетоназорски или некако другачије. На својим радним мјестима неминовно користимо сами себе као инструмент рада, своје знање и емоције. Немогуће је да су у приступу клијентима они у потпуности неоптерећени нашим властитим слабостима и снагама. Све то су разлози због којих радимо у мултидисциплинарним тимовима у којима смо различити, а опет на неки начин слични.

Примјерице, кад чујемо да се дијете потукло у школи, прије него сазнамо више информација, различити стручњаци имаће различите хипотезе. Психолог би могао помислити да дијете има неке емоционалне тешкоће, социјални педагог да дијете има сметње понашања, психијатар би могао промишљати о агресивности као симптому неког поремећаја, логопед би могао помислити да се ради о комуникацијској тешкоћи, педијатар да је дијете импулзивно услјед неуроразвојних проблема и тако даље. Није свеједно ни из које установе или сектора долазимо. Нетко тко ради у систему здравства, социјалне скрби или одгоја и образовања, иако можда исте струке, имаће вјеројатно другачије асоцијације. У томе нема ништа лоше. Дапаче. Различитости нас обogaћују ако смо спремни раширити видике. Било каква пристраност онемогућава разборито просуђивање и истинску заштиту, како дјеце, тако и одраслих, стога је нужно то препознати, освијестити и сурађивати (Guarnera, Murrie i Vossaccini, 2017).

Бројна истраживања дјеловања, али и стручна пракса свакодневно свједоче да не постоји једна струка или институција која адекватно може одговорити на потребе и права дјетета које исказује тешкоће на плану менталног здравља. Мултидисциплинарност, интердисциплинарност и интерсекторска сарадња нужни су модели координираног и адекватног поступања у заштити дјеце и младих.

1. Теоријски дио

Док је мултидисциплинарност знанствени приступ у којем долази до сучељавања различитих дисциплина међу којима постоје неке јасно уочљиве везе (Turudija, 1982), интерсекторска сарадња мора ићи корак даље, што је изазовније. Однос мултидисциплинарности и интердисциплинарности сликовито је приказан на Слици 2. Кругови се односе на број дисциплина које се проучавају, док положај кругова сугерира у каквим су међусобним односима те дисциплине тијekom проучавања или рјешавања неког проблема



Слика 2. Однос мултидисциплинарности и интердисциплинарности (према Jensenius, 2012)

Надаље у тексту осврнут ћемо се на неке основне компетенције стручњака помагача, али и нужне интердисциплинарне компетенције за рад у подручју заштите дјеце.

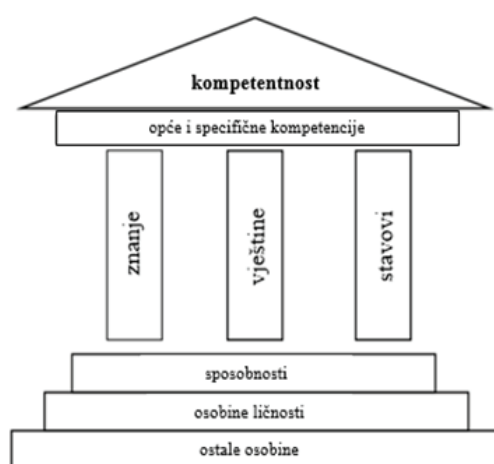
1.1. Компетенције стручњака помагача

Помагачке струке усмјерене су на помагање људима у рјешавању њихових животних проблема (Ajduković i Ajduković, 1996) те као један од главних циљева постављају бригу о другима пружајући посредну или непосредну помоћ (Žganec, 1999). Управо због осјетљивости рада с људима, уз важност формалног образовања стручњака помагача, велика пажња при процјени и развоју компетенција стручњака помагача ставља се на њихово познавање својих мотива, понашања, емоција и предрасуда (Торић, 2016), разумијевање себе самога (Bryan, 2015), емпатијски капацитет (Dimitrijević, Hanak i Milojević, 2011), односно на особне карактеристике. Тиме је, као и у цијелом друштвено – хуманистичком подручју, тешко остварити карактеристике егзактне знаности (Nair i Egan, 2010) те одредити точну дефиницију компетенција. Епстин и Хандерт (2002) компетенције у помагачким струкама дефинирају као уобичајено и разумно кориштење комуникације, знања, техничких вјештина, мишљења, емоција, вриједности и рефлексија на свакодневној основи, а у корист појединца или заједнице за коју се ради.

Према Жижак (1997) постоје три елемента компетентности стручњака помагача:

- (1) професионална знања – сва релевантна знања стечена образовањем у тој струци;
- (2) професионалне вјештине – различите способности (моторичке, социјалне, когнитивне) путем којих се професионални идентитет операционализира;
- (3) особност – особни потенцијали (таленти, изглед, особине личности, искуства у животу) које појединац користи у својој професионалној улози.

Развидно је да елемент особности покрива карактеристике које појединац барем у одређеном опсегу има неовисно о образовању и радном искуству, док су професионална знања и искуства барем у одређеном опсегу стечена у процесу школовања и рада. При разматрању компетенција у помагачким струкама корисно је стога размотрити Роеов (2002) улазни и излазни модел компетенција (Слика 1). Према овој моделу разматра се јесу ли одређене компетенције или њихове одреднице увјет за приступање некој едукацији, студију и усавршавању или су пак исход образовног процеса. У помагачким струкама налазе се одређене „улазне карактеристике“ студената по којима се разликују од студената не-помагачких струка још на самом почетку високог образовног процеса (уз контролу осталих релевантних варијабли, попут пола/рода). Према Хрсту (2005), особе које одабирају помагачка занимања имају одређена диспозицијска обиљежја, која такођер могу варирати између различитих усмјерења помагачких струка (нпр. медицинске сестре, лијечници, психолози, социјални радници итд.). Примјера ради, студенти помагачи су у просјеку више емпатични, чешће су сигурно привржени, више су капацитирани за ментализацију (Dimitrijević, Hanak i Milojević, 2011), имају више позитивне ставове и прихватање према мањинама (Miller i Garran, 2017) од других студената. „Темељи храма“ код студената помагачких струка дакле специфични су у односу на „темеље“ осталих студената, а потом се развијају кроз даљње образовање и радно искуство.



Слика 1. Архитектонски модел компетенција (Roe, 2002)

1.2. Интердисциплинарне компетенције

Интердисциплинарност је посебан облик функционалне разноликости дефиниран високим ступњем интеграције различитих стручних перспектива (Repko, Szostak i Buchberger., 2019), „**интерактивно повезивање двију или више дисциплина у цјелину вишег реда, при чему се синтеза не врши на плану предмета знања, него прије свега на плану концепата и метода, а још више на плану принципа и аксиома**“ (Turudija, 1982, стр. 34). Интердисциплинарност у посљедњем десетљећу добива све више на значају – како у знаности, тако и у свакодневној пракси бројних сектора од којих се нарочито истичу одгој и образовање (Deneme i Ada, 2012). Према хрватском језичном порталу, интердисциплинарност се дефинира као пројект, истраживање, знанствени рад или дјеловање који се заснивају на сурадњи више дисциплина. Слично томе, аутори попут Морган (2001) наглашавају како је интердисциплинарност било који облик дијалога или интеракције између двију или више дисциплина. Интердисциплинарност је интеграција знања и начина размишљања из разних дисциплина (Repko, Szostak i Buchberger., 2019).

Интердисциплинарне компетенције можемо разумјети као инструменталне скупове понашања у успјешном суочавању с интердисциплинарним настојањима, научена инструментална понашања која запосленицима омогућују да се носе са специфичностима рада изван дисциплинских граница (Brandstädter i Sonntag, 2016). Оне проширују компетенције тимског рада (Stevens i Campion, 1994) на јединствене захтјеве интердисциплинарних радних окружења, што је блиско интерпретативном приступу компетенцијама (Sandberg, 2000), према којем су компетенције у основи конструиране доминантно значењем које појединац или група придају свом раду. Истраживања идентифицирају неколико кључних компетенција за успјешну интердисциплинарску сарадњу.

Прије свега, ради се о **комуникацијским капацитетима**. Наиме, одређени начин размишљања и комуникације у појединој стручној перспективи засигурно олакшава радне процесе унутар дисциплине, међутим може и ометати сарадњу међу дисциплинама (Sung i sur., 2003). Бром (2018) је описао управо комуникацију као средишњи изазов у интердисциплинарним тимовима, будући да је свака особа стручњак у својој или својој дисциплини, али лаик у свим осталим дисциплинама, стога комуникацијске вјештине у вези с комуникацијом стручњака и лаика у великој мјери утјечу на интердисциплинарне резултате.

Штајнхајдер и сур. (2012) пак сматрају **интеграцију знања** средишњим предиктором успјеха интердисциплинарних тимова, што представља индивидуалну компетенцију сваког члана тима, али и заједнички изазов. Осим освртања на појединачне компетенције важне за интерсекторску сарадњу, постоје и различити сложени модели компетенција интердисциплинарности. Најопсежнију интеграцију различитих изазова интердисциплинарног рада у модел захтјева или компетенција направили су Брендштетер и Сонтаг (2016). Предложили су 40 димензија компетенција које покривају различите особине и способности (нпр. прилагодбу језика, срдачност, савјесност). Овај је модел, иако робустан и обухватан, недостатно специфичан те је јасно дефинирање и операционализација интердисциплинарних компетенција још увијек у развоју (Claus, Persike i Wiese, 2020).

Наведене компетенције и њихов однос сажето су приказане на Слици 3.



Слика 3. Интердисциплинарске компетенције

1.3. Ширина интерсекторске мреже

Дионици интерсекторске сурадње нису ни не могу бити само државне институције. Важно је укључити невладине удруге, иницијативе, медије, вјерске институције и тако даље. Оно што ту представља огроман изазов је јасно дефинирати што је чија улога, одговорност и ингеренција, једнако као која су ограничења дјеловања и разумијевања сваког појединог дионика врло широко схваћеног система заштите дјете. Примјерице, док медији имају незамјењиву улогу при сензибилизацији, едукацији јавности и подизању јавне свијести, истовремено могу имати штетне утјецаје кроз (ненамјерно) величање насиља, угрожавање приватности дјете, несензибилно извјештавање (нпр. о суициду) или непотпуно и пристрано извјештавање.

1.4. Примјер добре праксе интерсекторске сурадње: ПРОМИСЕ

Пројект PROMISE усмјерен је на потицање дјети прилагођених мултидисциплинарних и међуинституционалних услуга за дјету жртве и свједоке насиља, којима се дјети чини доступном заштита у оквиру правосудног система, умањује могућа ретрауматизација те осигуравају највиши професионални стандарди за опоравак. На челу пројекта је Тајништво Вијећа земаља балтичког мора (Council of the Baltic Sea States Secretariat). Партнери укључују следеће организације: Child Circle (Белгија), Health Action Partnership International (Уједињено Краљевство), Институт Verwey-Jonker (Низоземска) те Дјечје куће у Исланду, Линкопингу и Штокхолму (Исланд и Шведска). Пројект се ослања на модел Дјечјих кућа (познатих као Barnahus) те сличних модела као што су центри за заговарање дјете, који свој рад темеље на сурадњи између социјалне службе, полиције, тужитеља, судца, педијатара и стручњака менталног здравља под истим кровом.

У склопу овог пројекта партнери су развили дугорочну визију која наглашава да сва дјета у Еуропи која су изложена насиљу имају право бити заштићена и сигурна. Наведено укључује доступност квалитетним, дјети прилагођеним услугама, континуирани развој услуга кроз дијелење добрих пракси и мобилизирање националних/локалних организација (унутар владиног и невладиног сектора) на сурадњу у имплементацији Barnahus модела. Један од циљева пројекта је створити темеље за будућу Еуропску мрежу организација и стручњака. Главно питање пројекта је: Како да дијете на једном мјесту добије све што треба од свих нас умјесто сви ми на различитим мјестима од дјетета?

Више на: www.barnahus.eu/en/vision/

2. Практични дио

У овом дијелу приказат ћемо случај мултидисциплинарне и интерсекторске сарадње из праксе.

Мултидисциплинарни дио:

Дјечак (11) долази у здравствену установу преко упутнице лијечника, а на препоруку стручне службе школе јер је физички насрнуо на пријатеља из разреда те му задао озбиљнију повреду. У мултидисциплинарну обраду укључени су педијатар, психијатар, психолог и социјални педагог.

Закључак тимског налаза:

Проведена обрада указује да се ради о соматски здравом дјечаку опће интелигенције у домени нижег просјека с дисхармоничним развојем специфичних когнитивних способности, снижене ефикасности доминантно у домени радног памћења и апстрактног резонирања, незрелије визуо-моторне и визуо-спацијалне перцепције и интеграције. На емоционалном плану нарушене је слике о себи уз презентацију анксиозно-депресивне симптоматологије, доминантно кроз тјелесне доживљаје и специфичне сензације. Налази се значајна разина хиперактивности, импулзивности и непажње, осјетљивост на буку и властите погрешке, уз слабу саморегулацију те се добију подаци о доживљеном стресу у обитељском, школском и вршњачком окружењу, што све може увјетовати актуалне потешкоће у понашању услијед којих је иницирана обрада.

Дг.

Специфични развојни поремећаји вјештина учења и формалних школских знања Ф81

Други специфицирани проблеми у вези с психосоцијалним околностима 365.8

Сметње активности и подражљивости Ф90, и.о.

Емоционалне потешкоће реактивног типа Ф93.9

Препоручује се укључити дјечака у подршку психолога и третман социјалног педагога /с мајком договорен термин, раније према потреби/, а према могућностима и у групни рад с циљем потицања успјешнијег вршњачког функционирања. Контролни преглед психијатра за два до три мјесеца, по потреби раније.

У школском окружењу препоручује се показати разумијевање дјечаку, осигурати му додатну помоћ и надзор увођењем асистента у настави те индивидуализацијом приступа на следећи начин:

- омогућити дјечаку сједење у првој клупи
- омогућити дјечаку барем један краћи предах у току наставног сата (нпр. да оде до тоалета-а или обави неки задатак у учионици), као и при испитивању знања
- допустити дјечаку повремено мицање из ситуације која га узнемирује (нпр. да се оде напоити воде у случају буке)
- максимално могуће уклонити дистракције при усвајању и испитивању знања
- подржати дјечака у постављању граница према другој дјечи на не-агресиван начин
- смањити број задатака/тражених ријечи у писаном облику изражавања
- избјегавати негативно вредновати евентуално смањену уредност писаног изражавања
- избјегавати задатке који захтијевају кориштење радног памћења у испитивању знања (нпр. брзо рачунање)
- избјегавати/скратити задатке који захтијевају визуо-моторну координацију (нпр. преписивање)
- избјегавати задатке који захтијевају брзину обраде информација при испитивању знања, посебно апстрактног типа (нпр. смањити број задатака у тестовима из математике)
- додатно објаснити и с дјечаком провјерити разумијевање апстрактних појмова, конкретизирати

колико је год могуће

- при усменом испитивању знања дати дјечаку барем пет секунди времена за давање одговора на питање, питања по потреби поновити и разјаснити (причекати барем пет секунди откако је разумио питање док почне одговарати прије процјене да не зна одговорити)
- редовно и активно поткрепљивати труд дјечака, а не само резултат
- редовно и активно поткрепљивати и мање успјехе дјечака (нпр. поједине добро обављене задатке, концентрацију на сату, препознавање тренутка за тиме-оут, ненасилно рјешавање неког проблема...)
- подржати дјечака при евентуалним неуспјесима, истакнути неке позитивне аспекте
- омогућити дјечаку тјелесну активност максимално могуће

Интерсекторски дио:

У склопу обраде контактирана је стручна служба школе од које су затражени детаљнији подаци о ученику те су им по завршетку обраде такођер достављене и детаљно објашњене препоручене смјернице за индивидуализацију. Додатне информације затражене су и од надлежног ЦЗСС, но у том тренутку њихова обрада није била довршена. Лијечник примарне заштите дјечака упознат је с резултатима обраде и препоруком за увођењем асистента у настави. С обзиром на слабије сналажење мајке у пратњи, према договору с њом, по завршетку обраде контактиран је надлежни ЦЗСС који је укључен у обитељ услијед рецентног инцидента у школи, а у сврху подршке обитељи при остварењу права и подршке који се препоручују (асистент, путни трошкови до здравствене установе гдје се планирају даљње контроле и третман и остало према потреби). Касније је сукладно тражењу ЦЗСС-у достављена и комплетна медицинска документација. Стручна служба школе, социјални радник из ЦЗСС-а те социјални педагог испред здравствене установе остали су у редовном контакту и у наредном периоду.

3. Интеграција теоријског и практичног дијела

У овом дијелу бит ће презентирани низ активности у сврху интеграције теоријског и практичног дијела.

А) Зашто смо обвезни интерсекторски сурађивати?

Примјер Хрватске:

Приступајући Конвенцији о правим дјеце Република Хрватска се обавезала осигурати заштиту дјетета од свих облика насиља и злостављања у обитељи, институцијама и широј друштвеној средини. Чланак 5 Закона о заштити од насиља у обитељи прописује хитност реагирања: (1) Сва надлежна тијела која подузимају радње везане за насиље у обитељи поступат ће хитно; (2) Сви поступци покренути по овом Закону су хитни. Чланак 6 истог Закона прописује одговорност: (1) У свим поступцима везаним за насиље у обитељи службе социјалне скрби и здравствене установе те друга надлежна тијела дужна су водити бригу о свим потребама жртве и омогућити јој приступ одговарајућим службама; (4) Интереси дјетета изложеног насиљу у обитељи приоритетни су у свим поступцима. Чланак 8 наглашава обвезу пријаве: Здравствени радници, стручни радници у дјелатности социјалне скрби, обитељске превенције и заштите, одгоја и образовања те стручни радници запослени у вјерским установама, хуманитарним организацијама, удругама цивилног друштва у дјелокругу дјеце и обитељи обвезни су пријавити полицији или државном одвјетништву почињење насиља у обитељи из чланка 4. овога Закона за које су сазнали у обављању својих послова. Према Обитељском закону (чл. 132), сватко има дужност пријаве и сурадње ради заштите дјетета, а Казнени закон (чл. 302) у супротном предвиђа казну затвора до три године. Закон практички прописује сурадњу између сустава.

Какав је легислативни оквир у вашој земљи? Важно се о томе едуцирати и користити позитивне законе као темељ дјеловања у заштити дјеце. Истражите и саставите овакав кратки извјештај. Такођер консултирајте етички кодекс своје струке те надопуните.

В) Зашто је интерсекторска сурадња важна?

- ✓ боље међусобно познавање стручњака различитих струка и њихових улога
- ✓ стјецање знања и развијање мотивације и могућности дјеловања
- ✓ боље разумијевање природе и посљедица злостављања и других трауматских искустава
- ✓ учинковитија процјена ризика за дијете
- ✓ заједничко подузимање мјера, осигуравање подршке и третмана за дијете те програма помоћи обитељима
- ✓ олакшавање обавјештавања о сумњи на злостављање и занемаривање
- ✓ ширење идеје о потреби заштите дјеце
- ✓ олакшавање дјеловања у кризној ситуацији

Расправите о свим наведеним разлозима. Додајте барем три која нису наведена.

С) Примјер из праксе

Дјевојка (15) долази на мултидисциплинарну обраду у здравствену установу према препоруци школског лијечника због повремених плитких зарезивања.

Из закључка обраде:

Ради се о дјевојци нарушене слике о себи која је недавно разоткрила искуства сполне злоставе у ранијем дјетињству те која властите тешкоће менталног здравља, доминантно из депресивно-анксиозног спектра, повезује с одгођеним разумијевањем проживљене трауме. Замјетни су и знакови сексуалне трауматизације. У дјевојке се налази ризик од аутоагресивног понашања, иако се актуално од истог дистанцира.

О сумњи на злостављање дјевојке обавијештене су надлежне институције. У оквиру обраде мајка и дјевојка савјетоване су те је пружена подршка. Дјевојка износи да је доживјела “велико олакшање” те да се свеукупно боље осјећа. Договорено је да се у случају појаве аутоагресивних мисли и евентуалних понашања дјевојке журно и без одгоде обрате на хитни пријем у ПБ за дјецу и младеж.

У школском окружењу моли се указати дјевојци разумијевање с обзиром на актуално емоционално стање.

Сам налаз не садржава детаље о спорним догађајима. Врло детаљне обавијести (3 стр.) послане су надлежном ЦЗСС-у и полицији. Допис школи не укључује информације у природи трауме.

Дјевојка није испитивана у ЦЗСС, контактирани су само родитељи. У полицијску постају прво су позвани родитељи. У договору с њима и надлежним психологом из здравствене установе који је дјевојку на исто припремио, полицајка у цивилу долази с дјевојком разговарати кући. Испитује ју само на околност неколико детаља из обавијести. Тренутно се преговара с државним одвјетништвом да се испитивање дјевојке одржи у здравственој установи од стране психолога који је провео и иницијални интервју, а да га остале стране гледају из друге просторије путем аудио-видео линка те по потреби постављају додатна питања проводитељу испитивања у слушалицу. Интервју се снима. Дјевојка је укључена у третман на форензично осјетљив начин, родитељи у савјетовање. Одржава се комуникација са школом.

- ✓ Kako komentirate ovaj slučaj?
- ✓ Što je u prikazu primjer multidisciplinarni, a što intersektorske suradnje?
- ✓ Što biste izdvojili kao pozitivan primjer?
- ✓ Što biste učinili drugačije? Zasto i kako?
- ✓ Zasto nalaž ne sadrži sve detalje o spolnom zlostavljanju, a dopis školi niti informacije o prirodi traumatskog iskustva?
- ✓ Kako postići ravnotežu zaštite djeteta i privatnosti djeteta?

Literatura

1. Bryan, W. V. (2015). *The professional helper: The fundamentals of being a helping professional*. Charles C Thomas Publisher.
2. Ajduković, M. & Ajduković D. (1996). *Zašto je ugroženo mentalno zdravlje pomagača?* U: Ajduković, M., & Ajduković, D. (ur.), *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Brandstädter, S., & Sonntag, K. (2016). Interdisciplinary collaboration. In *Advances in ergonomic design of systems, products and processes* (pp. 395-409). Springer Vieweg, Berlin, Heidelberg.
4. Brandstädter, S., & Sonntag, K. (2016). Interdisciplinary collaboration. In *Advances in ergonomic design of systems, products and processes* (pp. 395-409). Springer Vieweg, Berlin, Heidelberg.
5. Bromme, R. (2018). *Beyond One's Own Perspective: The Psychology of Cognitive Interdisciplinarity*. Toronto: University of Toronto Press.
6. Claus, A. M., Persike, P. D. M., & Wiese, B. S. (2020). *Mastering Interdisciplinarity in Work and Studies: A Psychological Perspective* (No. RWTH-2020-01843). Lehrstuhl und Institut für Psychologie.
7. Deneme, S., & Ada, S. (2012). On applying the interdisciplinary approach in primary schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 885-889.
8. Dimitrijević, A., Hanak, N., & Milojević, S. (2011). Psychological characteristics of future helping professionals: Empathy and attachment of psychology students. *Psihologija*, 44(2), 97- 115.
9. Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235.
10. Guarnera, L. A., Murrie, D. C., & Boccaccini, M. T. (2017). *Why do forensic experts disagree? Sources of unreliability and bias in forensic psychology evaluations*. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(2), 143.
11. Hurst, J. R. (2005). Dispositions in the helping professions. *The passion of teaching: Dispositions in the schools*, 1-13.
12. Jensenius, A. R. (2012). *Disciplinarity: intra, cross, multi, inter, trans*. Preuzeto s: <http://www.arj.no/2012/03/12/disciplinarity-2/> 17.8.2022.
13. Miller, J., & Garran, A. M. (2017). *Racism in the United States: Implications for the helping professions*. Springer Publishing Company.
14. Nair, P. K., & Egan, T. M. (2010). The Four-Domain Competency Model. *The 2011 Pfeiffer Annual: Training*, 49, 179.
15. Repko, A. F., Szostak, R., & Buchberger, M. P. (2019). *Introduction to interdisciplinary studies*. Sage Publications.
16. Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist? *European psychologist*, 7(3), 192.
17. Sandberg, J. (2000). *Understanding human competence at work: an interpretative approach*. *Academy of management journal*, 43(1), 9-25.
18. Steinheider, B., Wuestewald, T., Boyatzis, R. E., & Kroutter, P. (2012). *In search of a methodology of collaboration: Understanding researcher-practitioner philosophical differences in policing*. *Police practice and research*, 13(4), 357-374.
19. Sung, N. S., Gordon, J. I., Rose, G. D., Getzoff, E. D., Kron, S. J., Mumford, D., ... & Kopell, N. J. (2003). *Educating future scientists*. *Science*, 301(5639), 1485-1495.
20. Topić, B. (2016). *Mentalno zdravlje profesionalnih pomagača* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
21. Turudija, S. (1982). *Interdisciplinarni model optimizacije samoupravnog organizacionog projektovanja*. U: Šeparović, Z. i Jušić, B. (ur.): *Interdisciplinarnost – znanost, obrazovanje, inovacija*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske, Pravni fakultet, Centar za stručno usavršavanje i suradnju s udruženim radom.
22. Žganec, N. (1999). *Etika pomažućih profesija-primjer socijalnog rada*. *Ljetopis socijalnog rada*, 6(1), 17-27.
23. Žižak, A. (1997). *Elementi profesionalne kompetentnosti socijalnih pedagoga*. *Kriminologija i socijalna integracija*, 5(1-2), 1-10.





Развој идентитета дјеце и адолесцената

Аутор: изв. проф. др. сц. Горан Арбанас, др. мед, ФЕЦСМ
психијатар, форензички психијатар, психотерапеут
групни аналитичар, сексуални терапеут



1. Теоријски дио

1.1. Што је идентитет?

Да бисмо започели расправу о томе како се развија идентитет код дјеце, адолесцената и одраслих, потребно је прво дефинирати сам појам. Ријеч идентитет често се користи и у свакодневном разговору у врло опћем и нејасном контексту. Напримјер, нетко може провјерити чији идентитет тако да погледа у особну/личну карту или неки други документ. Већ нам овај примјер указује на нејасне границе појмова идентитета, особности и личности (уз многе друге: карактер, карактеристике, црте). Међутим, у психологији и психијатрији појмови идентитета, личности, особности, карактера, селфа и ега нису истозначнице. Они су се појавили у различитим психологијским школама и теоријама и због тога имају донекле различито значење.

Једна од дефиниција идентитета каже да је идентитет доживљај властитог ја, појам којег појединац има о самом себи и континуираном постојању властите личности, чије се битне карактеристике не мијењају с обзиром на вријеме, мјесто или ситуацију у којој се налазе (Klain, 1999; Америчка психијатријска удруга, 2014). Први дио дефиниције каже да је идентитет доживљај властитог ја, што значи да идентитет укључује перцепцију себе или слику о себи, односно да је идентитет субјективни доживљај о себи. Идентитет у себи садржи самоодређење, то јест, властито схваћање тко сам ја (за разлику од, напримјер, личности, гдје особа не мора бити свјесна неких обиљежја своје личности). Идентитет је субјективни доживљај, тако да је код одређивања нечијег идентитета неопходно ту особу питати како се она доживљава, како се идентифицира, како сама себе означаје. Друга компонента наведена у дефиницији јест континуираност властите личности, односно да је идентитет нешто трајно, нешто што постоји тијеком времена, што нема нагле промјене (напримјер као наш афект, став о чему или неке понашајне карактеристике, које се могу мијењати у краћем временском раздобљу). Идентитет је наш пратитељ низ година, ми осјећамо да смо једна те иста особа од дјетињства до тренутка у којем се налазимо. Идентитет је стабилан у времену. И, на крају, дефиниција каже да идентитет не овиси о мјесту или ситуацији у којој се налазимо. Док наше различите улоге и понашања могу бити различити у различитим ситуацијама (напримјер, нећемо се исто понашати на радном мјесту, у школи и с пријатељима), идентитет је стабилан и сталан кроз различите ситуације, с различитим људима и у различитом времену; ми се увијек доживљавамо као јединствена и стална особа.

Појам идентитета треба разликовати од њему сличних, сродних и блиских појмова, који су ипак различити. Напримјер, појам ега долази из Фројдове структурне теорије личности. Его је једна од структура (уз ид и суперего), који има двије компоненте – обрамбене функције ега и зону слободну од конфликта. Обрамбене функције ега су несвјесни механизми којима се его брани од анксиозности, која долази из вањског свијета, ида и суперега. С друге стране, зона слободна од конфликта јесу оне функције наше личности које не улазе у конфликт (најчешће, осим код слома его функција, напримјер у психотичним стањима) с вањским свијетом и његовим захтјевима, с идом и суперегом, напримјер то су моторика, перцепција, говор (Gregurek; 2011; Gabbard, 1994). Иако лаици у свакодневном говору често користе појам ега у негативном контексту, нпр. „он има превелик его“, у психологији и психијатрији што је его зрелији и јачи, то ће он бити успјешнији у борби против анксиозности и тиме ће особа бити функционалнија и здравија, односно без психичких симптома (Blass, 2012).

Појам селфа долази из разраде Фројдове теорије и овај је појам настао у другој половини 20. стољећа и означава укупност тијела и ума неке особе (Vukosavljević Gvozden, 2007). Селф укључује тјелесни селф, психолошки селф и репрезентат селфа. Репрезентат селфа је властити доживљај или виђење себе. Репрезентат селфа је сличан репрезентатима објеката, то јест сликама (доживљајима) које имамо о другим особама из наше околине (Sletvold, 2013). Ови репрезентати (објеката и селфа) представљају састав објектних односа, који је у нама, у нашем уму, у нашем егу. Репрезентат селфа је великим

дијелом несвјестан те садржи и снажну емоционалну компоненту (како се осјећамо према самом себи, какве емоције изазива наш доживљај себе) (Kohut, 1990). За разлику од тога идентитет је већим дијелом свјестан доживљај и именовање себе. Но, ови се појмови дијелом преклапају.

Коначно, личност представља скуп карактеристика неке особе, укупност њезиних црта. Личност укључује начин реагирања, доживљавања и понашања у одређеним ситуацијама (Америчка психијатријска удруга, 2014; McAdams, Olson, 2010; Glas, 2006). Обично се описују типови или врсте личности, које укључују заједнички начин реагирања и доживљавања, на примјер антисоцијална личност, нарцистична личност, опсесивна личност и слично. За разлику од идентитета, врло често други људи боље препознају наше црте (особине), односно нашу личност, јер је проматрају извана, објективније, док често ми сами нисмо ни свјесни наших особина личности.

Различити теоретичари и различите психологијске школе држе да су различити чимбеници важни за развој идентитета. Тако неки сматрају да су битнији унутарњи чимбеници (на примјер генетика, интрапсихичка збивања), а други држе да су то вањски чимбеници (на примјер интеракције с другим људима). Такођер, не слажу се сви око тога када завршава развој идентитета. Као што ћемо видјети даље у тексту, Фројд је сматрао да развој завршава у доби од седам или осам година, данашњи класификацијски састави (нпр. Међународна класификација болести и Дијагностички и статистички приручник за душевне поремећаје) сматрају да је то негдје у доби од 18 година, док је нпр. Ериксон сматрао да развој личности тече до смрти (Америчка психијатријска удруга, 2014; World Health Organization, 1992). Неовисно о томе до када траје развој идентитета, сви се слажу да је дјетињство најважније раздобље и да постоје неки догађаји који су важни за дијете а који се не могу поновити/обновити у каснијој доби. За одређене особине постоји такозвани прозор могућности, временски период у којем је могуће развити неку особину/вјештину и кад се тај прозор затвори, више није могуће на једнак начин и с истим успјехом стећи то својство (на примјер темељно повјерење). Такођер, пластичност мозга већа је у раном дјетињству, што је подлога за шири развој већег броја вјештина и особина (Ismail, Fatemi, Johnston, 2017; Polczynska i Bookheimer, 2021).

1.2. Фројдов психосексуални развој дјетета

Сигмунд Фројд био је аустријски неуропсихијатар на пријелазу из 19. у 20. стољеће. Он је утемељитељ психоанализе и динамске психотерапије. Развио је теорију психосексуалног развоја дјетета. Увео је појам либида, који означава инстинктивни нагон за сексуалном угодом. Према Фројдову моделу психосексуалног развоја, свако дијете тијеком живота пролази кроз неколико фаза психосексуалног развоја, које су непромјењиве и универзално присутне (Gabbard, 1994; Gabbard, 2017). Ове фазе представљају раздобља у којима одређени дио тијела (због своје физиолошке функције) постаје мјесто гдје се либидо манифестира и остварује. Како дијете у свакој од ових фаза може бити ускраћено (фрустрирано – у којем случају од околине, односно од важних особа – родитеља – не добије оно што му тада треба) или превише задовољено (па нема потребе да крене у сљедећу фазу), може се фиксирати у некој од ових фаза и развити карактеристична обиљежја те фазе. Да би дијете успјешно прешло у сљедећу фазу развоја, потребно је да већим дијелом његове потребе буду задовољене, но да ипак постоји одређени ступањ фрустрације који ће га потакнути да расте и напредује (Gregurek, 2011; Shulman, 2021).

Прва фаза назива се оралном фазом развоја и обухваћа раздобље од прве године живота. У тој фази дијете је потпуно овисно о мајци (или другој особи која о њему скрби). Уста су важан орган за дијете јер дијете не само да прима храну преко уста, већ и упознаје свијет преко уста. Познато је да мало дијете све ставља у уста, испробава устима каквог је укуса, додиром, тврдоће предмет. Све што му се нађе под руком, дијете ставља у уста. Дијете брзо научи да путем уста (премда још не говори – ради се о првој години живота) може комуницирати с околином. Ако је љуто на мајку, може затворити уста, не примати

храну или чак (кад му нарасту зубићи) и угристи. А родитељи су често у овој фази јако осјетљиви на дјететову хранење и количину хране које је дијете појело, па на тај начин долази до интеракције дјетета и мајке. Ако дјететове потребе (а то су потреба за храном, топлином, чистоћом, сигурношћу, бригом, скрби) већим дијелом буду на вријеме задовољене, као успјешан резултат ове фазе развит ће се способност давања и примања као и осјећај повјерења у себе. Уколико пак дође до фиксације у овој фази, због тога што је дијете било снажно фрустрирано или пак превише задржавано у овој фази, развит ће се такозване оралне особине личности: стално примање, без могућности давања, неутажива потреба за примањем од других, захтјевност, завист и љубомора. У још теже израженој фиксацији развијају се и патолошки феномени, као што су биполарни поремећај или поремећаји узимања хране (Arbanas, 2008).

Сљедећа развојна фаза назива се аналном фазом и обухваћа раздобље друге године живота. У том раздобљу родитељи су фокусирани на учење контроле сфинктера. Дијете путем сфинктера може комуницирати с родитељима. Ако се не дефецира у пелену, већ у туту, родитељи ће бити весели, ако се пак дијете помокри или дефецира у гаћице, родитељи ће бити узнемирени, ангажирани. Осим ове комуникацијске улоге, дјеца доживљавају и угодност због пуштања фецеса или задржавања фецеса, јер на тај начин подражују слезницу ануса. Управо због тога ова је фаза и названа аналном фазом. Успјешан резултат аналне фазе јест развој неовисности, иницијативе, сурадње. Фиксацијом у овој фази настају аналне црте: потреба за редом, чистоћом, точношћу, прецизношћу, тврдоглавост. У патолошким облицима појављују се опсесивно-компулзивни поремећај и спастични колон (Gregurek, 2011; Gabbard, 1994).

Након аналне фазе, дијете улази у фалусну фазу развоја, која покрива раздобље од треће до пете године живота. У то вријеме дијете упознаје своје тијело, али и схваћа да чињеница има ли оно пенис или нема увелике утјече на то како ће се други људи према њему односити. Родитељи, али и шира околина, понашају се другачије према дјечацима и према дјевојчицама – купују им другачије играчке, другачије их одијевају и шишају, очекују од дјечака и дјевојчица различито понашање. Познати су стереотипи који се често изговарају: „Дјечаци не плачу!“ или „Дјевојчице се уређују!“ Другим ријечима, дијете схваћа да чињеница да су мушког или женског пола (да имају или немају пенис) доводи до различитих посљедица. Због тога је и Фројд назвао ову фазу фалусном фазом, јер фалус није обичан пенис, фалус је пенис који има моћ, који има неко додатно значење. Дијете схваћа и да су родитељи различитог пола и да имају различите улоге (управо због тога). Будући да је пенис важан орган (јер утјече и на понашање других), дијете се почиње бојати да ће се нешто лоше догодити пенису ако буде лош или непослушан. Управо је то основа Едипова конфликта и кастрацијског страха (Vukosavljević Gvozden, 2007; Hartke, 2016). Дијете рјешава овај страх на начин да се идентифицира с истосполним родитељем. Управо кроз идентификацију с родитељима у своју личност укључује и неке родитељске забране, кроз структуру суперега. Фројд је сматрао да је управо фалусна фаза развоја најважнија фаза у психосексуалном развоју. С успјешним рјешавањем ове фазе дијете ће развити свој родни идентитет, знатижељу и способност контроле нагона. Код фиксације долази до развоја фалусних црта личности: склоност драматизацији, фантазији, нереалном, емоционална нестабилност и егоцентричност. Као патолошки облици развијају се конверзивни (хистерични) поремећаји (Gregurek, 2011; Solms, 2021). Иза фалусне фазе дијете улази у раздобље у којем се наизглед чини да су либидне потребе нестале (а заправо их је дијете процесом социјализације научило скривати), па се ова фаза назива и фазом латенције. У овој фази, дијете се усмјерава на успјех у школи, спортске активности и окреће се и према другим особама а не само према родитељима (првенствено у школи према учитељици). Успјешно рјешавање ове фазе доводи до осјећаја способности и иницијативе, а фиксација доводи до премало или превише сублимације у учењу, школи и спорту.

Коначно, посљедња фаза Фројдова психосексуалног развоја јест зрела генитална фаза у којој дијете коначно постиже зрелу, одраслу, гениталну сексуалност која се остварује кроз сполне органе (а не више кроз неке друге органе – уста, анус – као што је то било у ранијим фазама развоја).

1.3. Ериксонев психосоцијални развој дјетета

Ерик Ериксон проширио је Фројдову теорију психосексуалног развоја у два аспекта. Према Ериксону и друге особе, осим родитеља, могу имати важан утјецај на дјететов развој (напримјер учитељ/учитељица, дјететови вршњаци). Такођер, према Ериксону, развој личности наставља се и након поласка у школу и траје до краја живота. Ериксонев модел развоја приказује развој кроз фазе (слично Фројдовим фазама), од којих свака има своје проблеме и захтјеве. У случају да се захтјеви фазе задовоље, особа ће развити одређене карактеристике, ако пак ови захтјеви не буду задовољени у тој фази, особа ће развити посве други сет карактеристика (Knight, 2017; Arbanas, 2008). Као и Фројдов модел, и Ериксонев модел говори и прозору развоја, тј. одређена фаза траје само одређено вријеме у дјететову животу и након тога дијете (и одрасла особа) прелазе у сљедећу фазу развоја.

Прва година живота јест раздобље у којем дијете у потпуности овиси о другим људима, оно само је овисно и не може ни у којем дијелу скрбити о себи. Уколико дјететове потребе буду задовољене од друге особе (мајке), оно ће развити наду, оптимизам и самопоуздање. Ако пак дјететове потребе у овој фази већим дијелом не буду задовољене, развит ће осјећај неповјерења и носталгије.

У раздобљу друге и треће године живота дијете развија моторику, почиње ходати, учи говорити, почиње се само хранити. Због тога што се често доводи и у опасне ситуације (напримјер да падне), родитељи и други одрасли често дјетету говоре „Не“. Овисно о томе колико дијете добива подршке у својим првим покушајима манипулације околином или пак добива углавном забране, развит ће се различите карактеристике. Позитиван исход (кад дијете углавном добива подршку и потпору) јест аутономија. У случају кажњавања његових немушних покушаја развија се осјећај срама, а код посрамљивања дјетета осјећај сумње.

У временском периоду од треће до пете године живота дијете све више у свакодневним ситуацијама опонаша своје родитеље и шири своје интересе. У овој доби дјеца често крећу у вртић и упознају вршњаке. Чак и дјеца која не иду у вртић све више показују интерес за другу дјецу и дружење с њима. Позитиван исход ове фазе (у случају потицања дјететових интереса) бит ће амбиција, иницијатива, савјест. У случају негативног исхода (сталног онемогућавања дјетета у истраживању и приговарање на његове покушаје) развит ће се осјећај кривње, као и губитак маште и иницијативе.

С поласком у школу мијења се живот дјетета, али и његових родитеља. Родитељи обично велик значај дају дјететову успјеху у школи. Учитељ/ица за дијете постаје врло важна особа и неријетко дијете без икаквог пропитивања држи да оно што учитељица каже увијек јест истина (као што је раније исто тако родитеља сматрало свемогућим и свезнајућим ауторитетом). Учитељица управо због великог значења за дијете може бити и корективни фактор дјетету које у обитељској средини не добива потицаје. Дијете које у овој фази добива потицаје (који могу бити везани уз школски интерес, али и друге интересе као што су спорт, глумица и слично) развит ће осјећај продуктивности и уживања у раду. Негативан пак исход доводи до развоја осјећаја дужности, особне неадекватности и инфериорности. У раздобљу пубертета и адолесценције, у другом десетљећу живота, интереси дјетета још се више проширују и сада много важнији постају његови вршњаци, као и идоли из јавног живота (напримјер пјевачке звијезде, глумци, спортисти). Родитељи губе своје значење које су имали раније и неријетко је адолесцент у опорби према родитељима (што је заправо његов покушај сепарације, који је нужна потреба за здрави развој). У овој се фази, управо идентификацијама с вршњацима и идолима, а које се настављају на ранију идентификацију с родитељима и учитељима, формира идентитет особе. Идентитет има више фацета, па укључује сексуални идентитет, радни идентитет, национални идентитет и бројне друге идентитете. Наш укупни идентитет зброј је свих ових идентитета. Позитиван исход ове фазе јест развоје стабилног идентитета, док је негативан исход несигурна слика о себи. Према Ериксону управо је ова фаза развоја најбитнија у развоју идентитета.

Међутим, човјеков се живот не зауставља и не престаје у овој фази. Сљедећа два десетљећа, тј. раздобље млађе одрасле доби јест период у којем особа успоставља емоционалне односе с другим људима (партнерске, романтичне, али и пријатељске), формира свој однос према раду и обично почиње радити (и остваривати свој радни идентитет или се у њему разочарати). Позитиван исход ове фазе јест могућност за интимност (блискост с другим људима), рад, продуктивност. Негативан исход јест изолација.

У сљедећа два десетљећа (од четрдесетих година до 65 година) особа која је остварила слику о себи (у адолесценцији) и која је успоставила задовољавајући однос интимности с партнером и пријатељима, која се остварила у послу, у овој фази живота окреће се свијету који остаје – својој дјечи, млађим колегама на послу, знаности, хобијима. Позитиван исход ове фазе је стваралаштво и продуктивност, а негативан исход непродуктивност, стагнација и стерилност.

Коначно, и у трећем животном добу човјек може напредовати или бити незадовољан. У овој доби људи често гледају уназад на свој живот. Особе које су позитивно прошле претходне фазе обично имају осјећај да су стекле одређену мудрост (која је уз интеграцију, позитиван исход ове фазе), док особе које су незадовољне и које имају осјећај да су протратиле живот, неријетко очајавају и имају осјећај незадовољства животом (негативни исходи) (Knight, 2017; Arbanas, 2008).

Осим ова два модела (Фројдова и Ериксонска) постоје и бројни други истраживачи и теоретичари који су изучавали развој неких појединих карактеристика, али не и личности у цјелини. Тако се Пиаже бавио развојем когнитивних способности, а Колберг моралним развојем дјетета (Newton i Harrison, 2005; Ma, 2013).

1.4. Родни и сексуални идентитет

Као што је већ речено, идентитет има пуно аспеката (фасета, елемената). Један од њих је родни идентитет, а други је сексуални идентитет (или сексуална оријентација). Ради појашњења важно је направити језичну (и терминолошку) разлику између појмова који могу изазвати недоумицу (Lew-Starowicz, Giraldi i Kruger, 2021). Спол (енгл. sex) јест све оно биолошко у нама што указује да припадамо једном или другом сполу (Arbanas, 2021). Сполни су органи, сполни су хормони. При рођењу се одређује спол дјетета на темељу споловила. У спорту лијечници каткад морају одредити којег је особа пола (на темељу фенотипских карактеристика, разина хормона, кариограма). Спол је чињеница коју утврђује медицина. С друге стране, род (енгл. gender) јест субјективни доживљај и искуство да смо мушко или женско (или неког небинарног рода) и све оно чиме показујемо да припадамо некој родној скупини (а гдје у игру онда улазе и социјални стереотипи и очекивања). Род због тога има двије компоненте: родни идентитет и родну улогу. Родни је идентитет унутарњи осјећај особе да је мушко, женско, андрогин, неутралног или неког петог рода. Родни идентитет је дио нашег укупног идентитета. То је наш доживљај, наше искуство, наше знање да смо мушкарац, жена или неког трећег рода (Steensma, Kreukels, de Vries, Cohen-Kettenis, 2013). Родна улога је вањски израз припадности мушкарцима или женама (кроз одијевање, фризуру, неке покрете), односно родну улогу одређује и друштво и вријеме у којем живимо (Arbanas, 2016). Родна се улога тијеком повијести мијењала. Напримјер, у 18. стољећу су (што видимо са слика из тог времена) мушкарци носили тајце, шминкали се, носили високе потпетице и власуље. Данас то чешће раде жене.

Сексуални идентитет (који се још назива и сексуална оријентација) јест субјективни доживљај што је то што ме сексуално привлачи, што ме сексуално узбуђује. Људи могу бити хомосексуалног идентитета (оријентације), хетеросексуалног, бисексуалног или асексуалног идентитета (у којем случају немају сексуалног привлачења ни према коме, премда и надаље осјећају романтично/емоционално привлачење) (Rossi i Dean, 2013). Посљедњих година говори се и о другим врстама сексуалног идентитета, као што су сапиосексуални (у којем случају особу привлачи интелект друге особе, а не њезине биолошке карактеристике или спол), а неки аутори у сексуалну оријентацију убрајају и

различите парафиличне склоности (напримјер, фетишистичка оријентација или БДСМ оријентација и слично) (Ventriglio i Bhugra, 2019).

Лаици, а понекад и стручњаци, имају очекивања да особа буде одређеног пола, одговарајућег (истог) рода и хетеросексуалне оријентације. Међутим, код око 10% популације спол, родни идентитет и сексуални идентитет нису истовјетни и најчешће ове људе називамо ненормативнима. Такођер, чести су стереотипи о томе да хомосексуални мушкарци су женског понашања, а хомосексуалне жене мушкарог понашања, но то заправо није тако, јер се овдје бркају појмови сексуалне оријентације и родне улоге (понашање на одређени родно стереотипни начин говори о нечијој родној улози, а не о сексуалној оријентацији).

1.5. Развој родног идентитета

Једна од разрађенијих теорија о развоју родног и сексуалног идентитета јест Банкрофтов модел трију пруга (Bancroft, 2009). Банкрофт је британски сексолог и ендокринолог који се бавио изучавањем развоја родног идентитета. Према Банкрофтовом моделу постоје три пруге развоја које су у дјетињству раздвојене, а у адолесценцији се почињу повезивати. То су родни идентитет, сексуална реактивност (побудљивост, капацитет за сексуалним реагирањем) и капацитет за развојем дијадних односа.

Темељни родни идентитет, односно субјективни осјећај и схваћање припадности мушком или женском роду формира се већ негдје у доби од двије или три године. То је видљиво из чињенице да дјеца у раној вртићкој доби бирају истосполне пријатеље (односно трансродна дјеца бирају супротностолне пријатеље). За биолошку основу оваког понашања говори чињеница да ово понашање није специфично за дјецу, већ се појављује и код младунчади неких других примата (Wallen, 1996; Brown i Dixon, 2000). Такођер, дјеца у тој раној доби знају категоризирати себе и друге по сполу, а постоје и одређене родне разлике у описивању других особа (Miller, Lurye, Zosuls i Ruble, 2009, 2009).

Тијеком предшколске доби описана су бројна родно специфична понашања. Тако су дјечаци у свим културама агресивнији од дјевојчица. Ова карактеристика остаје и у одраслој доби и починитељи казнених дјела су углавном мушкарци, а код затвореника преко 90% чине особе мушког пола (Gottfried i Christopher, 2017). Оваква транскултурална распрострањеност с овако високим постотком такођер нам говори за биолошку подлогу овог понашања (вјеројатно утјецај тестостерона). Надаље, дјечаци више судјелују у групним активностима, који потичу на конфликте, а дјевојчице више судјелују у дијадним активностима које потичу на бригу. У сукобима, дјечацима је важно задржати контролу, а дјевојчицама одржати однос (Eschenbeck, Kohlmann i Lohaus, 2007).

Дјечаци, што су старији, то више скривају емоција. Овај податак да се то мијења с доби говори у прилог ставу да је ово понашање вјеројатно научено, јер у већини култура се потиче дјечаке да не показују осјећаје и да је то нешто што чине дјевојчице и жене. Такођер, с доби расте учесталост незадовољства изгледом тијела код дјевојчица (Milano, Ambrosio, Carizzzone, De Bisasio, Foggia i Capasso, 2020). И у овом аспекту незадовољства сликом о тијелу постоји велика родна разлика, која с доби остаје присутна (слично раније описаној агресивности).

Негдје у доби од пет или шест година дијете почиње схваћати да је спол трајна, непромјењива функција. До тада дијете често држи да се спол може промијенити и да особа једноставно може постати другог пола. Ово би говорило у прилог томе да се прозор могућности (и утјецаја) за развој родног идентитета затвара негдје прије пете године живота.

Нема доказа који би говорили да нетрадиционалне обитељи утјечу на родни идентитет и родну улогу. Међутим, родно стереотипно понашање подржавају браћа и сестре (јединци показују најмање родно стереотипног понашања) и медији (дјеца која више гледају телевизију имају више родно стереотипног

1.6. Развој сексуалне реактивности

Већина истраживања потврђује да већ прије пубертета, већина дјечака и дјевојчица показује сексуално узбуђење. Ипак, постоје одређене родне разлике, више од половине дјечака већ прије пубертета има сексуалне фантазије и нешто мање од трећине дјевојчица, док сексуално привлачење прије пубертета показује више од двије трећине дјечака и више од једне трећине дјевојчица (Thigpen, 2009).

Први модели љубави и маштања о партнеру појављују се већ у доби од пет до шест година, а касније, како дијете сазријева у ове прве, рудиментарне облике привлачења, укључују се и сексуалне жеље и садржаји. Дјечаци и одрасли мушкарци имају јасније дефинирано привлачење према одређеном типу особе или објекту (напримјер сексуално привлачење према некој специфичној сексуалној активности), док се код дјевојчица и жена оваква јаснија слика појављује најчешће иза пубертета. Код мушкараца овај образац привлачења више се односи на одређену врсту сексуално пожељне особе, а код жена више на врсту односа којој теже и коју желе (Joyal, 2015). Ово би објашњавало и због чега су парафилије далеко чешће код мушкараца, те због чега је бисексуалност чешћа код жена. Ови репрезентати идеализираног партнера, везе коју особа жели и врсте сексуалне активности називају се карте љубави.

У истраживањима сексуалне оријентације, показало се да је највјеројатније сексуална оријентација биолошки детерминирана. Испрва се мислило да постоје разлике у разинама сполних хормона код хомосексуалних и хетеросексуалних особа, но ово није потврђено и данас се зна да хомосексуални мушкарци имају једнаке разине тестостерона као и они хетеросексуални. Но, код жена постоје одређене назнаке да жене које су као фетуси биле изложене андрогенима (јер их је мајка због неког разлога узимала) постоји већа учесталост хомосексуалности и бисексуалности. У другим пак околностима, повишене разине тестостерона код жена више ће утјецати на њихову родну улогу (чешће ће се понашати „мушкарasto“), него што ће утјецати на њихову сексуалну оријентацију (James, 2005). Другим ријечима, чини се да сполни хормони утјечу на родну улогу, али не и на развој сексуалне оријентације.

Занимљив је податак да су хомосексуалне особе чешће недесноруке, од хетеросексуалних особа. Исто вриједи и за асексуалне особе (Brewster, Mullin, Dobrin i Steeves, 2011). Вјерује се да је недеснорукост одраз мождане асиметрије и да је она само „маркер“, а не узрок сексуалне оријентације. Наравно, већина хомосексуалних особа, као и хетеросексуалних, је деснорука.

Надаље, постоје разлике у начину на који хомосексуалне и хетеросексуалне особе реагирају на мушке, односно женске феромоне. Особа реагира на феромоне сексуално пожељних особа активацијом медијалног преоптичког подручја у мозгу, док на феромоне особа оног пола који нас сексуално не интересира реагирамо активацијом олфакторног дијела мозга.

Код мушкараца, вјеројатност хомосексуалности повећава се са сваким старијим братом којег особа има. Вјерује се да је то посљедица неке врсте имунизације мајке на Y кромосом након рођења првог сина (јер се крв мајке и фетуса не мијеша до порођаја). Такођер се зна да се хомосексуалност (барем код мушкараца) „преноси“ по женској линији, што би значило да је везана уз X кромосом (Blanchard, 2014). Код жена није нађен овакав начин пријеноса. Надаље, сестре хомосексуалне браће имају већи број потомака, па се поставља питање не преносе ли се ове двије особине по истом гену/кромосому. С обзиром на чињеницу да се хомосексуалност код мушкараца преноси по X (мајчином) кромосому, а њихове сестре имају већи број потомака, чини се да је хомосексуалност еволуцијски одржива (што се и показало кроз повијест, јер није нестала).

Сви ови до сада наведени подаци говоре нам да се сексуална оријентација код мушкараца и код жена можда не развијају на потпуно једнаке начине. Такођер, чини се да су биолошки чимбеници изразито важни.

Једно од великих питања које често постављају родитељи, али и истраживачи, јест могу ли вршњаци утјецати на појаву или учесталост хомосексуалног понашања. Бројна истраживања потврђују да вршњаци имају утјецај на ступање у романтичне везе (ако пријатељи већ имају романтичну везу, већа је шанса да ће се ући у романтичну везу), започињање сексуалних активности, утјечу на учесталост сексуалних односа и на улажење у ризична сексуална понашања (Cavazos-Rehg, Spitznagel i Bucholz, 2010). Другим ријечима, што се тиче ових параметара, постоји „вршњачки притисак“. Међутим, вршњаци немају никаквог утјецаја на то хоће ли особа ући у сексуално понашање с другим особама истог или другог пола, па чак ни кад се радило о врло блиским пријатељима (Brakefield, Mednick, Wilson i sur., 2014). Другим ријечима, ако вршњаци већ имају сексуалне односе, већа је шанса да ће и њихови пријатељи ући у сексуалне односе, али с киме ће ући то овиси о њиховој сексуалној оријентацији.

Сви расположиви подаци говоре нам и да култура највјеројатније нема утјецаја на сексуалну оријентацију. Преваленција хомосексуалности је подједнака у различитим државама и културама и нема неких култура које би имале значајно повишену или значајно снижену учесталост хомосексуалности. Преваленција је подједнака у кажњавајућим друштвима, као и у пермисивним. Занимљив је податак да у Низоземској, која већ десетљећима допушта истосполне бракове и која се сматра једном од најпермисивнијих земаља, удио хомосексуалних бракова не прелази 3-4%. Такођер, преваленција хомосексуалности је подједнака у религиозних и нерелигиозних особа, но велике су разлике у ставовима и прихватању или неприхватању властите сексуалне оријентације.

2. Приказ студије случаја

Мартинини родитељи јавили су се сексуалном терапеуту јер су били забринути за своју кћер. На први су разговор дошли сами. Описују да је Мартина дјевојка, 15 година стара, завршила је основну школу и пријавила се у средњу школу за возача камиона. Наводе да је од малих ногу она вољела „мушке“ ствари. У основној је школи играла ногомет три године, у мушком клубу. Имала је фазе кад се одијевала у мушку одјећу, а затим би ушла у „фазу“ кад би носила женску одјећу. Никад није вољела носити сукње, ни хаљине. Не воли се шминкати. Родитељи су се интересирали, тражили на интернету и сада размишљају је ли њихова кћи трансродна. Боје се да би могла одлучити ући у транзицију, узимати хормоне, наштетити своме тијелу. То им она није рекла, то је њихов страх.

Терапеут је одлучио позвати Мартину на разговор. Мартина му је испричала да она воли неке ствари које су „мушке“, као што је ногомет и аутомобили. Посебице воли велика возила, ципове, камионе. Вољела би научити возити камион, због тога је одлучила да би ишла у школу за возача камиона. Вољела би једног дана имати грађевинску фирму. Никад је нису интересирали шминка, разговори о дечкима, хаљинице. Не воли розу боју. Највише воли носити црне ствари – хлаче, тенисице, мајице. Није заљубљена, никад није била заљубљена. Воли друштво и дјечака и дјевојчица, свеједно јој је којег су пола њезини пријатељи, но не воли разговарати о шминки и љубави.

На питање да исприча због чега је одустала од ногомета, прича да је у основној школи жељела играти ногомет. Увијек је на ТВ-у с татом гледала ногометне утакмице и то јој се јако свиђа. Како живи у мањем мјесту, у том мјесту није било женског ногометног клуба и она се учланила у мушки клуб. Све је било у реду до пубертета, но тада су почела задиркивања, а и њој је било неугодно пред дечкима, због тога што су јој нарасле груди и чинило јој се непримјерено да буде с њима. Због тога је одустала

од ногомета. Да је живјела у већем граду гдје је био женски клуб, каже да би вјеројатно наставила тренирати.

На директно питање би ли вољела да је рођена као дјечак, одговара да не би. Она је задовољна што је дјевојка, не сметају је њезине секундарне сполне особине. Дапаче, поносна је што су јој груди веће од просјечних груди њезиних пријатељица. Но, не воли женске приче и женске разговоре, њихове теме.

3. Интеграција теоријског и практичног дијела

- Како бисте описали ову дјевојку у појмовима спола и рода?
- Што бисте савјетовали родитељима?
- Што бисте савјетовали дјевојци?

У приказу овог случаја, као прво је важно напоменути да је увијек, али баш увијек, прије давања било каквих савјета или коментара, потребно разговарати с дјететом. Без разговора с дјететом, добивамо филтрирану, промијењену причу, коју дају родитељи (попут поквареног телефона). Тек у разговору с дјететом можемо сазнати који су мотиви одређеног понашања и која су унутарња размишљања дјетета.

У овом случају потребно је дефинирати спол, родни идентитет и родну улогу ове дјевојке. Мартина је женског спола (рођена је као дјевојчица, има женско тијело). Родни идентитет јест субјективни доживљај и искуство особе. Из разговора с Мартином дознаје се да се она осјећа као дјевојка и да је задовољна својим сполом. Она не жели мијењати свој спол. Дапаче, поносна је на неке своје секундарне сполне особине (груди). Другим ријечима, Мартина има женски родни идентитет. Она је цисродна (њезин спол и родни идентитет су истовјетни). Међутим, њезина је родна улога мушка. Она воли ствари које се типично, стереотипно сматрају мушким (ногомет, возња камиона, аутомобили). Родна улога одређена је и културом, друштвом и временом у којем живимо. Мартина неће имати једнаки живот у пермисивној култури и у култури која захтијева прилагођавање друштвеним родним нормама. Вјеројатно неће бити једнако у великом граду и неком забаченом селу (у њезином градићу нема женског ногометног клуба). Да је живјела пред стотињак година, њезин живот био би другачији него што ће бити данас.

Што се тиче савјета родитељима и њој; родитеље треба умирити и објаснити им појмове спола, родног идентитета и родне улоге. С њима треба разговарати о томе због чега их је Мартина нетипична родна улога толико узнемирила да су одлучили потражити помоћ. Треба их савјетовати да Мартини буду подршка. Мартини не треба стручна помоћ. Она је здрава, млада особа.

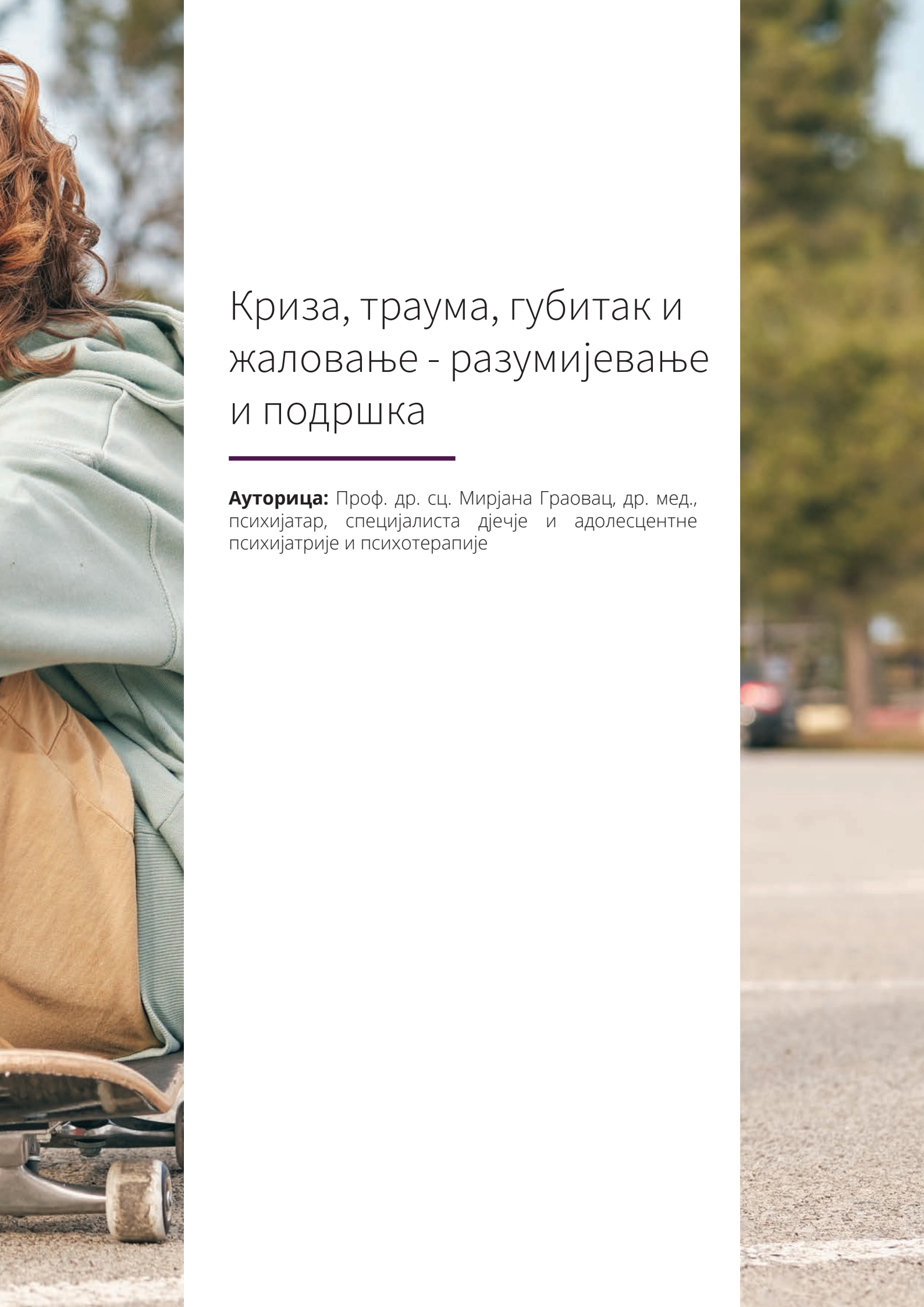
У случају да је Мартина била дубоко незадовољна својим сполом, да је осјећала да је она у ствари мушко и да жели бити мушко, да је описивала да мрзи своје секундарне сполне особине, тада би она била трансродна. У том случају њезин родни идентитет био би мушки. У том случају поступци према родитељима били би истовјетни – радило би се с њима на прихватању чињенице да им је дијете трансродно и помагало би им се да јој пружају потпору. Но, у том случају поступање с Мартином било би другачије. Њу би се потицало да процијени што је за њу најбоље у ситуацији кад има женски спол и мушки родни идентитет. Жели ли ући у транзицију или не? Жели ли ући само у социјалну транзицију или и у хормонску транзицију?

Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga. (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Arbanas, G. (2008). Psihijatrija: udžbenik za 4. razred srednje medicinske škole za predmet klinička medicina – psihijatrija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Arbanas, G. (2016). Razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije. Zaštita prava djece i mladih na seksualno zdravlje, Zbornik radova, 26-36.
4. Arbanas, G. (2021). Uvod u seksualnu medicinu. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Bancroft, J. (2009). Human sexuality and its problems. Edinburgh: Elsevier.
6. Blanchard, R. (2014). Detecting and correcting for family size differences in the study of sexual orientation and fraternal birth order. Archives of Sexual Behaviour, 43, 845 – 852.
7. Blass, R.B. (2012). The ego according to Klein: return to Freud and beyond. International Journal of Psychoanalysis, 93 (1), 151-166.
8. Brakefield, T.A., Mednick, S.C., Wilson, H.W. i sur. (2014). Same-sex sexual attraction does not spread in adolescent social networks. Archives of Sexual Behavior, 43 (2), 335 – 344.
9. Brewster, P.W.H., Mullin, C.R., Dobrin, R.A. i Steeves, J.K.E. (2011). Sex differences in face processing are mediated by handedness and sexual orientation. Laterality, 16 (2), 188 – 200.
10. Brown, G.R. i Dixon, A.F. (2000). The development of behavioural sex differences in infant rhesus macaques (Macaca mulatta). Primates, 41 (1), 63 – 77.
11. Cavazos-Rehg, P.A., Spitznagel, E.L., Bucholz, K.K. i sur. (2010). Predictors of sexual debut at age 16 or younger. Archives of Sexual Behavior, 39, 664 – 673.
12. Eschenbeck, H., Kohlmann, C. i Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. Journal of Individual Differences, 28 (1), 18 – 26.
13. Gabbard, G. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington: American Psychiatric Press Inc.
14. Gabbard, G. (2017). Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text. Houston: American psychiatric association publishing.
15. Glas, G. (2006). Person, personality, self and identity: a philosophically informed conceptual analysis. Journal of Personality Disorders, 20 (2), 126 – 138.
16. Gottfried, E.D. i Christopher, S.C. (2017). Mental disorders among criminal offenders: a review of the literature. Journal of the Correctional Health Care, 23 (3), 336 – 346.
17. Gregurek, R. (2011). Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada.
18. Hartke, R. (2016). The Oedipus complex: a confrontation at the central cross-roads of psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis, 97 (3): 893 – 913.
19. Ismail, F.Y., Fatemi, A. i Johnston, M.V. (2017). Cerebral plasticity: windows of opportunity in the developing brain. European Journal of Paediatric Neurology, 21 (1), 23 – 48.
20. James, W.H. (2005). Biological and psychosocial determinants of male and female human sexual orientation. Journal of Biosocial Sciences, 37 (5), 555 – 567.
21. Joyal, C.C. (2015). Defining normophilic and paraphilic sexual fantasies in a population-based sample: on the importance of considering subgroups. Sexual Medicine, 2 (3/4/), 321 – 330.
22. Klain, E. (1999). Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing.
23. Knight, Z.G. (2017). A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. Clinical Psychology and Psychotherapy, 24 (5), 1047- 1058.
24. Kohut, H. (1990). Analiza sebe. Zagreb: Naprijed.

25. Lew-Starowicz, M., Giraldi, A. i Krüger, T.H.C. (2021). *Psychiatry and sexual medicine*. Cham: Springer.
26. Ma, H.K. (2013). The moral development of the child: an integrated model. *Frontiers in Public Health*, 18 (1), 57.
27. McAdams, D.P. i Olson, B.D. (2010). Personality development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517 – 542.
28. Milano, W., Ambrosio, P., Carizzzone, F., De Biasio, V., Foggia, G. i Capasso, A. (2020). Gender dysphoria, eating disorders and body image: an overview. *Endocrinological and Metabolical Immune Disorders Drug Targets*, 20 (4), 518 – 524.
29. Miller, C.F., Lurye, L.E., Zosuls, K.M. i Ruble, D.N. (2009). Accessibility of gender stereotype domains: developmental and gender differences in children. *Sex Roles*, 60 (11-12), 870 – 881.
30. Newton, J.T. i Harrison, V. (2005). The cognitive and social development of the child. *Dental Update*, 32 (1), 37 – 38.
31. Orenstein, G.A. i Lewis, L. (2021). Eriksons stages of psychosocial development.
32. Polczynska, M.M. i Bookheimer, S.Y. (2021). General principles governing the amount of neuroanatomical overlap between languages in bilinguals. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 130, 1 – 14.
33. Rossi, R. i Dean, J. *Sexual Orientation*. U Kirana, P.S., Tripodi, F., Reisman, Y., Porst, H. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix.
34. Shulman, M.E. (2021). What use is Freud? *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 69 (6): 1093 – 1113.
35. Sletvold, J. The ego and the id revisited Freud and Damasio on the body ego/self. *International Journal of Psychoanalysis*, 94 (5), 1019 – 1032.
36. Solms, M. (2021). A revision of Freud's theory of the biological origin of the Oedipus complex. *Psychoanalysis Quarterly*, 90 (4): 555 – 581.
37. Steensma, T.D., Kreukels, B.P.C., de Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behaviour*, 64, 288 – 297.
38. Thigpen, J.W. (2009). Early sexual behaviour in a sample of low-income, African-American children. *Journal of Sex Research*, 46 (1), 67 – 79.
39. Ventriglio, A. i Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st century: sexual fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29 (1), 30 – 34.
40. Vukosavljević Gvozden, T. (2007). *Psihoanaliza nakon Frojda Razvoj relacije perspektive*. Beograd: Intergraf MM.
41. Wallen, K. (1996). Nature needs nurture: the interaction of hormones and social influences on the development of behavioral sex differences in rhesus monkeys. *Hormones and Behavior*, 30, 364 – 378.
42. Wille, E., Gaspard, H., Trautwein, U., Oschatz, K., Schreier, K. i Nagengast, B. (2018). Gender stereotypes in a children's television program: effects on girls' and boys' stereotype endorsement, math performance, motivational dispositions and attitudes. *Frontiers in Psychology*, 4 (9), 2435.
43. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.





Криза, траума, губитак и жаловање - разумијевање и подршка

Ауторица: Проф. др. сц. Мирјана Граовац, др. мед.,
психијатар, специјалиста дјечје и адолесцентне
психијатрије и психотерапије

1. Теоријски дио

Разумијевање кризних ситуација, трауматских доживљаја и губитака која се догађају дјеци јесу предуслови за примјерено поступање, пружање помоћи и подршке. Процеси жаловања код дјеце неријетко започињу таквим ситуацијама које су бремените кризним и/или трауматичним доживљајима па и губитцима значајних особа, али и другим значајним губитцима које ремете њихову рутину и ометају њихове развојне процесе. Разумијевање развоја и развојних процеса су темељна полазишта у сваком ангажману на подручју менталног здравља дјеце и младих.

Дјеца и адолесценти могу доживјети трауматичне ситуације у обитељи, школи и друштву, као и судионици природних катастрофа, рата, тероризма, миграција, епидемија и других облика насиља и трагедија. Трауматска искуства која дјеца доживљавају тијekom одрастања могу значајно ометати развојне процесе јер имају дубок утјецај на многа различита подручја функционирања дјетета/ адолесцента - на емоционалној, понашајној, физичкој, когнитивној и мисаоној разини.

Траума која узрокује поремећај дефинира се као догађај или низ догађаја који интензитетом, потенцијалном опасношћу за дијете, неуобичајеном природом, неријетко неочекиваних карактеристика, нарушава дјететове капацитете за суочавање (свјесне и несвјесне) и чине дијете беспомоћним. Клинички ентитети повезани с трауматским искуством код дјеце и адолесцената су чести. Манифестације ових искустава описују се као ПТСП, али и као депресија, анксиозност, соматизација, поремећаји понашања или дисоцијативне реакције. Дијагноза ПТСП-а није развојно осјетљива и не описује на одговарајући начин утјецај изложености трауми из дјетињства на дијете у развоју. Овој дјеци поставља се низ “попратних” дијагноза од којих ниједна не оправдава спектар проблема трауматизираних дјеце. Испод депресивних и анксиозних стања, соматизације, поремећаја понашања или дисоцијативних реакција често налазимо трауматична искуства.

Дјеца могу жаловати као и одрасли. Губитак и емоционална реакција на губитак није „привилегија“ одраслих. Спектар могућих губитака у дјечјој доби је широк - укључује особе, ствари, играчке, дом.... Дјецу не можемо „заштитити“ од губитака, па и од губитака која су везана за умирање и смрт.

Митови о жаловању дјеце говоре да дјеца не жалују. Одрасли често имају предрасуде везане уз властиту перцепцију да дијете не жалује, попут – **дијете није свјесно губитка, дијете не осјећа губитак уколико о томе не говори или не плаче, боље је не причати о томе, за дијете најбоље да заборави, одрасли не смију плакати пред дјететом и др.** Истраживања феномена жаловања у дјеце говоре супротно - сва дјеца жалују, неовисно о својој доби. Понашања дјеце која жалују могу бити врло различита - нека дјеца су врло тиха и не плачу, друга су врло гласна, понекада и агресивна, нека траже самоћу и мир, друга траже друштво...

Неовисно о вањској експресији и понашању дјетета, свако дијете које жалује треба пуно разумијевања, пажње, стрпљења и љубави.

Митови и погрешна увјерења о жаловању у дјеце (Modificirano prema Himmelstein i sur. 2004; Schulz 1999.)

- Дјеца не жалују
- Дјеца су премала да би схватила смрт и губитке
- Одрасли требају заштити дјецу од свих губитака и боли
- Одрасли требају потицати само лијепа сјећања на умрлог
- Не треба изражавати осјећаје (нпр. бијеса или кривње)
- Дјецу ће узрујати одлазак на спровод
- ...

Иако жаловање у дјеце и жаловање код одраслих потичу слични фактори, дијете жалује на другачији начин него одрасли. Разумијевање ових разлика могуће је уколико познајемо и уважавамо развојне процесе, разлике у когнитивном, емоционалном и социјалном развоју дјетета дуж развојних линија, као и развој специфичних обрада у појединим фазама психолошког развоја дјетета.

1.1. Реакције дјетета на губитак

Доживљај губитка код дјеце различит је од доживљаја губитка код одраслих. Дјеца су овиснија о својој непосредној околини, о одраслима који о њима брину, стога је за њих губитак повезан с интензивним осјећајима несигурности и беспомоћности. Млађа дјеца немају развијене когнитивне капацитете који би им помогли у разумијевању онога што се догодило. Због тога су одрасле особе изразито важне дјетету које тугује, како би му пружиле осјећај заштићености и сигурности, објасниле што се догађа на начин који је дјетету разумљив.

Искуство губитка је јединствено и индивидуално. У ситуацији када је дијете суочено са губитком на перцепцију, разумијевање и понашање дјетета утјечу бројни чимбеници: доб дјетета и актуална развојна фаза, црте личности дјетета, пријашња искуства с губитком (смрћу), природа и квалитета односа с особом коју је изгубила, узрок смрти умрле особе, обрасци интеракција и комуникација унутар обитељи, стабилност обитељског живота након губитка, капацитети за препознавање и испуњавање дјететових потреба, способност за изражавање и дијељење осјећаја и сјећања, родитељски стилови за суочавање са стресом, доступност конзистентних односа с другим одраслим особама.

Вилис (2002) наглашава како дјеца свих добних skupина требају вријеме али и капацитет за разумијевање концепта смрти и умирања. Дјеца не могу разумјети концепт смрти на начин како га разумију одрасли. Разумијевање свијета око себе дијете темељи према постигнутом ступњу когнитивног развоја који је овисан о његовој доби. Стога се и разумијевање концепта смрти мијења успоредо с растом, развојем и сазријевањем дјетета. Према Вилис (2002), разумијевање појмова као што су неповратност, коначност, неизбјежност и узрочност изравно је повезано са достигнутим развојним ступњем дјетета у вријеме када се оно сусреће са појмом смрти.

Развој схваћања концепта смрти (Modificirano prema Himelstein i sur. 2004; Wilis 2002.)

Концепт смрти	Питања дјеце која упућују на непотпуно разумијевање	Импликације непотпуног разумијевања
Неповратност (енгл. <i>irreversibility</i>) смрт би значила да опет не могу оживјети	Кад ће се мој умрли кућни љубимац натраг вратити? Може ли нетко опет постати опет жив након што је умро?	превенира отпуштање од прв умрлог - и ступањ жаловања
Коначност (енгл. <i>finality</i>) смрћу престају све животне функције	Је ли тко гладан ако је мртав? Боли ли некога или је тужан када је мртав?	преокупација физичком патњом умрлог
Неизбјежност за сва жива бића (енгл. <i>universality</i>) сва ће жива бића умријети	Хоће ли сви умријети? Умиру ли дјеца? Хоћу ли и ја умријети? Када ћу ја умријети?	смрт као казна за неке мисли или акције
Узрочност (енгл. <i>causality</i>) реалистично схваћање узрока смрти	Умиру ли људи зато што су злочести? Зашто је угинуо мој пас?	узроковат може и снажне осјећаје кривње

Неповратност је за дијете веома тежак појам. Дјетету је тешко разумјети да смрт није нешто што се догодило и након тога се може „вратити на пријашње стање“. Разумијевање свијета и појава око себе дијете темељи на властитом искуству које му говори да се играчке када се покваре могу поправити, а када се разбију могу се залијепити. Појам смрти као неповратне појаве мало дијете не може схватити.

Дјететово разумијевање појма коначности, да је смрт неповратно и трајно стање, проистјече из дјететовог (не)поимања времена. Како дијете расте и сазријева оно развија и поступно усваја концепт времена. Појмови сталности и константности добивају реалније значење успоређо с одрастањем дјетета. С друге стране, дјеца немају искуство о животном циклусу да би разумјела смрт као природан процес, неизбјежан за сва жива бића.

Разумијевање узрочних релација представља тежак задатак за дјецу јер она не разумију да неке ствари и појаве око њих настају под утјецајем природних чимбеника, а да те природне чимбенике није могуће контролирати.

1.2. Како дјеца различите доби разумију смрт

Разумијевање смрти развија се успоређо с когнитивним сазријевањем дјетета. Карен Шулц (1999) наводи развојне и емоционалне карактеристике дјеце које утјечу на њихово изражавање туге. Доб, развојне и емоционалне карактеристике одређене доби дјетета обликују концепт дјететовог поимања смрти, а посљедично и могуће емоционалне реакције дјетета на губитак.

До треће године живота дијете се сензорно и моторички развија. У овој доби не постоји концепт смрти. Смрт и одсутност за њих имају исти учинак. Могуће реакције дјетета у ситуацији губитка су узнемиреност, тјескоба, несигурност и сепарацијска анксиозност, као и реакција дјетета на тугу скрбника.

У доби између треће и пете године развојне и емоционалне карактеристике дјетета су егоцентричност, магичност, анимизам и артифицијалност (појашњење ауторице – све је израђено како би служило дјетету), морализам (лоше ствари се догађају лошим људима). Дијете ове доби смрт разумијева реверзибилном, попут одласка на спавање, одласка на излет, ликова из бајки или цртића који оживљавају. Дијете ове доби очекује да се умрла особа врати и да све буде као што је било прије. Могуће реакције дјетета на губитак су устрашеност, осјећај кривње, страхови од даљњег напуштања. Дијете ове доби може показивати јаку везаност за родитеља или другу блиску одраслу особу. Дијете може бити љуто на покојника (отишао је и не враћа се), може бити забринута за умрлог (да му је хладно, да је гладан, устрашен...). Смрт перципирају као нешто лоше или као казну, па дијете може бити забринута за себе ако му се каже или ако мисли да није добро. Дијете може показивати тјескобу и страхове код одласка на спавање или код удаљавања од куће. Није ријетко да дјеца у тим ситуацијама елаборирају тјескобу и страхове путем тијела, па почињу манифестирати неке од тјелесних симптома (главобоља, трбобоља, умор, слабији апетит сл.) Мало дијете тешко може схватити да се смрт може догодити њему блиској особи, па у ситуацији када се то догоди брани се негацијом /или психосоматским реакцијама.

У доби од 7-12 година дијете размишља логичније али конкретније, расте социјализација дјете.

Дјеца ове доби почињу разумијевати смрт као иреверзибилну али каприциозну и неприродну.

У адолесценцији је способност за разумијевање коначности и природе смрти успостављена и потпуна. Адолесценти најчешће у осами изражавају емоције. Неријетко имају осјећај бесмисла и губитка контроле над својим животом. Развојна задаћа сепарације од родитеља је у ситуацији губитка (смрти) блиске особе на кушњи, адолесценти су амбивалентни и у раскораку између потребе одвајања и припадања обитељи. Није ријетко да адолесценти у тим ситуацијама „ускоче“ у улогу одраслог. Снажни осјећаји кривње појављују се код оних адолесцената који су били у лошим односима и/или сукобима с умрлом особом.

Дјеци је потребан рад на жаловању, као и одраслима. Дјеца пролазе исте фазе процеса жаловања – од прораде боли до прихваћања смрти.

Прогресивни когнитивни и емоционални развој дјеце, као и специфичности њихових психолошких обрада обликују изражавање жаловања код дјеце. Ступањ когнитивног и емоционалног развоја дјетета утјече не само на поимање и перцепцију губитка (смрти) већ и на експресију емоција. Најчешћи механизми обраде су код дјеце регресија и порицање. Ове обраде, уз дјечју машту, као и лимитирану експозицију дјечјег селфа према снажним емоцијама, обликују њихово туговање на специфичан начин, различит од одраслих.

Надаље, када се ради о дјеци која тугују, не смије се изгубити из вида природна потреба дјетета за подршком родитеља као и потреба дјетета за поновним интерпретирањем губитка (смрти) на сљедећем ступњу дјететовог когнитивног сазријевања. Стога је процес жаловање у дјеце интермитентног и пролонгираног типа, јер сваки нови развојни корак тражи од дјетета поновну реинтерпретацију губитка (смрти).

Родитељи који и сами жалују, најчешће брину о томе како ће њихова дјеца пребољети губитак (смрт) блиског члана обитељи. Третман, подршка и едукација родитеља, који су и сами у процесу жаловања, помаже не само њима - одраслима, већ посредно и њиховој дјеци. Психолошке потешкоће са којима се дијете суочава у ситуацији губитка (смрти) блиског члана обитељи није могуће избјећи ма колико то било тешко, јер се у противном у будућности, тијеком даљњих фаза развоја у дјетињству, адолесценцији или у одрасло доба могу развити неки од поремећаја депресивног спектра. Тиме се наглашава значај аутентичне обитељске атмосфере у ситуацији губитка у којој чланови обитељи допуштају дјетету изражавање своје туге и жалости било изразом лица, ријечима или дјелима. Веома је важно да манифестације жалости дјетета буду прихваћене унутар обитељи, али исто тако и да обитељ настави његовати ранији ритам обитељског живота познат и близак дјетету. Такођер је важно промицати стабилност и досљедност и у другим подручјима живота дјетета изван обитељи (школа, спорт, дружење с вршњацима).

Дјецу треба охрабрити како би сукладно својој доби разумјела појам смрти. Дјеца су у раном дјетињству знатижељна и често постављају питања - што је смрт, како је особа умрла, што јој се догодило, питају о властитој сигурности, хоће ли и она умријети и тко ће се онда о њима бринути. Мала дјеца требају једноставне и конкретне одговоре. Нејасни, недоречени и двосмислени одговори одраслих, којима се жели ублажити стварност, најчешће постижу супротан учинак и збуњују дијете.

Дјеци у средњем дјетињству такођер треба пружити прилику за разговоре - о смрти, преминулом, спроводу, односу дјетета с преминулим. Важно је помоћи дјетету да добије цјеловитију слику о преминулом, јер ће у противном дијете тешко моћи изразити своје емоције (напримјер, идеализација преминулог може блокирати осјећаје бијеса, док искључиво негативни аспекти умрлог могу блокирати осјећаје туге).

С обзиром да је жаловање у дјеце циклички процес који прати когнитивни и емоционални развој, дијете треба прилику за ова понављања и специфичан рад жаловања. Чланови обитељи требају бити осјетљиви на ове потребе дјетета, за реинтерпретацијама губитка, јер је понављање велики дио „рада жаловања“.

Неки су дани посебно снажно повезани с осјећајима туге везане уз губитак блиског члана обитељи – годишњице, благодани, рођендани... У тим, али и у другим пригодама када дијете затражи, разговори о блиској особи које више нема, разгледавање фотографија обитељских албума, одлазак на гробље... постају дио обитељских ритуала који показују дјетету да губитак није заборављен у рутини и темпу свакодневног живота. Сјећања на особу коју је обитељ изгубила даје прилику дјетету за реинтерпретацију губитка у свјетлу дјететових нових капацитета за когнитивно разумијевање.

Слично као и код одраслих, дјеца пролазе кроз фазе жаловања које укључују шок и порицање, љутњу и огорченост, осјећаје кривње, тугу... али сукладно њиховим емоционалним и когнитивним способностима, на ступњевит и цикличан начин.

1.3. Рад жаловања код дјеце

Емоционални развој дјетета прати развојне процесе. Дијете често не зна објаснити како се осјећа и не зна изразити своје осјећаје. Стога је веома важно помоћи дјетету како би оно могло научити препознати и изразити своје осјећаје. Погрешно је стајалиште да је дјеци, када им је превише тешко, боље не показивати осјећаје и не говорити о њима.

Млађа дјеца често изражавају своје осјећаје кроз стваралаштво и игру. Игра је, као и сан, краљевски пут у несвјесно. Игра и стваралаштво су протективни чимбеници менталног здравља дјетета. Дијете кроз игру и властиту креацију лакше изражава своје осјећаје. Дјечјој игри и креацији одрасли треба „додати“ ријечи које дјеца не могу изговорити. Дјецу је лакше упознати кроз игру, проматрањем дјечје игре могу се „ишчитати“ поруке дјетета. Терапијске интервенције се код дјеце проводе путем игре.

Љутњу, кривњу, тјескобу и беспомоћност, у ситуацијама у којима су ови осјећаји повезани с губитком и тугом, дјеца изражавају најтеже. Околина (обитељ, терапеут) најприје треба дјетету омогућити изражавање осјећаја. Путем игре или стваралачке игре дијете лакше изражава ове неугодне осјећаје. Дјетету треба показати да су његови осјећаји прихваћени и садржани. На одраслима је да дјетету помогну у процесу суочавања с кривњом, јер је дјетету о кривњи изнимно тешко говорити. Своју љутњу дијете може „премјестити“ на друге особе у обитељи (напримјер, на преживјелог родитеља) или изван обитељи (лијечника, учитеља, пријатеља, терапеута). Осјећаји страха се могу различито презентирати у појединим развојним фазама дјетета, мада некада дијете „прескочи“ експресију страха у некој од њих. Важно је нагласити да дјетету треба помоћи у ситуацијама у којима дијете манифестира свој страх. Надаље, с дјететом је потребно разговарати и о његовим фантазијама и о „кривим конкретним конекцијама“ при чему је значајно препознати подлијежућу емоцију фантазије или „криве конекције“ дјетета.

Дијете тешко може жаловати само. У ситуацији губитка дијете треба своју обитељ како би одрасли садржавали и „ментализирали“ трауматичну ситуацију. У процесу прихватања губитка дијете треба чланове своје обитељи како би се прилагодило и прихватило губитак. Дијете треба одрасле који брину о њему како би се потицали његови развојни потенцијали.

2. Практични дио

Вињета: ММ, 15 година

Разлози за хоспитализацију: “видне и слушне “халуцинације” (види и чује дјевојку у бијелом) и самоозљеђивање по кожи.

Психички симптоми: (уз анксиозност, снижено и нестабилно расположење, потешкоће уснивања и проснивања) су процијењени психотичним, а самоозљеђивање је схваћено као покушај суицида.

Из анамнестичких података се сазнаје да је ММ рођена и одрасла у цијеловитој петерочланој обитељи уз родитеље и двије сестре. ММ је средње дијете. Рани психомоторни развој је био уредан. Тијеком раног дјетињства највише је била везана уз баку по мајци јер су родитељи радили у иностранству. Обитељ је била на окупу благданима и ријетким викендима. Њезина сјећања на овај период су “блиједа”.

На почетку ММ адолесценције, старија сестра се разбољела од ријетке насљедне болести. Родитељи су се вратили из иностранства и посветили лијечењу кћерке. ММ нису говорили о сестриној болести. Након 6 мјесеци лијечења сестра умире у болници. Тијеком задњих посјета сестри у болници родитељи су рекли ММ да се опрости. Сјећања за овај период су “као у магли”.

Након сестрине смрти ММ упознаје очеве родитеље с којима до тада обитељ није комуницирала. Проводе се генетска испитивања чланова обитељи. Оба родитеља су носитељи гена, али нису

болесни као ни ММ. Убрзо затим мајка остаје трудна и рађа млађу сестру и посвећује се њези бебе. Генетско испитивање показује како беба има оба гена за наследну болест. ММ је опет “по страни”. Сјећања за овај период су “конфузна”.

Родитељи се почињу сукобљавати, долази до раставе и распада обитељи, почиње борба за скрбништво... ММ наставља живјети с мајком и сестром. Мајка налази новог партнера. ММ је опет “по страни, невидљива”.

Млађа сестра одраста, “иста је као старија”, али се проводи специфичан режим прехране да би се “умањило” ефект генетике. ММ одлази живјети код оца. Наставља се борба око скрбништва. Укључују се институције (Центар за социјалну скрб, суд...), дефинирају се сусрети између дјеце и родитеља. ММ се најприје враћа мајци, затим наставља наизмјенично живјети код оба родитеља.

Родитељи не говоре о умрлој сестри. ММ се догађа “тешка адолесценција”, развојни конфликти су интензивнији, у школи постиже слабије резултате, тражи своју вршњачку скупину... Појављују се проблеми са штитњачом, укључује се терапија. Постаје тјескобна, потиштена, почиње се самоозљеђивати. ММ постаје “видљива”.

Налаз психолога указује на окупираност дугогодишњом обитељском проблематиком, тешкоће прилагођавања и комуникације, појачану анксиозност и забринутост, отежану способност контроле агресивних импулса, смањене капацитете за доживљавање угоде, неуспјешност компензирања осјећаја туге и губитка. У спектру несвјесних обрада највише користи регресију, премјештање и пројекцију.

Проведено лијечење је укључивало фармакотерапију, психотерапију и социотерапију. У индивидуалном психотерапијском сетингу проводила се прорада трауматског искуства, након чега је укључена у групне психотерапијске садржаје у Дневном болничком програму за средњошколце при нашем Заводу (социоедукативна група, арт терапија, мала - аналитичка група). Родитеље смо укључили у модифицирану обитељску терапију која се наставила кроз партнерску терапију у којој су отворене обитељске тајне, проговорило се о губитку и жаловању, расправила су се питања у свези генетике, постављене су границе родитељима...

Паралелно с тим ММ је почела говорити о својим осјећајима губитка, туге, тјескобе, одбачености..од тада није имала покушаје самоозљеђивања.

Вињета показује како се сваки симптом код дјеце и адолесцената треба разумјети у контексту развоја и у контексту обитељских односа. Самоозљеђивање код ММ је био само један симптом у ланцу поремећаја „који прелазе један у други”.

3. Интеграција теоријског и практичног дијела

Траума утјече на процесе раста и развоја. Трауматска искуства утјечу на дјечја очекивања од свијета, сигурност живљења с другима и осјећај особног интегритета. Траума мијења унутарње слике дјететова свијета, обликује разумијевање себе и других, доводи до очекивања или неочекивања у односу на будућност, утјече на садашња и будућа искуства и понашања. Теоретичари и практичари су сугласни око тврдње да је сигуран атацхмент прва линија обране против психопатологије покренуте траумом.

Одрасли посједују потенцијал како би се изразили и затражили оно што им је потребно, док се дјеца често осјећају збуњена и не разумију - зашто се осјећају, онако како се осјећају. Неријетко је презентација дјететовог неприхватљивог понашања само експресија њихове збуњености оним што се догодило. Концепт времена дијете гради како одраста. Дјеца немају животно искуству и не разумију да се ствари временом мијењају, да тешке ситуације обично постају лакше како вријеме пролази.

Фазе и задаће жаловања у дјеце (Modificirano prema Schultz 1999; Worden 1991.)

- Прихваћање смрти
 - о „Што је било добро у вашем односу“?
 - о „Што је било тешко у вашем односу“?
- Емоционална прорада неугодних осјећаја - бијеса, кривње, страха, беспомоћности...
 - о (игра, цртежи; писање писма...страх од напуштања)
- Прилагодба на нове улоге
-

Задаћа жаловања у дјеце је, као и код одраслих, прихваћање губитка (смрти), прорада неугодних осјећаја везаних уз губитак и прилагодба на нове улоге.

Упуте за родитеље/наставнике/професионалце који раде с дјецом и младима

- Истраживања феномена жаловања у дјеце говоре да сва дјеца жалују, неовисно о својој доби.
- Дјеца показују жаловање на друкчији начин, али једнако снажно као и одрасли.
- Понашања дјеце која жалују могу бити врло различита.
- Неовисно о вањској експресији и дјететову понашању, свако дијете које жалује треба много разумијевања, пажње, стрпљења и љубави.
- Губитак и емоционална реакција на губитак није „привилегија“ одраслих. Спектар могућих губитака у дјечјој је доби широк, а укључује особе, ствари, играчке.
- Дјецу не можемо „заштитити“ од губитака, па ни од губитака који су везани за умирање и смрт.
- Дјеца су вулнерабилнија када жалују, а жаловање у дјеце нема временско ограничење.
- Одрасле су особе изразито важне дјетету које тугује како би му пружиле осјећај заштићености

и сигурности, те на дјетету разумљив начин објасниле што се догађа у околини тугујућег дјетета. Процеси жаловања код дјеце протјечу ступњевито, пратећи њихове развојне процесе. Растући, сазријевајући и одрастајући, дјеца уграђују корак по корак комадиће властитог искуства у мозаик који је одређен њиховом развојном разином, когницијом, емоцијама, као и озрачјем у њиховим обитељима као „алатима“ за разумијевање губитка (смрти) у раду жаловања.

3.1. Често постављена питања

Питање: Могу ли дјеца и адолесценти жаловати?

Одговор: Да, дјеца и адолесценти могу жаловати. Дјеца показују жаловање на друкчији начин него одрасли. Дјеца се не могу заштитити од губитака, тема смрти и других питања, јер о томе чују од друге дјеце, у школи, из медија, кроз животно искуство итд. Жаловање у дјеце се разликује од жаловања у адолесцената.

Питање: Требају ли дјеца присуствовати спроводу и другим церемонијама опраштања?

Одговор: Дјеца могу имати психолошке користи од судјеловања на спроводима, као знак ритуализираног опраштања у којему судјелује и његова обитељ и шира заједница.

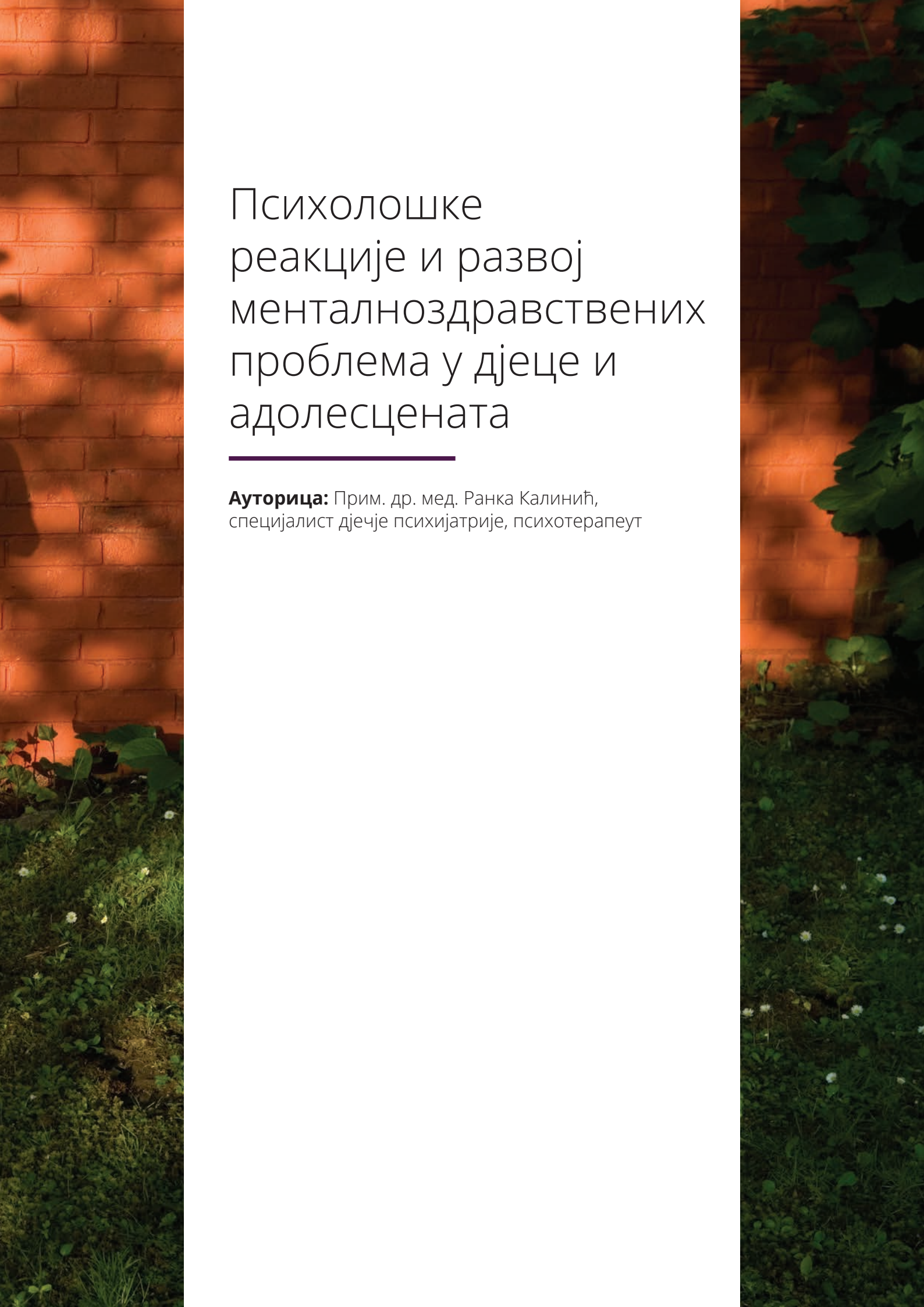
Питање: Требају ли одрасли одговарати дјеци на питања везана уз смрт блиске особе?

Одговор: Дјеца имати питања а одрасли требају дјеци на њих одговарати на начин који је сукладан развојном ступњу дјетета односно језиком који је дјетету разумљив. Дјеца требају осјећати да су слободна питати, а одрасли требају бити способни на њих одговарати онолико често колико је дјетету то потребно.

Literatura

1. Begovac, I., Begovac, B. Psihička traumatizacija djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija* 2011; 30:85-92.
2. Bowlby J. Attachment and Loss:Vol.3.Loss: Sadness and depression. New York:Basic Books, 1980.
3. Brozan S., Kaštelan A., Graovac M. Childhood Trauma and Developmental Processes. *Psychotherapy in Achieving Health and Well-being for Children and Young People* 2021; 12-13:64-70.
4. Buzov I. Psihoanaliza žalovanja. Zagreb: Jumena, 1989.
5. Corr CA, Nabe CM, Corr DM. Death and Dying, Life and Living. 2nd ed. Pacific Grove, Calif:Books/Cole Publishing Company, 1997.
6. Freud A., Burlingham D. Infants Without Families. New York. Int Univ Press, 1965.
7. Furman RA. Death and Young Child. *The Psychoanalytic Study of th Child* 1964; 19:321-333.
8. Fitzgerald H. The Greaving Child: A Parent's Guide. New York:Fireside, 1992.
9. Graovac M. Psihodrama. U: Kozarić-KovačićD, Frančišković T. (ur.). Zagreb, Medicinska naklada, 2014; 221-232.
10. Graovac M. Žalovanje u djece. U: Rudan V, Marčinko D. (ur.). Zagreb, Medicinska naklada, 2014; 13-21.
11. Graovac M. Djeca i žalovanje. U: Begovac I. i sur. (ur.) Dječja i adolescentna psihijatrija; e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021;173-197. urn:nbn:hr:105:694914
12. Nagera H. Children's Reactions to the Death of Important Objects. *The Psychoanalytic Study of th Child* 1970; 25:360-400.
13. Piaget J. Razvojna psihologija Jeana Piageta. Jastrebarsko:Naklada Slap, 2002.
14. Pernar M, Frančišković T. Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2008.
15. Pregrad J. Gubitak i tugovanje u djece. U: J. Pregrad (ur.) Stres, trauma, oporavak. Zagreb:Društvo za psihološku pomoć, 1996.
16. Profaca B. Podrška djetetu u tugovanju. U: J.Pregrad (ur.), Stres, trauma, oporavak, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 1996; 201-208.
17. Profaca, B. i Arambašić, L. Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2009; 2(1-2):53-73.
18. Purtscher, K. Trauma in Childhood - risks for the child's development. *Psychiatria Danubina*, 2008; 20 (4):513-520.
19. Schulz K. Bereaved Children. *Can Fam Physician* 1999; 45:2914-2921.
20. Van der Kolk, BA. Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric Pub, 2003.
21. Wilis C. The Greaving Process in Chlidren: Strategies for Understanding, Educating and Reconciling Children's Perception of Death. *Early Childhood Education J* 2002; 29(4):221-225.





Психолошке реакције и развој менталноздравствених проблема у дјеце и адолесцената

Ауторица: Прим. др. мед. Ранка Калинић,
специјалист дјечје психијатрије, психотерапеут

1. Први дио

Дјеца и адолесценти представљају посебно вулнерабилну групу становништва, која током свог психофизичког развоја неријетко бива изложена различитим стресогеним или другим факторима ризика, који могу довести до различитих врста психолошких реакција, али и психијатријских поремећаја.

Брига о дјечи је заједничка одговорност и обавеза родитеља и старатеља, али и институција и организација васпитно-образовног система, система здравствене и социјалне заштите, правосуђа, полиције и свих других институција и организација на нивоу локалне заједнице. Сви који радимо са дјецом или за дјецу, смо у законској, професионалној и моралној обавези да преузмемо одговорност у пружању подршке и заштите дјечи. Понекада, због неправовремене интерсекторске сарадње поједине институције остају усамљене у рјешавању питања интереса дјеце, а сви заједно губимо драгоцјено вријеме да дјетету пружимо правовремену и адекватну помоћ. Савремени услови живота и рада значајно утичу на функционисање породице, што је поставило веће захтјеве и обавезе према институцијама система да прате развој дјеце и интервенишу у случају уочених промјена у општем функционисању дјетета, које могу значајно утицати на развој потенцијала дјетета, односно на даљи психофизички развој. Брига о дјечи захтијева холистички приступ, блиску интерсекторску сарадњу и свеобухватни механизам подршке у свим фазама њиховог одрастања.

1.1. Реакција на тежак стрес и поремећаји прилагођавања

По дефиницији, поремећај прилагођавања је реакција на некакав стресор или трауму, што значи да реакција на трауму одређене особе представља њен покушај да се бори са том траумом (Поровић-Деушић, 1999). Да би се овај процес разумио, мора се узети у обзир цјелокупна личност у оквиру које се феномен догађа, а не само тренутно стање те особе.

Основни елементи развојног модела одговора на трауму укључују следеће: претрауматско стање особе и њеног непосредног социјалног окружења; врсту трауме; особине трауматске епизоде; посттрауматско стање (Поровић-Деушић, 1999).

Претрауматско стање одређује и претпоставља врсту и јачину одговора неке особе на трауму. Веома су важни пол те особе, узраст, темперамент и претходна трауматска искуства. Студије реакција људи на различите врсте трауматских искустава истичу значај пола, нарочито код дјеце: дјевојчице су отпорније на акутне ефекте трауме од дјечака (Поровић-Деушић, 1999). Веома важан фактор је и узраст дјетета у тренутку дејства трауме. Што је дијете млађе, његови одговори на стрес су мање адаптивни. Како дијете постаје старије, репертоар могућих одговора се повећава. Одговор на стрес у великој мјери зависи од механизма одбране једне особе. Базични типови механизма одбране су подијељени у четири групе: зрели, неуротични, незрели и психотични.

Раније трауматско искуство обично чини особу осјетљивијом на актуелну стресну ситуацију. Чак и када су временски веома удаљена и различитог типа, поновљена трауматска искуства имају тенденцију да се акумулирају. Једини изузетак од овог правила су мале трауме које је особа савладала успјешно и потпуно. У борби са стресом су важне и особине трауме. Двије значајне особине трауме су њен интензитет и дужина трајања. Акутна, временски ограничена и једна епизода трауме (тзв. "шок траума") је мање штетна од повратне трауме која је хронична, дуготрајна и која се понавља („растегнута траума“), наводи Поповић-Деушић (1999).

Трауматска епизода се састоји од вишеструког развојног слиједа догађаја који се могу подијелити на: (1) почетну фазу: карактерише се шоком и порицањем; (2) средњу фазу: у овој фази се врши директна конфронтација са траумом; (3) завршну фазу: усмјерена је ка поновном успостављању равнотеже (посттрауматска равнотежа).

Ризични фактори који смањују „отпорност“ на стрес код дјеце су многобројни (биолошки, психолошки, социјални). Протективни фактори који имају заштитну улогу у настанку психијатријских поремећаја током одговора на трауму су: добар темперамент, породична подршка и институционални (спољашњи) организовани облици пружања подршке дјетету.

Поремећаји прилагођавања се појављују у периоду прилагођавања на значајне животне промјене или као посљедица стресних животних догађаја. Праћени су стањем субјективне патње, анксиозношћу, нерасположењем, неспособношћу да се бори и планира. Почетак је обично унутар мјесец дана након појаве стресног догађаја. Трајање симптома је ријетко дуже од 6 мјесеци, осим када је у питању продужена депресивна реакција (Popović-Deušić, 1999).

1.2. Депресија код дјеце и младих

Депресија код дјеце и младих помиње се још од 17 вијека, али се интензивно проучава од осамдесетих година прошлог вијека (за разлику од депресивних поремећаја одраслих). До тада је углавном превладало мишљење да дјеца не могу да развију депресију због незрелости психичког апарата, или су се депресивни симптоми приписивали „пренаглашеним развојним фазама“ („у пубертету је, проћи ће то“). Био је предложен концепт „маскиране депресије“, јер дјеца веома често симптоме депресије манифестују тјелесним симптомима (болони у стомаку, у глави, енуреза, енкомпреза, поремећаји понашања...). Међутим, овај концепт је заправо помогао да се бољом процјеном код већине дјеце која се дуготрајно жале на различите тјелесне симптоме, или изненада промијене дотадашњи образац понашања, заправо открију симптоми депресивног поремећаја емоција.

Учесталост депресивног поремећаја „расте“ са годинама дјетета (најрјеђи је код дјеце предшколског узраста, потом расте учесталост у пубертету, а нарочито у адолесценцији). Узроци настанка депресије код дјеце и младих се могу подијелити на ендogene (генетски фактори) и екзогене (услови одрастања, социјално окружење, школско окружење, неповољни животни догађаји, изложеност насиљу...). Дијагностички критеријуми код типичне депресивне епизоде укључују: снижено расположење, губитак интересовања и задовољства, смањење енергије. Све ово доводи до напуштања дотадашњих активности, повлачења, повећане заморљивости, осјећаја бесмислености и туге...

Други чести симптоми су: оштећена концентрација и пажња; смањено самопоуздање и самопоштовање; осјећање кривице и безвриједности; суморан и песимистичан поглед на будућност; идеје о самоповређивању и самоубиству; поремећен сан; поремећен апетит, најчешће снижен, али може бити и повишен (Popović-Deušić, 1999).

Постоје и специфичности депресије дјеце и младих, а које се морају имати на уму приликом дијагностичке обраде, а то су: иритабилност (која може да доведе до настанка интерперсоналних проблема у школи); непровођење времена у игри и другим облицима забаве (анхедонија); честе главобоље и болови у стомаку (који могу бити узрок честих изостанака са наставе); жалбе дјеце и адолесцената да су глупи и да нису популарни; нагли пад успјеха у школи (Bojanin, Popović Deušić, 2012).

Коморбидитет (удружени поремећаји) је више него правило код дјеце и адолесцената који имају депресивни поремећај. Најчешће се као коморбидни поремећаји срећу: поремећај сепарационе анксиозности, фобије са понашањем избегавања, претјерана анксиозност, опсесивно-компулзивни поремећај, поремећај понашања, поремећаји исхране и злоупотреба психоактивних супстанци.

Ток и прогноза депресивног поремећаја код дјеце и младих највише зависе од правовременог дијагностиковања и започињања лијечења. Велики значај у правовременом тражењу помоћи има школа, јер дјеца претходно набројане симптоме заправо највише манифестују у школском окружењу. Како је школа важна за правовремено препознавање и сугерисање родитељима да затраже помоћ, тако је важна и за третман и лијечење. Сврха третмана и лијечења је што бржа редукција симптома и враћање дјетета уобичајеним активностима (макар и редукованим), јер је потпуна реституција тиме

извјеснија. Најозбиљнија компликација депресије је суицид!

Лијечење депресије код дјеце и младих захтијева добру сарадњу са младом особом, родитељима и школом. У медикаментозној терапији се користе антидепресиви и зависно од коморбидитета лијекови из других фармако група (анксиолитици, стабилизатори расположења, антипсихотици). Обавезан вид третмана представљају психотерапијске интервенције (породична терапија, КБТ). Дефинитивно, најбоље резултате даје интегративни приступ (комбинација фармакотерапије и психотерапије).

1.3. Суицидалност у развојном периоду

Самоубиство и самоубилачко понашање младих представља озбиљно здравствено и социјално питање и значајан проблем сваког друштва (Bradić i saradnici, 2010). Самоубиство је резултат комплексних интеракција између великог броја фактора, укључујући историјске, психолошке, културолошке, биолошке и социјалне, тако да сваки приступ рјешавању проблема самоубиства мора узети у обзир све те факторе. Према подацима Свјетске здравствене организације (SZO, 2005, према Bradić i sar. 2010), око милион људи годишње широм свијета изврши самоубиство, а између 10 и 20 милиона људи сваке године покуша самоубиство. Нарочито су забрињавајући подаци да самоубиство и самоубилачко понашање међу младима у скорије вријеме нарастају до алармантних размјера. У епохи када стопа смртности и разболијевања младих стабилно опада због значајног напретка медицине, трагична је иронија да перзистентно висока стопа самоубиства и самоубилачког понашања остаје међу водећим узроцима смрти ове, иначе, снажне и здраве популације. Покушаји самоубиства главни су узрок хоспитализације међу адолесцентима и младима узраста од 15 до 25 година, а извршено самоубиство је други узрок смрти у овој популацији, а први узрок су саобраћајне несреће (Bradić i sar. 2010).

Не постоји јединствен став око начина на који се дефинише самоубиство и самоубилачко понашање. Брадић и сарадници (2010) описују најчешће дефиниције:

- Самоубиство је чин намјерног одузимања сопственог живота.
- Покушај самоубиства представља велики број активности које имају за циљ одузимање сопственог живота, а које не завршавају смрћу.
- Самоубилачке идеје су размишљање о самоубиству, са различитим самоубилачким намјерама, али не и смртношћу.
- Намјерно самоповређивање чини читав спектар понашања која могу, али не морају резултирати озбиљним повредама, а која нису усмјерена на одузимање живота.
- Суицидалност је еквивалент самоубилаштву, а обухвата све четири дефинисане клиничке категорије: самоубиство, покушај самоубиства, самоубилачке идеје и намјерно самоповређивање.

За љекаре, као и за друге стручњаке који раде са младима, најважније је да одреде шта претходи самоубилачком понашању, без обзира како је дефинисано.

Око 4% одрасле популације намјерно се самоповређује. Проценат самоповређивања код адолесцената у поређењу са одраслом популацијом је значајно већи, износи 15% и повећава се код адолесцената који имају неки психијатријски поремећај (Bradić i sar. 2010).

1.4. Суицидогени фактори

Суицидогени фактори су бројни и разнолики, што објашњава разнолике систематизације истих. Најприхватљивија систематизација суицидогених фактора је слjedeћа: (1) диспозиција, (2) узроци, (3) мотиви и (4) повод.

Диспозицију чине генетски фактори и структура личности. У породицама гдје се већ десило

самоубиство, потомци су у већем ризику за самоубилачко понашање. Црте личности, као што су импулсивност, агресивност, ацтинг-оут реакције значајно повећавају ризик за самоубиство.

Узроци самоубилачког понашања се дијеле на ендогене и егзогене. Ендогени узроци су постојећи психички поремећаји (депресија, БАП, схизофренија, депресивни поремећај понашања...). Егзогени узроци су узроци који настају у спољашњем окружењу адолесцента (у породици, школи, вршњачкој групи). Најчешћи егзогени узроци су дисфункционални породични односи, изложеност насиљу у породици или вршњачкој групи, припадност „ризичним „вршњачким групама...

Мотиви, као суицидогени фактор могу бити свјесни и несвјесни, а за адолесцените су типичнији несвјесни мотиви (аутоагресија, аутодеструктивност). Повод за покушај суицида је непосредни егзогени окидач (напримјер, отац или мајка су ошамарили кћерку јер је закаснила из града, негативна оцјена у школи, раскид емотивне везе...). Повод је увијек један, једнократан и за суициданта веома значајан и снажан доживљај! За посматрача, повод је увијек „бесмислен!“ У пракси се веома често не могу јасно издвојити и ограничити ова четири суицидогена фактора (често се мијешају и преплићу диспозиција и узрок, али исто тако и апел функција и аутоагресија).

Значај аутоагресије, односно самоповређивања, је нарочито изражен у адолесценцији. Самоповређивање је чин намјерног оштећења тјелесних ткива, које има за циљ да промијени/ контролише тренутна осјећања адолесцента, као што су бол, осјећај напуштености, бијес... (Bradić i sar. 2010). Најчешћи начини самоповређивања у популацији адолесцената су посјекотине, кидање коже, наношење опекотина (гашење цигарете на кожи), гребане, урезивање, чупање косе. Самоповређивање и покушај самоубиства могу изгледати помијешано, али у суштини њихов смисао није исти. Међутим, адолесценти који се самоповређују чешће покушају суицид. Комбинација депресивних и агресивних симптома је заправо такозвана „летална комбинација“ (Poročić-Deužić, 1999). Дакле, адолесцент који живи у дисфункционалној породици, који има предиспозицију, који је лоше адаптиран у вршњачкој групи, који се осјећа мање вриједним и очајним, који је склон самоповређивању је под високим ризиком за суицид.

Фактори ризика који доприносе самоубиству су: претходни покушаји самоубиства; чланови породице који су починили самоубиство; претходна болничка лијечења због проблема у менталном здрављу; недавни велики стресови, напримјер губитак или развод родитеља, тешка болест у породици, губитак пријатеља, пресељење...; друштвена (социјална) изолација (особа нема друштвену алтернативу нити вјештину да би изабрала било шта друго осим самоубиства); злоупотреба психоактивних супстанци (алкохол и друге психоактивне супстанце значајно смањују контролу над властитим понашањем); изложеност насиљу у породици или школи; доступност оружја или лијекова у кући.

Промјене у понашању адолесцента/ице који су знакови упозорења за околину (родитеље, пријатеље, школу) су: малодушност или агресивност које се раније нису уочавале у понашању (заправо, изразита промјена у понашању); немогућност концентрације; изостајање са наставе; губитак интересовања за уобичајене активности (нпр.након низа година престаје тренирати омиљени спорт); преокупираност смрћу и умирањем; поклањање драгих и омиљених ствари и предмета; потешкоће са спавањем, смањен апетит, повећана употреба алкохола и других психоактивних супстанци; повјеравање најбољем пријатељу/ици о „бесмислености и безвриједности живота“; повјеравање пријатељу/ици о суицидалним намјерама и инсистирање да то остане њихова тајна због „неповјерења према одраслима“.

1.5. Шта можемо предузети?

Родитељи: информисати се о понашању свог дјетета у школи, у друштву, с ким и како проводи вријеме ван куће. Ако уоче изненадне промјене у понашању и емоцијама свог дјетета без одлагања потражити стручну помоћ (психолог, психијатар).

Пријатељи: схватити озбиљно намјере свог друга или другарице. Охрабрити их да потраже стручну помоћ и понудити им пратњу ако треба. Обавезно разговарати са одраслом особом од повјерења

(родитељ, наставник, тренер) о намјерама друга или другарице!

Одговорност одраслих је да едукују младе људе да свака „тајна“ не смије остати тајна, и о посљедицама које ће имати пријатељ/ица, који је знао за намјере друга или другарице, а није потражио савјет од старије особе.

Интервенција код суицидалног ученика у школском окружењу може укључивати слиједеће: смирити тренутну кризну ситуацију; суицидалног ученика не остављати самог; провјерити да ли код себе има оружје или лијекове-одузети их, али без физичког окршаја; потражити помоћ психолога или психијатра; психолог или психијатар требају процијенити ризик од суицида; у случају постојања ризика позвати Службу хитне медицинске помоћи, полицију и родитеље!

Шта се може рећи ученику са суицидалним намјерама и шта се може учинити: треба га активно слушати; охрабривати позитивно размишљање; помоћи му написати попис његових добрих особина и квалитета; помоћи му направити план за побољшање школског успјеха; укључити ученика у позитивне активности у школи и заједници; разговарати са родитељима како би боље разумјели како се њихово дијете осјећа.

1.6. Превенција самоубиства и самоубилачког понашања младих

Велики број истраживања о самоубиству усмјерава се на доба адолесценције, у којем млади треба да ријеше најважнији развојни задатак, да оформе здрав идентитет. За неке адолесценте, нажалост, самоубиство је избор идентитета (Bradić i sar. 2010).

Оваква ерупција епидемије самоубиства у адолесценцији веома је забрињавајућа и захтијева максималне напоре у осмишљавању и покретању ефикасних програма превенције за младе. Истраживања о самоубиству (Bradić i sar. 2010) показују да постоји континуум у аутодеструктивном понашању, па се не само извршено самоубиство, већ и покушај самоубиства, намјерно самоповређивање и самоубилачке идеје, морају пажљиво истражити и проучити у оквиру превенције и правовременог лијечења младих који су угрожени.

Самоубиство и покушај самоубиства младих увијек имају озбиљне посљедице и утицај на породицу, пријатеље и ширу друштвену заједницу. Оно што охрабрује и даје могућност за интервенције у циљу смањења и спречавања самоубиства и самоубилачког понашања младих је спознаја да ове појаве представљају резултанту мултидимензионалног конфликта. У исто вријеме док суицидални адолесцент има интензивну жељу да умре, он такођер жели да настави да живи (Bradić i sar. 2010). Заједно са идејом смрти као нечему привлачном, постоји и интензиван страх од смрти. Ова деликатно успостављена равнотежа даје могућност пребацивања тежишта од самоубилачког ка несамоубилачком понашању. Самоубиство је привремено стање ума. Интензивна осјећања очаја, песимизма, безнадежности и перцепције смрти као јединог рјешења, у популацији адолесцената су кратког вијека. Ако се адолесценту може помоћи да преживи овај период и прође кроз суицидално стање ума, он може изаћи из непосредне опасности. Ова чињеница омогућава да се интервенише успјешно. Слично томе, предиспонирајући фактори за самоубиство, као што су рани губици, злостављање и преципитирајући фактори, као што су разочарење у љубав или криза у школи, могу се промијенити или ефикасно ријешити, чиме се смањује опасност од покушаја самоубиства (Bradić i sar. 2010).

С обзиром да скоро увијек код адолесцената који су угрожени постоји континуум у аутодеструктивном понашању, интервенције би требало започети довољно рано. Многи стручњаци сматрају да превенција самоубиства треба да почне у преадолесцентном добу. Школско особље треба да буде упознато са тешкоћама које дијете може имати, а које могу водити самоубиству, да би могло на вријеме да се интервенише. Способност да се примијете знаци и симптоми самоубилачког размишљања, требало би да буде приоритет у школама и заједници. Породичне интервенције од огромног су

значаја, посебно зато што родитељи могу да допринесу покушају самоубиства свог дјетета. Ефикасна стратегија била би обучити родитеље да на адекватан начин комуницирају са својом дјецом и да им помогну у рјешавању проблема (Bradić i sar. 2010).

Други, неспецифични фактори који веома често служе као успјешна баријера против самоубиства и самоубилачког понашања младих, јесу многобројни чиниоци социјалне подршке. Успјешна социјална подршка има улогу изолатора који ублажава ефекте спољашњег и унутрашњег стреса. Интервенције које помажу повезивање младих и повећавају самопоштовање, могу смањити потенцијалне покушаје самоубиства (Bradić i sar. 2010). Ове интервенције могу бити спроведене у школама и широкој друштвеној заједници.

Коначно, рањивост адолесцената на стрес може бити умањена, а њихова резилијентност директно подржана кроз различите психолошке технике, као што су вјештине рјешавања проблема, управљање негативним емоцијама и пораст самопоштовања. Све ове вјештине добра су превенција и важан извор заштите од стреса који може водити ка самоубиству (Bradić i sar. 2010).

1.7. Лијечење суицидалног адолесцента/ице

Сваки покушај самоубиства је хитно стање! Озбиљност покушаја самоубиства процјењује психијатар (начин, озбиљност повреда, да ли је планиран или спонтан..). Одлуку о третману (амбулантно или хоспитално) доноси психијатар на основу процјене о актуелном тјелесном и психичком стању и процјене родитељских капацитета (негативно и обесхрабрујуће понашање родитеља погоршава ситуацију). Хоспитализација је некада једино рјешење да се млада особа физички издвоји из окружења које је за њу стресогено и провокативно.

За сваког појединог пацијента се прави индивидуални терапијски план, који укључује медикаментозну терапију, психолошке интервенције, те социјалне интервенције. У лијечењу суицидалног адолесцента обавезна је сарадња здравственог, образовног и социјалног сектора, јер након завршеног болничког лијечења, адолесцент се мора вратити у своје породично, школско и социјално окружење. Од начина на који га прихвате породица, школа и вршњаци у многоне зависи даљи ток и прогноза.

Закључак

Очигледно је да многи фактори ризика, нарочито они који дјелују у дјетињству и адолесценцији, нису специфични само за самоубилачко понашање, већ за менталне поремећаје у цјелини. Тешкоће, као што су сексуално злостављање у дјетињству, насиље у породици, напуштање школовања, незапосленост родитеља и неадекватност здравственог система који не препознаје вулнерабилност и потребе младих, изузетно су важни и захтијевају повећан опрез и ангажман, не само здравствених радника већ друштвене заједнице у цјелини. Ипак, не захтијевају сви фактори ризика подједнаку пажњу. Већина истраживања о самоубиству адолесцената истиче велику важност присуства различитих менталних поремећаја, психо-социјалних фактора и тјелесне болести, али и чињеницу да ниједан од ових фактора није сам по себи довољан да објасни самоубилачко понашање. Чак и код адолесцената код којих постоји акумулација ових фактора, начин на који сваки адолесцент понаособ доживљава сопствено окружење, као и интерперсоналне стресоре и односе, од пресудног је значаја у активирању самоубилачког понашања (Bradić i sar. 2010).

2. Други дио

2.1. Питања која се често постављају

За француског писца и мислиоца Камија (Albert Camus) питање самоубиства најважније је од свих питања: *“Такав чин припрема се у тишини срца, исто као неко велико дјело. Ни сам човјек за њега не зна. Једне вечери он пуца или се утапа... Црв је у човјековом срцу. Тамо га треба тражити. Ову смртоносну игру која води од луцидности суочене са животом до бјекства ван ума треба пратити и разумјети”* (Bradić i sar. 2010).

Упркос томе што наука и филозофија траже и налазе одговоре, феномен самоубиства остаје недоречен и недокучив, а питања о самоубиству опстају. Она су попут овог трагичног чина универзална и слична у свим културама. Питања о самоубиству која се често постављају иста су у свим земљама које се сусрећу са овим проблемом.

★ Да ли питања о самоубиству повећавају ризик од самоубиства?

Резултати истраживања у сагласности су са запаженом клиничком опсервацијом да питања о самоубилачком понашању не повећавају ризик за самоубилачко понашање адолесцената и младих, већ често смањују анксиозност и доводе до олакшања (Bradić i sar. 2010).

★ Да ли је лијечење суицидалних адолесцената и младих другачије?

Самоубилачко понашање треба увијек схватити крајње озбиљно. Због специфичности адолесценције и развојног процеса који је у току, улога менталних поремећаја у самоубилачком понашању адолесцената, мање је уочљива него код одраслих. Зато првенствено треба обавити добру процјену суицидалног адолесцента у смислу откривања менталних поремећаја које треба лијечити. Лијечење адолесцената који су покушали самоубиство или се самоубилачки понашају је комплексно, захтијева крајњи опрез и засновано је на троструко специфичном приступу. Прва специфичност везана је за рад са адолесцентима који се у много чему разликује од рада са одраслима. Друга специфичност произлази из сложене и недокутиве природе самоубиства. Трећа специфичност састоји се у томе што у највећем броју случајева треба укључити цијелу породицу у лијечење, остварити сарадњу са школом и надлежном социјалном службом (Bradić i sar. 2010).

★ Како се лијечи самоповређивање у адолесценцији?

Студије и клиничке опсервације указују да је феномен самоповређивања данас свеprisутна појава. Прецизна дефиниција самоповређивања била је дуго тежак задатак за истраживаче и клиничаре, тако да и данас не постоји јасан став у вези са терминологијом и лијечењем самоповређивања. Све до недавно самоповређивање је у литератури означавано као покушај самоубиства. Савремени теоретичари и истраживачи, међутим, данас говоре о самоповређивању као чину који се разликује од акутне, генерализоване самодеструкције (Bradić i sar. 2010).

Самоповређивање се најчешће доводи у тијесну везу са граничним поремећајем личности, траумом у раном дјетињству, нарочито сексуалном злостављању, дисоцијативним поремећајем, злоупотребом психоактивних супстанци, а понекад су дио поремећаја исхране. Самоповређивање се сматра чином агресије и начином пражњења нарасле тензије код особе која има озбиљне психичке проблеме. Стога, адекватно лијечење менталног поремећаја, фармакотерапијским и психотерапијским методама, у највећем броју случајева даје задовољавајуће резултате.

★ Да ли су уговори о „неизвршавању самоубиства“ корисни?

Већина терапеута који лијече суицидалне пацијенте склапају уговор да адолесцент неће током лијечења покушати или извршити самоубиство и да ће тражити помоћ у кризним ситуацијама. Иако се овај уговор често користи, не постоје докази о његовој ефикасности. Ипак, у већини случајева адолесценти се држе обећања које дају терапеуту. У уговор се могу укључити и родитељи адолесцента. Уговор о „неизвршавању самоубиства“ не треба да буде једини ослонац терапеуту током лијечења суицидалног адолесцента (Bradić i sar. 2010).

★ Која је улога интернета у лијечењу самоубиства?

Нешто више од двије деценије, интернет је постао примарни извор информација о готово свим аспектима здравља. Адолесценти и млади ће прије користити интернет и два пута више бити на онлине повезивању, него што ће контактирати љекара.

У односу на самоубиство, кориштење интернета описано је као „мач са двије оштрице.“ С једне

стране, он се може користити као средство информисања о најефикаснијим начинима извршавања самоубиства, док се са друге стране може користити као средство за добивање корисних информација о програмима самопомоћи. "Чет румс" (енгл. chat rooms) све више се користе умјесто телефонских кризних линија. Остаје отворена дилема да ли то доприноси смањењу или стимулисању самоубилачког понашања. Интернет програми самопомоћи користе когнитивно-бихејвиоралне принципе који су фокусирани на симптоме анксиозности и депресије. Ипак, недостају супервизије и критеријуми на основу којих би се процијенио квалитет интервенције (Bradić i sar. 2010). Да ли такве интервенције имају ефекат на самоубилачка понашања пер се, остаје да се одреди. Сигурно је да већ постоји, и да ће све више постојати повећано интересовање за истраживања у тој области.

★ Да ли су истраживања о самоубиству корисна?

Питање се не односи на специфичне истраживачке пројекте, већ на адхоц испитивање о појединачним самоубиствима, која се могу јавити током клиничке праксе. У вођењу психолошке аутопсије самоубиства постоје два важна питања на које би требало одговорити: често и најприсутније питање је да ли се самоубиство могло спријечити (Брадић и сар. 2010). Готово, без изузетка одговор је „не.“ Премда су фактори ризика предвидљиви, када се размотре прикупљени подаци, ниједан од њих, било појединачно или у комбинацији, није поуздан у предвиђању појединачних случајева самоубиства.

Много важније питање је да ли су поступци током лијечења били у оквирима добре праксе. То је кључно мјесто гдје објективан истраживач треба да процијени да ли је дошло до примјене адекватних мјера и да ли је самоубиство било неочекиван исход, без обзир на чињеницу да је лијечење било оптимално. Са друге стране, ако је лијечење било захтјевно и компликовано, посебно треба обратити пажњу на вођење уредно писане документације. Чак иако су сви примијењени поступци током лијечења суицидалног адолесцента били у оквирима добре праксе, не постоје гаранције да до самоубиства неће доћи (Bradić i sar. 2010).

Стручњаци који учествују у процјени лијечења након почињеног самоубиства, треба да укажу на евентуалне пропусте у лијечењу, имајући у виду деликатност овог задатка. Неодговарајућа, оштра критика, може бити деструктивна и за терапеута као појединца, и за цијели тим, нарочито када постоје системски недостаци који постављају превисоке задатке особљу. Фокус треба усмјерити на оне области које се могу побољшати, а никако на садржаје који би провоцирали и продубили кривицу професионалаца.

2.2. Приказ случаја

Дјечак у доби од 12,2 година, први пут долази у пратњи баке на преглед у Центар за заштиту менталног здравља. Из хетероанамнестичких података (узетих од баке), дознаје се да је преглед препоручила психологица из школе због оскудних вршњачких релација, повлачења, пада школског успјеха, честих изостанака са наставе због наводне главобоље. Бака такођер наводи да је дјечак изгубио оца у узрасту од 14 мјесеци, а да је мајка извршила суицид када је дјечак имао 7 година, након чега је бака добила старатељство над дјечаком. По њеним ријечима, нису имали ближих сродника, а унука описује као послушно и мирно дијете. Није показивао интересовање за ваннаставне активности, а највише је волио да црта. До 6. разреда је био врло-добар ученик, а полугодиште 6. разреда је завршио са три негативне оцјене. Бака је навела да је дјечак након мајчине сахране одбијао да одлази на гробље са њом.

Након дијагностичке процјене (психијатријски интервју, психолошко тестирање, извјештај из школе) постави се дијагноза депресије и ординира се адекватна медикаментозна терапија. Оствари се добра сарадња са школом, а и бака се укључи у супортивни психотерапијски третман. Дјечак је укључен у ликовну секцију, коју је редовно похађао, а већина његових цртежа је била на школским изложбама. У терапијском процесу који је трајао 4 године се постигне задовољавајућа ремисија, дјечак/адолесцент успјешно заврши основну школу и упише се у жељену средњу школу. Адаптација на ново школско окружење и нову вршњачку групу је била обиљежена низом тешкоћа (постоје индиције да је био

жртва вршњачког насиља, али је он то негирао). Током цијелог третмана, негирао је суицидалне мисли и идеје.

За новогодишње празнике, адолесцент је хоспитализован, након што је попио таблете (са намјером да се убије). Током хоспиталног третмана, између осталог је процијењено да бака нема довољно капацитета за бригу о унуку (због старости и неколико хроничних обољења), те надлежни Центар за социјални рад предложи смјештај адолесцента у Дом за дјецу без родитељског старања. Неколико дана након смјештаја у Дом, адолесцент је извршио самоубиство скоком са висине.

Ако извршимо анализу овог приказа уочава се присуство неколико суицидogenих фактора:

- диспозиција (позитивна породична анамнеза на суицид)
- узроци (постојање депресивног поремећаја емоција као ендогени узрок и тешкоће прилагођавања на ново школско окружење, вршњачко насиље као егзогени узрок)
- мотив (несвјесни везан за фазу развоја)
- повод (у овом случају повод је био смјештај у Дом).

Значајно је напоменути да се први покушај суицида десио за новогодишње празнике. Празници код усамљених адолесцената (који већ имају факторе ризика за суицид) изазивају осјећај усамљености, одбачености, неприпадања... и страх од такве будућности!

2.3. Препоруке за рад са суицидалним адолесцентима

Младе људе треба третирати са поштовањем и крајње озбиљно схватити њихову патњу, уважавајући све проблеме на које се жале и начин на који их доживљавају. Адолесценти који покушају самоубиство често не долазе редовно на контроле и терапију. Од великог је значаја редовно пратити ризичног адолесцента, остваривањем комуникације између стручњака на различитим нивоима здравствене заштите и образовног система. Чак и када је терапија била успјешна, адолесценти који су имали покушај самоубиства, веома су рањиви и осјетљиви на поновну могућност изненадне појаве самоубилачких мисли и осјећања. Зато је важно правовремено упозорити адолесцента и родитеље на ту могућност и за њу их припремити. Неопходно је идентификовати шта у самом самоубилачком процесу и његовој динамици дозвољава повратак аутодеструктивног понашања. Тек тада се може сматрати да су терапијске интервенције постигле свој циљ и да је адолесцент безбједан (Bradić i sar. 2010).

Literatura

1. Bojanin S, Popović Deušić S. (2012): Psihijatrija razvojnog doba, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
2. Bradić Z, Dukanac V, Jahović S, Stojković Pavlović J, Marjanović A, Milićević J. (2010): Prevencija samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
3. Popović-Deušić S. (1999): Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
4. SZO (2005): Prevencija samoubistva: priručnik za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.





Утјецај различитих контекста на раст и развој дјеце и адолесцената

Ауторица: Проф. др. сц. Дубравка Коцијан
Херцигоња, др.мед., дјечји неуропсихијатар,
психотерапеут, супервизор



1. Теоријски дио

Да би разумјели утјецај различитих фактора на раст и развој дјеце морамо кренути од селфа који има различите дефиниције, али се све своде на означавање властите процјене себе у односу на вањски свијет. Селф је експресија слике о себи и под утјецајем је бројних фактора. Ако је селф позитиван особа ће имати могућност свладавања животних изазова, разумијевање проблема те респектирање властитих интереса и потреба. Дакле он је сума ставова који овисе о нашим перцепцијама, мишљењу, осјећајима.

Позитивна и негативна искуства креирају селф у позитиван и негативан што почиње већ у најранијем дјетињству. Особа тијеком цијелог живота процјењује себе, тко је, што жели и како жели живјети, наравно у зависности од узраста. Код беба селф се развија кроз селф анатомију, код предшколске дјеце селф је базиран на опсервираним атрибутима у дјететовом окружењу, а код школске дјеце селф укључује рефлексију окружења док се код адолесцента укључује сексуални аспект селфа, интроспекција и интеграција. Људи са здравим селфом вјерују у властите вриједности, прихватају се такви какви јесу, вјерују у вриједности и принципе, осјећају се сигурни.

Развојно доба дјетињства и адолесценције представља значајно раздобље у животу човјека те су карактеристике и вјеровања која је изградио кроз тај период од пресудног значења за функционирање тијеком читавог каснијег живота (Winnicott, D.W., 1960.). Ако су задаци које тај период поставља успјешно ријешени то ће особа адекватније функционирати у каснијем животу.

Процес сазријевања личности динамичан је процес. Психички потенцијали подложни су сталним промјенама и под значајним су утјецајем окружења које кроз саме фазе развоја имају различито значење (Winnicott, D.W., 1960). Ради лакшег разумијевања, а с обзиром на то да је развој динамичан процес, најчешћа је подјела у период од 0-2 године од 3-7 година, од 8-12 година те фаза адолесценције. Свака од тих фаза овиси о утјецајима окружења који се мијењају у зависности од узраста и потреба.

У најранијој доби однос мајке и примарне обитељи од непроцјењиве је важности што потврђују бројна истраживања о привржености (аттачмент) и рефлексији истог на развој дјетета (Bowlby, J., 1969., 1973). На квалитету привржености утјече соматско и психичко функционирање мајке тијеком трудноће, што може подразумевати прихватање или одбацавање трудноће које је често под утјецајем властитих ставова, али и ставова окружења (нежељена трудноћа, страхови хоће ли дијете бити здраво или оштећено, спол дјетета). Важну улогу имају и психички проблеми мајке тијеком трудноће, депресивност, анксиозност психотична стања и слично. На квалитету односа мајке и дјетета тијеком трудноће и након порођаја утјече обитељска динамика, ставови окружења те културолошке карактеристике. Истраживања показују да постоји сигурна, несигурна и дезорганизирана приврженост (Bowlby, J., 1969., 1973, 1980.) која се рефлектира и на психички и на органски развој дјетета те указује на уску међусобну повезаност психичких и органских-развојних карактеристика дјетета. Неки од фактора који утјечу на квалитету привржености су, дакле, психичко стање мајке, динамике обитељи и њезине културалне специфичности, како обитељи тако и окружења.

Долазак у вртић битно мијења дјечји начин живљења, те је рефлексија окружења и усаглашености обитељских ставова (који су до поласка били једини битни) с новим окружењем, ставовима, захтјевима и структуром. Да ли ће дијете сепарацију од обитељи ради поласка у вртић доживјети као трауму или ће исто бити потицај за проширење интереса и дружења па кроз то и развијања самопоуздања, вјеровања у своје способности, прихватања боравка изван обитељи, у зависности је од претходне фазе развоја родитељских односа, едукације и сурадње одгајатеља те усклађивања родитељских и одгајатељских ставова, а све с циљем потицања дјететових капацитета, задовољавања дјететових потреба те развијања осјећаја сигурности (Buljan Flander, G., Kocijan Hercigonja, D., 2003).

Да би приступ био адекватан важно је познавање дјететових потреба везаних уз фазу развоја, познавање односа и развоја у обитељи до поласка дјетета у вртић, а посебице важно је знати што се крије испод одређене симптоматологије посебице сепарационих проблема, односно страхови од

губитка, добивање разних информација и различити приступ и поруке од за дијете најважнијих особа, а то су родитељи па затим баке и дједови. Неопходно је да одгајатељи у вртићу имају праве податке о дјетету, а за то је потребна позитивна сурадња и повјерење између родитеља и одгајатеља што укључује и савјетовање.

Школски период доноси једну сасвим нову димензију у дјететовом развоју - од структуре, правила односа, ривалитета, процјењивања себе кроз поступке и очекивања како од обитељи тако и од учитеља и вршњака. У том периоду дјеца која су била по процјени обитељи и вртића адекватног понашања и без одступања, уколико нема за дијете адекватног приступа, врло често могу развити понашање у којем се процјењују мање вриједни, мање способни. У том случају повлаче се од окружења или почињу испољавати неадекватне облике понашања.

Оно што је битно у том школском периоду је препознати дјететове способности, потицати их и истицати, а све у адекватном односу родитељ - учитељ. То често захтјева и континуирану едукацију и савјетовање родитеља као и наставника.

Адолесцентни период је посебице изазован како за родитеље тако и окружење, али исто тако и за самог адолесцента јер мора ускладити очекивања обитељи, школе, окружења са својим биопсихолошким промјенама и потребама. Стварање властитог идентитета који често није у складу с порукама које је добивао кроз развој нити с очекивањима родитеља и окружења доводи до бројних проблема у односима, слици о себи те врло често то озбиљних психолошких криза па и поремећаја. Као што је видљиво из приказаног у фокусу нашег функционирања морају бити дјеца и млади те кроз сурадњу родитеља, одгајатеља, учитеља и окружења важно је модифицирати наше понашање, односе, потицаје и очекивања. Полазећи од наведеног морамо поставити питање што се налази иза дјететовог понашања, који је оптимални приступ, како помоћи дјетету да развије самопоуздање и изражава своје потребе. Занима нас што се крије иза отпора, срама, агресије и потискивања властитих потреба.

Питање које се често поставља је питање одговорности, неријетко се иста предбацује другоме - од родитеља до одгајатеља и учитеља, окружења и слично. Дијете се ставља у позицију да важне особе у његовом животу својим ставовима, очекивањима, недовољном сурадњом утјечу на дијете и његову слику о себи, што је битно за његово цјеложивотно функционирање (Williams, L., 1994).

Резултати бројних истраживања указују на неопходност јасних стандарда уз обавезно укључивање и усаглашавање обитељи, школа и окружења. Посебно је важно усклађено дјеловање обитељи и школе уз јасно дефинирана правила, структуре као и функционирања обитељи и школе.

Уз усклађене ставове обитељи, школе и окружења потребно је развијати поступке који воде ка стварању позитивне слике о себи, позитивно рјешавање конфликта, развијање одговорности и емпатије. Неопходно је организирати учинковито стратешко партнерство свих судионика битних за дјететов развој што захтјева континуирану едукацију одгајатеља, учитеља и родитеља.

Посебно је важно нагласити ставове СЗО (енгл. World Health Organization) која сматра да је ментално здравље стање благостања у којима појединац остварује своје потенцијале што значи да се може носити с нормалним животним стресовима, може продуктивно радити и продуктивно допринијети заједници.

Ако дијете одраста у увјетима гдје важне особе тијekom његовог развоја користе супротне приступе, структуру и преко дјетета рјешавају своја незадовољства и незавршене процесе, дијете неће развити социјалне вјештине, функционират ће из позиције лоше слике о себи с проблемима како у препознавању тако и исказивању емоција, избјегават ће комуникације и функционират ће из позиције негативних очекивања од будућности.

Дјетету требају важне одрасле особе које му дају подршку и потичу његове односе с вршњацима, које потичу учење социјалних вјештина у рјешавању проблема те развијању и потицању активности које

дијете прихваћа, а не које су потреба родитеља, учитеља или окружења.

Дијете и његова добробит су на првом мјесту, а родитељи, одгајатељи и окружење требају кроз сурадњу исто потицати, а не рјешавати своје проблеме, незавршене процесе или властита доказивања кроз дијете. Континуирана едукација, сурадња, размјена искустава и посебице потицање и разумијевање као и усклађивање, база су за правилан развој менталног здравља.

2. Практични дио

Да би могли квалитетно функционирати и позитивно утјецати на развој дјете важно је поћи од властитих спознаја и искуства кроз властити развој и утјецаје из којих смо изградили вјеровања и ставове. За почетак важно је да кроз рад у малим групама освијестимо сјећања на особе тијеком нашег развоја које су имале позитиван утјецај на стварање слике коју имамо о себи и на који начин, као и на особе које су имале негативан утјецај на наш развој, ставове, вјеровања. Полазећи од нашег данашњег функционирања важно је освијестити што нам је требало тијеком развоја и полазећи од себе данас као одрасле особе са свим својим вјеровањима, начином функционирања, односима, задовољствима и незадовољствима, што би вољели да је било другачије и да ли би данас са своје садашње позиције, спознаје и знања могли процијенити када је проблем настао како се манифестирао и како смо га рјешавали. Овдје је важно нагласити које смо механизме одбране користили како би рјешавали конфликт и стрес и како је исто утјецало на наш развој психичког стања. Важно је исто освијестити како наш несвјесни дио (јер механизми одбране су несвјесни процеси) не би утјецао на наш однос са дјецом и младима с којима радимо. Надаље је врло битно да неке своје незавршене процесе не покушавамо завршити кроз рад с дјецом идентифицирајући себе у њима, било у позитивном смислу заштите, подршке коју ми нисмо имали/бити бољи родитељ од њихових/ или постављајући се критички јер, на примјер, имају све што ми нисмо имали, а не знају то цијенити. На темељу наведених ситуација видимо колико је важно да особе које раде с дјецом и младима имају јасну слику о себи како би могли бити објективни и ефикасни, а што обавезује да радимо на себи и да смо под сталном супервизијом и континуираном едукацијом.

Наведено је најбоље приказано у примјерима из праксе.

★ Приказ случаја 1

У сукобу родитеља, родитељи често преко дјетета рјешавају своје проблеме доказујући се окружењу тко је бољи родитељ, а тко је одговоран за распад обитељи. Тијеком свог рада сусретала сам се са дјецом са изразито ниским самопоуздањем, са осјећајем кривње и одговорности за обитељску динамику. Дјеца су често потискивала своје потребе и показивање емоција, што резултира развојем бројних соматских сметњи, промијењеног односа према вршњацима, негирањем властитих потреба јер је њихов задатак помоћи родитељима. Таква дјеца касније постају жртве окружења, буду злостављана, не траже помоћ, не исказују своје потребе јер то нису заслужили. Резултат су нове трауме и бројне соматске сметње и болести јер тијело реагира до развоја озбиљних болести, посебице на имунолошком подручју.

★ Приказ случаја 2

Дјеца често кроз болест несвјесно повезују родитеље јер док су они болесни, родитељи сурађују и воде бригу и укључени су у помоћ дјетету. Док траје болест нема свађа и разговора о разводу. Ту спознају дијете преноси у живот да у ситуацијама које га оптерећују и не може их ријешити реагира с бројним тјелесним реакцијама и касније озбиљним болестима што постаје несвјесни модел функционирања у каснијем животу. Такве особе рјешавају проблеме кроз болест и отписивање зрелих механизма рјешавања проблема у одређеним животним ситуацијама. Пораст бројних соматских проблема у основу су у великом дијелу манифестација тјескобе, депресије. Болест таквој особи оправдава неуспјешност, стављање у подређени положај везано уз социјалне односе. Такве особе добивају већу пажњу кроз болест и на тај начин не активирају своје капацитете нити остварују резултате који

су примјерени његовим способностима. Данас се сусрећемо са све већим бојем психосоматских поремећаја који у великом дијелу имају у позадини описану динамику настанка.

★ Приказ случаја 3

Проблем самоозљеђивања дјете врло је присутан посебице код адолесцената, а узроци су врло различити од кажњавања родитеља за које процјењују да су им невидљиви па самоозљеђивањем кажњавају родитеље за њихов, по њиховој процјени неадекватан приступ и неразумијевање, а истовремено покушавају их усмјерити да их другачије виде (Kocijan Hercigonja, D., Folnegović-Šmalc V., 1999). Међутим самоозљеђивање може имати и други врло озбиљан узрок - рјешавање трауматских слика кроз бол. Пацијентка која је имала учестале потребе за повређивањем руку, што је довело до органских промјена и деформитета подлактица, проглашена је психозом с обзиром на процијењено понашање приликом самоповређивања. Исто је био резултат континуираног сексуалног злостављања од стране блиског члана обитељи, а обитељ је није заштитила већ оптужила за манипулацију. Идентификација дјете, посебице адолесцената са групом вршњака неприхватљивог понашања често је облик тражења заштите, али и кажњавања окружења. Таквих и бројних других примјера налазимо свакодневно у раду, а нажалост окружење реагира према исказаној симптоматологији те развија негативне ставове не покушавајући наћи узроке истог.

3. Интеграција теоријског и практичног дијела

Питања која морају бити полазиште за квалитетан рад с дјецом и младима:

1. Које су активности важне за правилан развој менталног здравља?
2. Који су фактори одговорни за развој негативне слике о себи?
3. Каква сурадња треба бити присутна између особа и институција важних за дјететов развој и његово касније функционирање у животу?

Темељем изнесеног, како у теоријском тако и практичном дијелу, приказано је колико је значајна улога свих особа које су у контакту с дјететом и утјечу на његову слику о себи. Селф који је експресија слике о себи кроз који процјењујемо себе у односу на вањски свијет те ако је исти позитиван особа ће разумјети проблеме, имати увид како у властите потребе тако и могућности да их савладају, вјероват ће у властите способности и респектират ће своје потребе и интересе. Исто није присутно уколико особа има негативни селф. Почетак изградње селфа почиње у односима с важним особама од самог почетка живота и слике која се ствара из тих односа, што је наравно у зависности од фазе развоја (Winnicott, D.W., 1960., 1965).

Врло је јасно да свака одрасла особа функционира из уграђених властитих искустава и функционирања што преноси у своје односе у каснијем животу. Врло је битно да особе које раде с дјецом и младима имају спознају о позитивним и негативним искуствима из својег живота и рефлексији истих на властити живот како приватни тако и професионални. У раду с дјецом исти требамо темељити на позитивним искуствима, а да би то могли реализирати неопходно је да имамо увид у своје потребе, задовољства и незадовољства. Важно је да будемо континуирано укључени тијеком свог живота и рада јер је исто важно за наш професионални и приватни живот.

Надаље је врло битно да имамо знање које ће нам помоћи у препознавању што се налази испод одређених облика понашања као што је наведено у неким примјерима. Овдје је неопходно нагласити да механизми обране који су само споменути, а захтијевају знатно више простора, могу бити обране, али и манифестација озбиљне психичке болести, на примјер дисоцијативни поремећаји, што само потврђује ставове који траже континуирану едукацију, али и сурадњу професионалаца различитих профила како би у сурадњи и кроз едукацију могли дјеци и младима осигурати оптималну помоћ. Код наведеног неопходно је нагласити да промијењени увјети живљења везани уз промјене у обитељској

динамичи, социјалним и обитељским односима као и промјенама на глобалном плану захтијевају континуирану едукацију и сурадњу (Dodik Ćurković, K. i sur., 2013).

Закључно, темељем изнесеног врло је јасно да су континуирана едукација, посебице супервизија, освјешћивање властитих проблема, особна терапија само неки од елемената битних за даљњи рад, али и наше особно и професионално функционирање. Исто треба утјецати на обавезно укључивање у радионице у којима се ради на препознавању елемената који указују на менталне проблеме те метода како исте рјешавати. Један од примјера је оснивање едукација о заштити менталног здравља кроз радионице и послиједипломску континуирану едукацију. Као један од примјера наводим програм заштите менталног здравља који започиње као послиједипломски студиј на Учитељском факултету у Загребу као и едукација која се проводила на Медицинском факултету у Зеници те едукације које проводи УНИЦЕФ и БХИДАПА.

Literatura

1. Buljan Flander, G., Kocijan Hercigonja, D. (2003). Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M.
2. Bowlby, J. (1969.) Attachment. Attachment and loss, New York Basis Book, vol 1.
3. Bowlby, J. (1973.) Separation. Attachment and loss, New York Basis Book, vol 2.
4. Bowlby, J. (1980.) Loss. Attachment and loss, New York Basis Book, vol 3.
5. Dodik Čurković, K. I sur. (2013). Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada.
6. Kocijan Hercigonja, D., Folnegović-Šmalc V. (1999). Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti. Zagreb: Marko M.
7. Williams, L. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories. Journal of consulting and clinical psychology, 62, 1167 – 1176.
8. Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. Int J Psychoanal 41:585-95.
9. Winnicott, D.W. (1965). The maturational process and the facilitating environment. London: Hogart Press.





Породица и криза

Ауторице: Прим. мр. мед. сц. Азра Арнаутовић, групна аналитичарка, интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесцените, супервизорица;

Дипл. псих. Сабина Зијадић Хусић, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесцените, супервизорица;

Др. сц. Мирела Бадурина, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесцените, супервизорица

1. Увод

Постоје различите дефиниције и подјеле породица у зависности која научна дисциплина обрађује тему. Породица је основна ћелија-заједница друштва која има репродуктивну, одгојну, егзистенцијалну и заштитну улогу. Сви чланови у њој требају остваривати своја темељна права. "Породица је универзална друштвена институција и нераздвојни пратилац људског друштва и човјековог постојања. Заснива се на браку и односима сродства, чији чланови, по правилу, живе у заједници. То је друштвена група везана крвним сродствима и везама које су различите природе, од обичајно-вјерских до правно економских" (Фоџо, 2000, стр.199). Можемо рећи да је породица најстарији облик заједнице и темељ постојања. Она је незамјењива средина у којој се човјек формира као личност од рођења до одраслог доба и у којој живи задовољавајући неке од својих најбитнијих потреба које се само у породици могу задовољити. Развојем друштва и породица је мијењала свој облик, функцију, улогу за појединца и чланове у њој. Све више се смањује њена одгојна улога и повећава се утјецај заједнице у којој егзистира. У овом раду ћемо се бавити породицом у кризи и кризом у породици те третманом тих породица.

1.1. Функције и врсте породице

У глобалне функције породице аутори Социологу оф тхе Фамилу (Hammond, Cheney i Raewyn, 2015) убрајају:

1. Економску функцију – материјална, новчана подршка, храна, одјећа, склониште.
2. Емоционалну функцију – подршка, интимност, другарство, припадности.
3. Функцију социјализације дјете - подизање дјете, родитељство.
4. Функцију контроле сексуалности - дефинирање и контрола када и с ким се улази у везу или на примјер брак.
5. Функцију контроле репродукције/размножавања - дефинише врсте односа у којима се дјеца требају/могу родити.
6. Функцију додјељивања статуса - расе, религије, сродства, итд.

Постоје разне подјеле врста породица. Породична структура не показује да ли је породица функционална или не, већ једноставно има везе с њеним обликом и члановима, са хисторијским, економским и културним контекстом.

Према функционалности се дијеле на **функционалне и нефункционалне. Функционална породица** - има флексибилну структурну моћ са подјелом ауторитета, јасним породичним правилима, јасним међугенерацјским границама и стилем који потиче удруживање. Чланови породице имају своју индивидуалност и способност да одреде блискост и дистанцу, могу да поднесу неслагања и неизвјесност, слободно и спонтано комуницирају, прихватају различитости и осјетљивости других. Хумор, њежност и брига су саставни дио породичне атмосфере. О конфликту се говори отворено, а проблеми се идентификују и рјешавају (Goldner-Vukov, 1988). За разлику од **дисфункционалне породице** – чији чланови нису у стању да се прилагоде новонасталим условима живота и не могу да се суоче са стресом без већих посљедица. У таквим породицама постоје крајности у начину повезивања њених чланова, границе између чланова су или сасвим избрисане или су чланови веома удаљени једни од других. Дисфункционална породица је најчешће или изолована од спољашњег свијета, без јасно формираног породичног идентитета и са ригидним правилима, или су границе толико отворене да се некритички прихвата све што долази извана.

Према поријеклу, породице се дијеле на **примарну и секундарну. Примарна породица – такозвана породица поријекла** – је она у којој се рађа, расте, развија, учи и коју сачињавају двије или три генерације крвних сродника. **Секундарна породица** – нова породица, створена породица након изласка из примарне, на примјер по склапању брака и представља избор члана породице.

Општа подјела породица укључујући и споменуте:

1. **Нуклеарна** породица (бипарентална): то је типична породица, односно породица коју су створили отац, мајка и њихова дјеца.
2. **Једнородитељска породица, такозвана самохрана породица.** Један од родитеља преузима бригу о породичној јединици, а самим тим и о одгоју дјеце. Обично је мајка та која остаје с дјецом, иако постоје и случајеви у којима дјеца остају с оцем. Када се само један родитељ брине о породици, то може постати врло велико оптерећење, због чега им је често потребна помоћ других блиских рођака, попут дједа и баке. Узроци формирања ове врсте породице могу бити развод, преурањена улога мајке (малољетна), удовство (због смрти партнера) итд.
3. **Усвојитељска породица** - односи се на родитеље који усвоје дијете. Иако нису биолошки родитељи, они имају велику улогу одгајатеља, која је у свим аспектима једнака улози биолошких родитеља.
4. **Породица без дјеце** – карактеристика ове врсте породице је непостојање потомака. Постоје разни разлози зашто у једној породици нема дјеце, али оно што дефинише породицу није присуство или одсуство дјеце.
5. **Породица раздвојених родитеља** - родитељи су се раздвојили након кризе у њиховој вези. Иако одбијају заједнички живот, морају наставити испуњавати своје дужности родитеља. За разлику од самораних родитеља, у којима један родитељ носи одговорности и обавезе одгоја дјетета, одвојени родитељи дијеле функције, иако је мајка у већини случајева она која живи с дјететом.
6. **Сложена породица** – карактеристика јој је то што се састоји од неколико нуклеарних породица. Најчешћи узрок је тај што су се друге породице створиле након прекида брака. На примјер син, осим што живи с мајком и њеним новим партнером, има и породицу оца и његове нове партнерице, а можда има и полубраћу и полусестре.
7. **Хомопарентал породица** – карактеризира заједнички живот истосполних партнера, са или без дјеце.
8. **Проширена породица** – овај тип породице карактерише то што у истом домаћинству живе су родитељи, рођаци, баке и дједови итд.

Породица би требала бити сигурно мјесто за раст и развој дјетета и свих чланова који ју чине. Хармонични односи који би требали владати имају за циљ здраву изградњу сваке индивидуе као члана у тој заједници.

Кроз развој друштва, хисторијски можемо рећи да је породица проживљавала и преживљавала разне кризе и промјене, мијењајући своје облике и функционалност, начине међусобне комуникације, улога и положаја чланова у њој уопште. Породица у кризи – је породица која је изложена или вањским или унутарњим факторима који утичу да она слабо или никако не функционише. Криза је психичко стање узроковано догађајем којег уобичајени механизми суочавања проблемима нису више ефикасни. Оно што појединца доводи у кризу је кризни догађај који је изненадан, неочекиван, риједак изразито узнемирујући, стресан за већину људи у окружењу, надилази уобичајене механизме одбране. Ту спадају: рат, земљотрес, поплаве, политике, економска криза, незапосленост, сиромаштво, пандемија, епидемије... Ови кризни догађаји долазе извана и дјелују на појединца, а посљедично и на породицу као систем. У самој породици постоје такођер фактори ризика који доводе до кризе. У њих спадају: поремећени партнерски односи, нарушена породична хијерархија, прељуба, развод брака, овисности појединих чланова, болест члана породице, понашање дјеце у одређеним развојним добима (нпр. овисности адолесцената, делинквентна понашања итд), сиромаштво, богатство, нове технологије, насиље...

1.2. Породица и Криза али и Криза породице

Кроз развој друштва, хисторијски можемо рећи да је породица проживљавала и преживљавала разне кризе и промјене, мијењајући своје облике и функционалност, начине међусобне комуникације, улога и положаја чланова у њој уопште. **Породица у кризи** – је породица која је изложена или вањским или унутарњим факторима који утичу да она слабо или никако не функционише. **Криза** је психичко стање узроковано догађајем којег уобичајени механизми суочавања проблемима нису више ефикасни. Оно

што појединца доводи у кризу је **кризни догађај** који је изненадан, неочекиван, риједак изразито узнемирујући, стресан за већину људи у окружењу, надилази уобичајене механизме одбране. Ту спадају: рат, земљотрес, поплаве, политике, економска криза, незапосленост, сиромаштво, пандемија, епидемије... Ови кризни догађаји долазе извана и дјелују на појединца, а посљедично и на породицу као систем. У самој породици постоје такођер фактори ризика који доводе до кризе. У њих спадају: поремећени партнерски односи, нарушена породична хијерархија, прељуба, развод брака, овисности појединих чланова, болест члана породице, понашање дјете у одређеним развојним добима (нпр. овисности адолесцената, делинквентна понашања итд), сиромаштво, богатство, нове технологије, насиље...

Породична криза представља стање повишене тензије, период у ком се дугорочни циљеви паузирају, одлажу, а историја претходних конфликта обично преузима породичну сцену. Често, посљедица породичне кризе је регресија на пољима комуникације, изражавања емоција, породичних договора и планова, а такође и испољавање симптома код неког од чланова. Кризе у породици могу бити: **предвидиве - очекиване**, као што је на примјер, одлазак адолесцента из породице на студије и **непредвидиве - неочекиване**, као што је нпр. смрт члана породице, губитак посла и слично. Суштински, свака криза у породици дешава се јер покреће њене чланове да измјене улоге, унесу флексибилност, ангажују вјештине рјешавања проблема, ангажују своје системе подршке, одрекну се, или измјене индивидуалне или заједничке циљеве.

Суочавање са проблемима и изазовима у породици захтијева вјештину прилагођавања, превладавања и адаптације на нове услове који по инерцији стварају кризу унутар ње. Криза увијек једнако подразумијева могућност распада породице или њеног раста и даљег развоја. У данашњем времену, модерног доба, ери технолошког и информацијског напретка један од најтежих послова је управо одгој дјете. Родитељи све мање имају времена да се баве својом дјетом, па ту празнину попуњавају телевизија, рачунари, мобилни телефони и друге ствари које изузетно утичу на раст и развој дјете. Стили родитељства комбинација су родитељских понашања која се појављују у више ситуација, стварајући одгојну климу (Berk, 2015).

Према бројним истраживањима сматра се да постоје двије темељне димензије родитељства: емоционалност и контрола (Brajša-Žganec, 2003). С обзиром на те двије димензије одгоја постоје четири типа родитељског стила одгоја: ауторитативни, ауторитарни, пермисивни (попустљиви) и индиферентни (занемарујући).

- Ауторитарни – строги одгојни стил, фокус је на границама и контроли, циљ је послушност, често укључује казне. Посљедица овог типа одгаја је да су дјеца несигурна, неповјерљива, могу бити агресивна, непрестано брину како удовољити родитељу или ауторитету.
- Ауторитативни – досљедни одгојни стил, комбинује родитељску контролу и емоционалну топлину, очекивања су у складу са доби и способностима уз љубав и подршку. Дјеца која расту са овим одгојним стилем су самопоуздана, сигурна, одговорна, знатижељна (Čudina-Obradović, Obradović, 2006).
- Пермисиван – попустљив одгојни стил, подразумијева емоционалну топлину али слабу контролу, захтјеви су премалени а примарно се задовољавају све дјететове жеље. Дјеца у овом стилу одгоја, постају несигурна и несналажљива, неријетко и агресивна кад се суоче са препреком.
- Индиферентан – занемарујући одгојни стил, подразумијева слабу контролу и емоционалну хладноћу, родитељи су углавном заокупљени собом а не дјететом. Посљедица је да су дјеца непослушна, ниског самопоуздања, склона ризичним понашањима (Berk, 2015).

2. Шта ми професионалци радимо са породицама у кризи и са кризом?

У зависности од кризне ситуације и дјеловање професионалаца се разликује. Уколико су у питању кризе које долазе извана а повезане и са контекстом у којем породица живи, веома је важна процјена ситуације и могућности дјеловања. Важно је да професионалац покаже разумијевање, стрпљење у комуникацији и смиреност како би особама, односно породици обезбједио услове сигурности и смирења симптома који су настали кризом. У масовнијим кризним ситуацијама користе се вјештине физичког збрињавања, а у психолошком смислу кризне интервенције које представљају скуп превентивних поступака помоћу којих се људима помаже, даје подршка да лакше преброде оно што су доживјели. Главни циљеви ових кризних интервенција су стабилизација стања - смањење интензитета стреса – трауме; нормализација реакција на кризни догађај; поновно успостављање прилагођеног функционисања; тријажа. Интервенције које се најчешће користе у овом смислу су дебрифинг или сажета интеграција трауме, дефузинг - растерећење и демобилизација (Arambašić, 2012). У оваквим ситуацијама је неопходан мултидисциплинарни и интерсекторални приступ. Тријажа усмјерава које ће се службе укључити.

За друге ситуације у којима се породица нађе и обрати стручној служби потребно је имати на уму основне карактеристике породице: цјеловитост, саморегулирајући капацитет и способност трансформације, а значајни су и породичне вриједности, структура и функције, без предрасуда. Први сусрет са породицом је често пресудан за даљи рад и интервенције. На првом интервјуу веома су важне вјештине комуникације, емпатичност и присутност-свјесност, добар капацитет за слушање те много стрпљења. Потребно је да се створи један сигуран и повјерљив сетинг. Све вријеме професионалац ради опсервацију тога гдје ко сједи, како се понаша, како присутни разговарају међусобно и са стручњаком. Прати се и боја гласа, којим редослиједом присутни причају, постоји ли хијерархија, да ли неко доминира, како испољавају емоције и све друго што је везано за дату ситуацију. Тијеком тог првог сусрета узима се анамнеза, покушавају уочити ресурси чланова и породице у цјелине те постићи договори. Затим се даје тзв. домаћи задатак у циљу нормализације стања и бољег функционисања свих и породице као цјелине. Договара се о наредном сусрету или се већ у првом разговору уочи потреба за упућивањем у друге дисциплине, нпр. медицинска обрада, психотерапија, центар за ментално здравље, школа и слично. У наредном сусрету се поново опсревира, разговара о постигнутим резултатима, промјенама и свиме са чиме долази породица. У неким случајевима породица или поједини чланови се тек након другог или трећег сусрета могу послати на друге третмане.

2.1. Шта нам користи?

Досадашња искуства у раду, ослањајући се на теорију, помажу нам да разумијевамо проблеме које дефинишемо као породичну кризу, а у разрјешавању истих могу бити од користи сљедећи кораци:

1. Узимање анамнезе, дефинисање проблема и циља;
2. Процјена породичне динамике;
3. Процјена и дефинисање унутарњих и вањских ресурса породице, који могу бити подршка у рјешавању кризе;
4. Интервенције усмјерене на "Овдје и сада";
5. Праћење интервенција које умањују тензије и јачају породичне ресурса;
6. Заједничко креирање планова, усмјерених на будућност.

Наведени кораци омогућавају члановима породице ново корективно искуство у разумијевању и разрјешавању кризе, а тиме и подржавају здраве обрасце понашања и комуникације.

Терапијске технике помажу у освјештавању и разумијевању породичног система. Самим освјештавањем породица, односно њезини чланови често постају мотивисани за промјену и користе

личне способности како би се промијенили. То је најбољи начин увођења промјене јер је спонтан. Међутим, понекад освјештавање није довољно из два разлога. Понекад чланови породице немају развијене друге врсте понашања или нису сви спремни на промјену. Тако они који нису спремни за промјену стварају отпор користећи старе обрасце понашања, спречавају промјену, умањујући важност освјештених образаца блокирања раста и развоја. У таквим случајевима стручњак треба радити у два смјера: ојачавати чланове спремне на промјену, те наставити радити на отпорима чланова који их пружају.

Стручњак мора бити отворен према породици и гледати је без предрасуда, како би могао формирати и мијењати хипотезе и тражити све потребне информације. У том смислу може користити разне технике спонтаности, придруживања, планирања, технике промјене. До промјене долази кориштењем вјештина као што су: стављање нагласка на дисфункционалне обрасце; кориштење технике «парадокса»; те балансирање; конструкције, схеме, и ритуали; комплементарност, вјежбе релаксације, цртање и слично. У даљем психотерапијском третману породице у кризи најчешће се користи Системска породична терапија а све више и АБФТ-породична терапија базирана на привржености. У раду са породицама корисно је користити и генограм. Често то није могуће у првом или другом сусрету у кризној ситуацији, а некада нам генограм постаје једина могућност за промјену ситуације. Генограм је инструмент који графички приказује породицу. У генограму су одређеним универзалним симболима, представљени чланови породице, њихове релације, здравствено стање. Могу бити приказане и друге важне карактеристике – вјенчања, разводи, болести, смрти, други дијелови породичног стабла, емоционална повезаност и слично, што члановима породице са којима радимо даје видљивије, разумљивије и прихватљивије увиде. Конструкција и анализа генограма су сложена активност која захтијева одређени степен образовања за рад са овим инструментом.

3. Примјери из праксе

У примјерима које ћемо навести у наставку, кориштени су псеудоними клијената у циљу заштите личних података.

3.1. Примјер 1.

У јуну 2020. године, телефонским путем нам се обратио клијент Харис, 37 година, са упитом за преглед психолога, психотерапеута. Наводи узнемиреност и нарушен ритам спавања. Наводи жељу да на први сусрет дође са супругом. На иницијални сусрет супружници долазе заједно.

Доима се да у партнерској динамици преовладава напетост. С циљем разумијевања наведене динамике и разлога доласка, низом постављених питања, дознаје се да је Харис боравио на привременом раду у иностранству у протеклих десет мјесеци. Заједнички план је био да се Харису након годину дана и стабилизације радног и боравишног статуса, придруже супруга Маја, 34 године и двоје дјеце, кћерка узраста 5 година и син узраста 1,5 година. Супружници су се добро организовали и заједнички план је текао предвиђеним корацима. Супруга Маја је имала подршку Харисове мајке у чувању дјеце током обављања радних обавеза на послу. Харис је током боравка у иностранству, свакодневно био у контакту са породицом путем видео позива. Како Маја и Харис наводе, коначно је њихов породични живот кренуо добрим путем. Након дугогодишњег трагања за одговарајућим запослењем у домовини, и неуспјеха у том правцу, одлазак породице у иностранство, изгледао је као најбоље рјешење.

Почетком пандемије и посебно током периода “закључавања”, Харис наводи да почиње осјећати тјескобу, страх и несигурност. Наводи да у том периоду има подршку супруге. Супруга му је савјетовала се покуша смирити разговарајући са колегама, да је сада цијели свијет под стресом и да вјерује да ће напетости ишчезнути. Међутим, Харисова тјескоба се усложњава и он импулсивно даје отказ на послу и враћа се кући крајем маја 2020. године.

Маја наводи да су Харисова мајка и она овакав поступак процијениле као непромишљен и дочекују га са доста љутње. Харис због једностраног раскида уговора о раду више нема могућност повратка на исто радно мјесто. Та спознаја га сада још више дестабилизује. Мајка и супруга од Хариса сада, с обзиром на то да није запослен, очекују да ће преузети обавезе чувања дјеце, што њему постаје неподношљиво. Наводи да дјечији плач у њему: “ствара заглушујућу буку и да не зна шта да ради”.

Комбинација свих наведених симптома и ванредне околности упутиле су на закључак да је у наведеном случају било неопходно приступити третману мултидисциплинарно. Количину наведене тјескобе није било могуће стабилизирати само савјетодавним приступом кроз разговор, па је Харису препоручен преглед психијатра на који је он пристао. Психијатар при прегледу индицира хоспитализацију. У међувремену, док је Харис био на хоспитализацији, обављено је неколико савјетодавних разговора са Харисовом супругом и мајком. Користећи технике споменуте у теоретском дијелу овог рада, оне су постале свјесне досадашњег умањивање Харисових симптома и неразумијевање размјера кризе у којој се Харис нашао, али и оне као чланови породице које нису препознале свој егзистенцијални страх и потиснуту ратну трауму. Харисова мајка је изнијела податак да је Харисов отац 1994. године погинуо у рату. Највјероватније је ово изненадно искуство страха услијед пандемије, било окидач за отварање потиснутог трауматског искуства. Породици су дати савјети у правцу пружања подршке Харису и стабилизације изненадних околности у којима су се као породица нашли. Харису је након хоспитализације настављена психијатријска подршка.

3.2. Примјер 2.

У септембру 2021. године у Терапијски центар БХИДАПА, јавља се Наташа, 42 године, са упитом за пружање психолошке подршке њеној кћерки Леи, 15 година, због тешкоћа у учењу. Организује се иницијални сусрет и препоручује се да Леа дође у пратњи мајке.

На иницијалном сусрету се уочава да мајка бира мјесто насупрот психотерапеутице, а Леа сједа на столицу нешто даље од психотерапеутице и након сједања, столицу још мало удаљава од мајке. Након међусобног представљања, психотерапеутица се обраћа Леи са питањем да ли зна зашто смо данас организовали сусрет. На постављено питање Леи мајка даје одговор. Психотерапеутица заинтересирано поставља питање, да ли се још некада догађа да мајка одговара умјесто кћерке. Леа се благо осмјехује и наводи да се то догађа, посебно од маја. На питање како то да Леа примјећује да је то посебно изражено од маја, Леа добива озбиљан израз лица, а мајка је прилично оштро погледа. У овом тренутку се отвара породична прича. Мајка наводи да је у мају, “прије већ” пет мјесеци Леин отац, Наташин супруг, умро од посљедица инфекције Цорона вирусом. На упит о детаљима, мајка наставља говорити, а Леа као да спушта главу између рамена. На упит психотерапеутице да ли јој је уреду да сада разговарамо о татиној смрти, Леа клима главом потврдно и каже да јој је лакше да о томе мама исприча, а она би само слушала. Наташа наводи да је покојни супруг већ неколико година имао здравствене проблеме са срцем и да је због тога био веома опрезан и одговоран током пандемије. Ни сада им није јасно како се успио заразити, с обзиром да је радио од куће. Док Наташа говори, доима се да контролише своје емоције, јер је начин на који износи детаље попут објективног извјештавања о догађајима (што упућује на симптоме залеђености који се јављају почетној фази жаловања наког губитка). Наташа и Леа сада живе саме и Леа похађа први разред средње школе. На питање о каквим потешкоћама учења се ради, мајка наводи да Леа не може запамтити градиво које учи и дјелује веома одсутно. Након овога уводног дијела сусрета, психотерапеутица мајку и кћерку информисе о уобичајеној динамици сусрета и замоли мајку да сачека тридесетак минута у чекаоници, како би Леа и психотерапеутица разговарале без њеног присуства. Мајка се слаже, а Леа као да доживљава олакшање. Након мајчиног изласка, на упит о дојму олакшања, Леа наводи да јој је тешко да прича о татиној смрти у мамином присуству. Мисли да ће мами бити теже ако она спомиње тату. На упит шта је њој самој најтеже везано за татину смрт, каже да јој тата јако недостаје и да понекад мисли да је она крива за његову смрт. На питање одакле таква помисао, каже да су млади понекад носиоци вируса и да сами не морају обољети, али да могу заразити старије. О томе је, каже стално слушала од почетка пандемије и највише се плашила да би она могла заразити тату који је већ свакако био ризичан. Док изговара наведене реченице, Леа почиње плакати. Након давања подршке за сузе и изражавање емоција, без забринутости да ће другој особи бити тешко, Леа као да доживљава растерећење овом

дозволом и наставља плакати неколико минута. Након поступног умирења, изјављује да није овако плакала никада. "Само можда понекад", када би се ноћу пробудила и била сигурна да мама спава.

На основу наведеног и анализе динамике односа између мајке и кћерке, постављена је хипотеза да је између њих изграђен такозвани двоструки зид шутње којим мајка и кћерка штите једна другу од властитих емоција изазваних губитком. Процес туговања је отежан због примјене обрмбених механизма, првенствено потискивања. Трагом наведене хипотезе, мајку и кћерку се пред крај иницијалног сусрета, кроз психоедукацију упознаје са процесом туговања и препоручује се породична терапија заснована на привржености. Уз сагласност Наташе и Лее, обавијештен је стручни тим школе да Леа пролази кроз процес психотерапијске подршке и да молимо школу за разумијевање и подршку. Уз много психоедукације о губитку и процесу туговања, Наташи и Леи је дата подршка у разумијевању властитих реакција и тиме проласка кроз процес са много више осјећаја сигурности и властите контроле.

Закључак

У пракси се често догађа да се клијенти јављају са проблемима који првобитно нејасно упућују на кризу (напримјер, проблем са учењем, повлачење, психосоматика-болови у стомаку, главобоља и слично). Током узимања података у почетним сусретима, често се уочи сложеност контекста (непрорађено трауматско искуство, егзистенцијални страхови, унутрашњи проблеми у породицама о којима се не говори одмах...) који је довео до појаве симптома. Симптом је у правилу само путоказ који нас упућује на потребу истраживања на које нас наши клијенти позивају.

Literatura

1. Arambašić, L. (2012). Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja. Vodić kroz psihološke krizne intervencije u zajednici. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Berk, L. E. (2008). Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Berk, L. E. (2015). Dječija razvojna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Brajša-Žganec, A (2003). Djete i obitelj. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Buljan Flander, G. i suradnici. (2018). Znanost i umjetnost odgoja. Praktični priručnik o suvremenom odgoju za roditelje i odgajatelje. Sveta Nedelja: Naklada Geromar.
6. Fočo Salih (2000). Sociologija, Dom Štampe, Zenica
7. Goldner-Vukov M., (1988). Porodica u krizi. Beograd, Medicinska knjiga
8. Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (2006). Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing. Tehnička knjiga.
9. Hommond, R., Cheney, P., Raewyn, P. (2015). Sociology of the family. <http://freesociologybooks.com> (01. 09. 2019.)
10. Hwang, Ph., Nilsson, B. (1996). Razvojna psihologija. Od fetusa do odraslog. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
11. Milojković, M., Srna, J., Mićović. (1997). Porodična terapija. Beograd. Centar za brak i porodicu.
12. Pascoletti, C. (2015). Put do dobrog roditelja. Zagreb: TRAST.
13. Stevanović, M. (2000). Obiteljska pedagogija. Varaždinske Toplice: Tonimir.
14. Vajković, J. (2005). Životne krize. Beograd: Žarko Albulj.
15. Vasta, R., Hait, M. M. i Miller S. A. (1998). Dječija psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Wener, Ch. (1996). Razvojna psihologija i psihijatrija. Od dojenačke dobi do adolescencije. Treće izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.





Резилијентност: Криза као изазов за раст и развој

Ауторица: Проф. др. сц. Татјана Стефановић
Станојевић, психолошкиња

1. Увод

„Оно што нас не убије, ојача нас“, написао је крајем деветнаестог века изузетно утицајни и крајње провокативни немачки писац и филозоф, Фридрих Ниче. Почетком двадесетог века у роману: “Како се калио челик”, исту тему опширно је описао и један велики руски писац, Николај Островски.

Примера у књижевности има много. У готово сваком добром роману главни јунак мора да прође своју Сцилу и Харибду, како би постао снажан и јак. Литература, дакле, верује да постајемо јаки, ако успемо да преживимо изложеност бројним невољама. Да ли је тако и да ли су људи исто што и челик? Већ биографије двојице наведених писаца откривају психолозима и тип снаге која се на овај начин осваја, али и цену која се подвигом плаћа. Фридриха Ничеа савременици описују као: „страственога мрзиоца лагодне опојности“, док о Николају Островском најбоље говори животни мото његовог јунака, Павла Корчагина: “Увек треба бити на линији ватре”. У животима обојице, након невоља, било је много снаге, али више није било радости. Освојену снагу платили су губитком радости.

У тексту који је пред вама питамо се да ли постоји и срећнија трансакција? Да ли је могуће бити радостан и после великих трагедија, и бити јак и без Сциле и Харибде. Шта каже психолошка наука? Психолози кажу: резилијентност. Резилијентност је релативно нови психолошки појам који би могао да уједини те две важне животне енергије: снагу и радост. Међутим, и сам феномен резилијентности прошао је трновити пут од процењивања степена изражености психопатологије до процењивања степена изражености проактивности личности.

2. Теоријски део

2.1. Резилијентност: капацитет за заштиту, али и за раст

Иако је резилијентност све присутнија у психолошким теоријама и истраживањима, преглед литературе показује како теоријску недоследност у одређењу феномена, тако и последичне методолошко истраживачке тешкоће у процењивању недовољно јасно описаног феномена (Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010).

Најпре, резилијентност је појам за који не постоји договор око превода у домаћем језику, већ се одомаћио већ постојећи енглески израз. Најтачнији превод би могао да буде отпорност, виталност или жилавост, али и само непостојање консензуса око превода, простор је за извесну хиперинклузивност појма. Најчешће се резилијентност описује као способност личности да адаптивно одговори на стресне и негативне животне ситуације. Међутим описује се и као унутрашња снага, доследност себи, усаглашеност са самим собом у сврху испуњења животних циљева (Nygren B. at al., 2005). Иако су дефиниције резилијентности помало конфузне и прилично различите, око основних услова за разматрање резилијентности постигнута је сагласност (Garmezy, 1990; Luthar & Zigler, 1991) Услови да би се уопште говорило о резилијентности су:

1. изложеност претњи или озбиљној недаћи,
2. постизање позитивне адаптације упркос великим нападима на егзистенцију, раст и развој.

Бројним и разноврсним дефиницијама усудићу се да додам и сопствену: резилијентност би могла бити наша рано стицана и касније развијана вештина, наш алат помоћу кога смо спремнији за животне невоље.

Такође, читаоцима смо дужни и скраћени приказ динамике настанка појма са овако разноврсним дефиницијама. Све је почело када је још увек у психологији владало уверење да изложеност (раним) болним, трауматским искуствима нужно и директно води ка неуспеху касније адаптације на животне

изазове. Дакле, фокус је био на психопатологији, а последица истраживања психопатолошких реакција били су модели дефицита и дефиниције у складу са тиме (VanBred, 2001; Luthar, 2006). Рана истраживања повезаности трауматских искустава и психопатолошких проблема била су фокусирана на разумевање маладаптивног понашања, док су срећници који су, упркос изложености раним аверзивним условима, показивали адаптивне обрасце понашања били посматрани као нетипични и отуда неинтересантни.

Нову дирекцију у истраживањима резилијентности дугујемо сазнањима која стижу из психотерапијске праксе, а која показују да оно што се на нивоу статистике описује као безначајно, на нивоу анализе случаја постаје не само веома важно, већ и охрабрујуће, па и просветљујуће. Осим што указују на могућност опоравка, психотерапеути све гласније указују и на капацитете клијената које постојећи патоцентрични инструменти не идентификују на прави начин. Психотерапеути откривају снагу и радост у клијентима, откривају клијенте – хероје.

Постепено, и истраживачи почињу да се децентрирају. Резултати новијих истраживања откривају да постоје деца која ипак успевају да остваре раст и развој упркос високо ризичним околностима у којима одрастају (Masten et al., 1990). Наиме, она деца која су имала квалитетан однос са неком компетентном одраслом особом, показала су се као добра у решавању проблема, учењу, била су способна да се повежу са другим људима, имала су области функционисања у којима су била компетентна и била су процењивана као ефикасна. И све та деца претрпела су трауме.

У покушају разумевања уочених индивидуалних разлика, теоретичари и истраживачи резилијентности бавили су се и (лажном) дилемом да ли је резилијентност особина личности и као таква мање/више непроменљива, (Wagnild & Young, 1993) или је резилијентност процес адаптације који се формира и развија у току живота (Masten et al., 1990). Превагнуло је уверење да је резилијентност процес адаптације. Уколико је резилијентност процес, онда има наде да вештину савладамо и да уз праве партнере откријемо и праве плесне кораке? Значај правих партнера води ка теорији афективне везаности и доминантним фигурама у раном детињству (Bowlby, 2005), али води и ка зони наредног развоја у каснијем периоду, а која се увек постиже једино и само у сарадњи (Vigotski, 1974).

Приликом наглашавања једног феномена необично је важно не пропустити улогу других, такође важних и такође неизоставних феномена. Када размишљамо о резилијентности која настаје у крилу афективне везаности, уз низ других фактора, не смемо ипак пропустити и улогу генетичких, диспозиционих фактора деце. Пре свега разлику у дечијем темпераменту (Luthar et al., 2000). Ова суптилна међуигра темперамента детета и квалитета афективне везаности заправо је могући кључ за разумевање резилијентности.

2.2. Афективна везаност: колевка резилијентности

Афективна везаност односи се на специфичан однос који се у најранијем детињству формира између мајке и детета и траје кроз читав живот, као трајна психолошка веза успостављена између двоје људи (Bowlby, 2005). Потреба за везаношћу је базична као потреба за храном или сексуална потреба и без ње нема опстанка. Могли бисмо рећи и да је везаност човекова диспозиција да тражи близину и контакт са другом особом и то нарочито у специфичним условима претње или угрожености. Као диспозиција, везаност је, дакле, особина саме особе и то особина која се одржава и траје. Мења се тешко и само постепено, односно неподложна је утицају тренутне ситуације. Оваквим одређењем, Болби наговештава идеју о преласку афективне везаности из релационог у индивидуално својство.

Такође, да би се један однос могао одредити као однос афективне везаности, значајно је присуство четири компоненте, које су манифестне у понашању одојчета у односу са родитељима: тражење близине, база сигурности, сигурно уточиште и сепарациони протест, (Bowlby, 2005). Тражење близине означава потребу да се буде у близини особе за коју смо везани. База сигурности значи да фигура афективне везаности представља за дете безбедно место из кога истражује средину. Односи се на квалитете радозналост и креативног истраживања. Ваша база сигурности је особа која вам помаже да раширите крила. Сигурно уточиште значи потребу детета да се врати у безбедну близину своје

фигуре афективне везаности како би се осигурало у ситуацији када је суочено са страхом, дакле подразумева квалитете тражења помоћи, утехе, подршке, неге. Ваше уточиште је особа чије вам раме за плакање највише прија. И сепарациони протест подразумева анксиозност коју дете осећа када је фигура афективне везаности одсутна. Ово значи отприлике да: дете тражи близину фигуре везаности, када се осећа сигурним истражује средину, али на наговештај опасности жели да се врати у сигурно уточиште, негодујући уколико фигура афективне везаности тада није присутна.

Класификацију индивидуалних разлика представимо у складу са потребама овог рада, а то значи из угла реаговања особа са различитим обрасцима афективне везаности на трауму и сходно томе из угла капацитета детета да са мајком развије резилијентност. Дакле, у најранијем детињству бебе су физички беспомоћне, али опремљене социјалним вештинама (слањем сигнала одраслима: гукање, плакање, социјалних осмех у другом месецу). Са друге стране особе које се баве дететом углавном су условљене да на ове сигнале реагују. У зависности од начина реаговања разликујемо четири обрасца везаности.

2.2.1. Обрасци афективне везаности И разлике у развоју капацитета за резилијентност

У такозваном сигурном обрасцу мајка¹ углавном доследно и углавном адекватно реагује на сигнале и потребе детета, те дете формира позитивну слику² и о себи и о другима. За ово дете мајка је и сигурна база из које може да креће у истраживање света око себе, али и сигурно уточиште коме се враћа чим осети потребу. У ситуацији изложености стресу, мајка има капацитет да контејнира дететов стрес, позитивно га обради, те стрес прерађен у складу са узрастом детета - врати самом детету. Сви се сећамо филма: Живот је леп. Иако је овај приказ крајње поједностављен, тако некако расту резилијентна деца. Сви остали сценарији одрастања спадају у групу образаца са несигурним афективним везама.

Образац избегавајуће афективне везаности: Мајке које углавном доследно не одговарају на сигнале и потребе детета, већ се о њему старају у складу са тајмингом који је њима одговарајући или им је препоручен, чине да деца прођу кроз тријас симптома³. Деца најпре протестују и упорно плачу јер се мајка не одазива, затим тугују и бивају очајна, а онда улазе у фазу порицања да је мајка (други) тако неопходна за њихов раст и развој. Убудуће и не шаљу сигнале, како не би пролазили кроз пакао одбијања. Убудуће се ослањају једино и само на себе. У ситуацији изложености трауми помоћ и не очекују, боре се баш као јунаци романа са почетка овог текста. И плаћају описану цену, постају оклопљени и неосетљиви. Иако је приказ крајње поједностављен, тако некако расту финансијски успешни и самодовољни људи. Лидери врлог новог света.

Образац амбивалентне или преокупиране афективне везаности: Постоје и мајке које на сигнале и потребе деце реагују селективно. Будући да је потреба за другима примарна, њихова деца улажу сву своју енергију у процењивање мајчиних реакција и последично слање сигнала на које ће бити одзива. Ускоро схватају да ће мама бити ту уколико су нејешни, трапави или болешљиви. Одигравају једну или све три мањкавости и добијају мајчину уплахирену и преплављујућу пажњу. Ова деца имају у репертоару читав арсенал понашања или емоција којима у случају потребе враћају мајку себи и тако реуспостављају контролу над ситуацијом. И овај приказ је крајње поједностављен, али тако некако заиста расту несигурни, анксиозни и неутешни људи. Неразвијање резилијентности овде је у функцији обезбеђивања спасиоца који долази из спољашњег света. Вештина коју носе из детињства је одржавање способности да важне ствари не науче да раде сами.

Образац дезорганизоване афективне везаности: И на крају, постоје и деца чије одрастање је обележио страх. Не самоћа, не туга, не беспомоћност, већ страх да неко њихов или они сами неће

¹ Фигура која се доминантно бави дететом је обично мајка, што наравно не искључује читаву хијерархију других фигура

² У литератури се наводе термин слика о себи и другима, али и УРМ или Унутрашњи Радни Модел (себе и других)

³ Протест, Очај, Порицање

преживети. Ова деца су у особи која се њима бави имала и фигуру које се плаше јер их рецимо злоставља. Били су мали и слаби, не никако нису могли да победе ову фигуру. Једни начин да преживе била је дисоцијација, развијање способности да се у ситуацији стреса или трауме – праве мртвима. Ова деца су морала да престану да разумеју да све то што их боли и плаши има везе са намером особе која се о њима стара. Такође су из детињства кренула без резилијентности, али за разлику од деце из претходне групе и без поверења у спасиоце из спољашњег света. Развили су одбрамбену инхибицију капацитета за ментализацију, рекли би психотерапеути. “Одустајем да разумем, осећам, мислим, верујем, настављам само да живим и да настојим да преживим”. Иако је приказ крајње поједностављен, тако некако одрастају престрављени дезорганизовани или дисоцирани људи. Расту као кандидати за психопатологију широког спектра.

Постоје ли боља решења? Да ли људи са обрасцима несигурне афективне везаности могу постати резилијентни на начин који није описан у делу: “Како се калио челик”. Да ли особе из свих несигурних образаца афективне везаности и даље имају могућност да буду и радосне и снажне. Упркос игнорисању родитеља, преплављујућој и узнемиравајућој бризи или конкретном злостављању, упркос развојним или шок траумама можемо ли се и даље надати сопственом праву на раст и развој.

Психолошка наука, психолошка истраживања и психотерапија поводом овог питања су уједињени. Кажу да решење постоји. Зове се ментализација. Решење није магични штапић, али теоријски је добро утемељено, статистички потврђено и психотерапијски проверено.

2.3. Ментализација или како да мислимо о осећањима и осећамо о мислима

Ментализација је концепт развијен почетком деведесетих година прошлог века од (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991) и од тада привлачи велику пажњу истраживача. Данас се велики број аутора бави ментализацијом, као и овом концепту сродним појмовима: теоријом ума, рефлексивном функцијом итд. Фонаги и његови сарадници тврде да различити концепти као што су теорија ума или метакогниција у суштини могу бити сведени на капацитет, „рефлексивност“, односно размишљања о искуству. Ова компетенца се дефинише се кроз две кључне способности:

1. да умемо да препознамо и именујемо сопствена психичка искуства и дамо им смисао,
2. да разумемо да је понашање других, такође, објашњиво њиховим менталним стањима (ставовима, намерама, плановима, жељама, осећањима) што га осмишљава и чини предвидљивим.

Другим речима, ментализација је способност стварања и коришћења менталних репрезентација сопствених и емотивних стања других људи (Fonagy et al, 2004). Када се ради о времену настанка феномена, Фонаги и сарадници сматрају да се још током раног детињства одиграва прелаз са телеолошког на менталистички модел понашања. Ово значи да ће трогодишње дете понашање других људи интерпретирати само на основу видљивих последица, а петогодишње дете би требало да је у стању да разуме да нечије понашање може бити засновано на веровању које чак и не мора да одговара реалности, већ је условљено њиховим мислима, осећањима, знањима итд.

Порекло способности за ментализацију делом је филогенетска датост, урођени капацитет, а делом настаје из односа са родитељима. Према Фонагију у основи рефлексивне функције лежи нервна структура, систем за процесирање социјалних информација, или интерпресонални интерпретативни механизам, а овај механизам настаје из односа афективне везаности.

2.3.1. Обрасци афективне везаности и разлике у ментализацији

Афективна везаност детета за значајне друге заправо представља контекст у коме се развија ментализација. Наиме, да би се ова рефлексивна функција развила неопходна је сигурна везаност

детета са мајком, јер само у тим условима дете може релативно слободно да истражује ум друге особе. Ханак (2012) капацитет за ментализацију схвата као компоненту афективне везаности која се формира у сигурној афективној интеракцији са мајком. Такође, код ове деце не долази до честе активације система везаности, што им повећава могућност практиковања способности ментализације у контексту односа са родитељем. И заиста, у савременом свету функција афективне везаности није преживљавање и заштита младунца, већ пре развој социјалне когниције, то јест, вештине да адекватно сарађујемо са другим људима.

Обиље истраживања показује да су сигурно везана деца успешнија у тумачењу понашања других њиховим менталним стањима и успешнија на задацима којима се испитује теорија ума (McElwain & Volling, 2004), чак и када је контролисан календарски узраст, социјална зрелост и вербални ментални узраст деце. Ови налази добијени су и у домаћој средини и потврђују повезаност развијености теорије ума и сигурне афективне везаности код детета (Stefanović Stanojević, 2014), као и рефлексивне функције детета и сигурног обрасца везаности старатеља, односно слабије изражених димензија избегавања и анксиозност код мајке (Stefanović Stanojević et al., 2015).

Покушајмо сада да промислимо и о обрасцима несигурне афективне везаности. Шта се тамо дешава са ментализацијом као онтогенетском датошћу?

Образац избегавајуће афективне везаности и ментализација типа: Не осећај! У овој групи су деца која су се чешће суочавала са развојним, а не шок траумама. Снага развојних траума је у њиховој кумулативности. У случају деце из ове групе акумулирала су се искуства нереаговања, незаинтересованости, неемпатисања, игнорисања потреба... Са мајком која доследно не реагује на сигнале детета, процес огледања је изостајао, те дете није имало прилику да упознаје унутрашњи свет. Унутрашњи свет је остао непрепознат и неконтејниран, али сачуван од великих ломова. Развијена је стратегија бивања у односима у којима нема психолошке размене. Најчешћи механизми одбране у овом случају су механизми гашења. Подразумевају различите стратегије идеализације односа везаности и неутрализације, минимизације и изолације афеката. У афектом обојеним ситуацијама, деца а касније и одрасли најчешће имају пад у способности ментализације. Објашњења људског понашања су конкретна, на нивоу биолошких, социолошких или религијских тумачења.

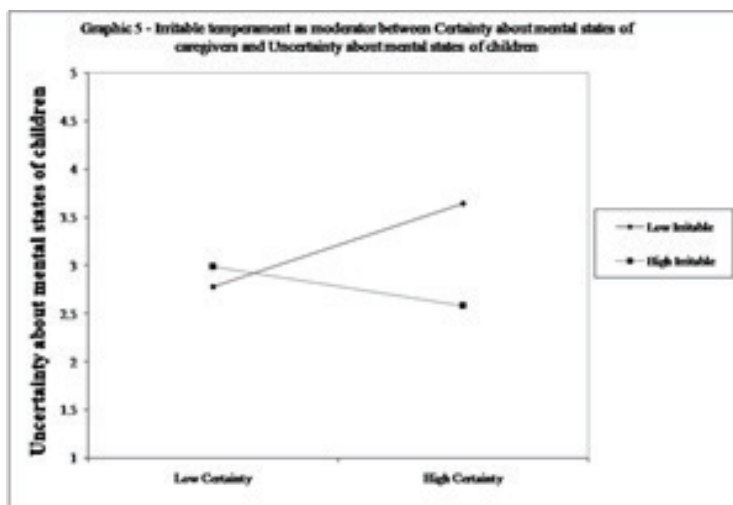
Образац амбивалентне или преокупиране афективне везаности и ментализација типа: Не мисли! И ова група деце чешће је суочавана са развојним траумама (у односу на шок трауме), али другачијег квалитета. У њиховом случају акумулирала су се поруке да су неспособни, трапави, јадни, болешљиви, једном речју зависни од туђе неге и помоћи... У фази огледања, доживљај преплављивања се појачавао, што је наравно спречавало могућност разумевања, когнитивне обраде. Ово дете је користило механизме одбране из домена когнитивних прекида. Будући да њиме витлају емоционална побуђеност, узнемиреност или љутња које мајка није контејнирала, капацитет за когнитивну обраду је трпео. Њихов начин промишљања одликују усплахиреност и центрираност на опасност за себе. Испитаници с овим обрасцем везаности најчешће показују хиперментализацију или претерану аналитичност. Увиди су им дифузни и неинтегрисани. Преплављени су анксиозношћу и негативним очекивањима, фокусирани само на своје мисли и потребе, а све у циљу да се на време припреме и предупреду одбацивање.

Образац дезорганизоване афективне везаности и ментализација типа: Прави се мртав! У овој групи су деца која су преживела искуство шок траума. Или деца чије мајке кроз генерације преносе шок трауму и происходећу залеђеност у односима. Како се то уопште психолошки преживи? Тако што се активира трећа група механизма одбране, група која омогућава одвајање, односно дисоцијацију од трауматских искустава. Ови механизми штите дете од суочавања са неподношљивим садржајем, одстрањујући из свести све што је везано за однос с фигуром везаности, сва болна сећања, неиспуњене жеље и потребе за љубављу и негом, сва разочарења и страхове. На тај начин дете избегава неподношљиво сазнање да је мајка лоша, а пребацивањем кривице на себе за сва родитељска одбацивања, детету бива омогућено да остане у односу са мајком. Дисоцијација је цена којом плаћа останак у односу са мајком, а последица је негативна рефлексивна функција.

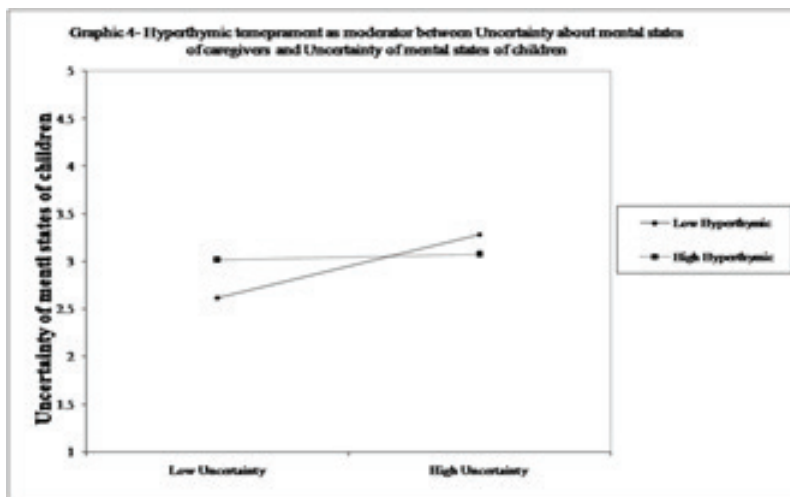
На основу свега наведеног, намеће се хипотеза да бисмо развијањем капацитета за ментализацију (у складу са обрасцем афективне везаности особе) могли побољшавати резилијентност односно чинити људе виталнијима и спремнијима за животне изазове. Хипотеза је проверавана у психотерапијској пракси и даје охрабрујуће резултате. Такође, истраживања потврђују бројне аспекте описаног модела рада на ментализацији. У недавно публикованом истраживању улоге трансгенерацијског преноса ментализације (Јованчевић et al, 2001), поред већ описиваних варијабли био је укључен и темперамент детета као модератор односа. Поглавље ћемо завршити представљањем дела резултата из поменутог рада. Представићемо део који се тиче односа темперамента детета и ментализације, јер ће тек увођењем улоге темперамента бити затворен круг варијабли којима смо у уводу најавили да ћемо се бавити.

2.4. Темперамент улази у игру или: постоје ли лака и тешка деца

Темперамент као модератор односа између родитеља и деце помиње се у литератури, наводи у теоријским оквирима, али је заправо најочигледнији у психотерапијској пракси. У жељи да га и истраживачки проверимо конструисале смо потенцијални модел односа варијабли од којих зависи резилијентност (Јованчевић, Тошић Radev & Stefanović Stanojević, 2021). Модел се односи на питање трансгенерацијског преноса образаца афективне везаности, са провером медијаторских и модераторских ефеката: темперамента и ментализације. Узорак је чинило 388 испитаника (194 дијаде мајка – дете). Будући да је рад публикован и доступан читаоцима, за потребе овог поглавља представићемо само резултате који се односе на улогу темперамента:



Графикон бр.1: Улога иритабилног темперамента



Графикон бр.2: Улога хипертимичног темперамента

Резултати откривају да одређене врсте темперамента, тачније иритабилни и хипертимични темперамент, представљају статистички значајне модераторе односа капацитета за ментализацију код старатеља и њихове деце. Дакле, потврђена је фина међу игра између темперамента детета и понашања родитеља. У случају иритабилног темперамента детета, родитељ препознаје да је његова улога већа и одговорнија те додатно развија капацитет за ментализацију, док је у случају детета са лакшим темпераментом родитељ опуштенији и мање интензивно ради на ментализацији. Узимајући у обзир карактеристике особа хипертимичног темперамента, а пре свега природну отпорност особа са овим темпераментом (Dembińska-Krajewska & Rybakowski, 2014), можемо закључити да несигурност у ментална стања примарних старатеља има мање негативан ефекат на ону децу која су по својој природи “лака”, тачније, отпорнија на разне животне стресове, и то управо због ове њихове карактеристике.

3. Практични део

Уместо закључка, текст о резилијентности завршићемо представљањем инструмената за процену варијабли од којих резилијентност зависи:

1. Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R, Fraley et al., 2005)

Скала се састоји од 36 честица које се процењују на ликертовој скали од 1 (У потпуности се не слажем) до 7 (У потпуности се слажем), а честице су:

1. Више волим да не показујем како се осећам дубоко у себи.
2. Плашим се да ће блиске особе престати да ме воле.
3. Лако ми је да с другима поделим своје мисли и осећања.
4. Често бринем да ће блиске особе прекинути однос са мном.
5. Тешко ми је да допустим себи да зависим од блиских људи.
6. Често бринем да ме блиске особе заправо не воле.
7. Осећам се пријатно када сам близак/блиска с другима.
8. Често бринем да блиским особама неће бити стало до мене као што је мени до њих.
9. Није ми пријатно да другима “отварам душу”.
10. Често пожелим да су осећања блиских особа према мени једнако јака као и моја осећања према њима.
11. Више волим да не будем превише близак/блиска с другима.
12. Много бринем за своје односе.

13. Постаје ми непријатно кад неко пожели да се много зближи са мном.
14. Када нисам у контакту с особама које су ми важне, бринем да би се оне могле заинтересовати за неког другог.
15. Поприлично ми је лако да се зближим с неким.
16. Кад блиској особи покажем шта осећам према њој, бојим се да она неће осећати исто према мени.
17. Није ми тешко да се зближим с неким.
18. Ретко бринем да би нека особа која ми је блиска могла да прекине однос са мном.
19. Обично с блиским особама разговарам о својим проблемима и бригама.
20. Неке блиске особе ме чине несигурним/несигурном у себе.
21. Значи ми ако могу да се обратим блиској особи када ми је то потребно.
22. Не бринем често да ћу бити одбачен/а.
23. Блиским особама поверавам скоро све.
24. Сматрам да мени блиске особе не желе да буду присне са мном онолико колико бих ја то желео/желела.
25. С блиским особама детаљно разговарам о свему што ме мучи.
26. Понекад особе које су ми блиске промене своја осећања према мени без икаквог очигледног разлога.
27. Узнемирих се кад ми неко постане превише близак.
28. Моја жеља да будемо веома блиски понекад уплаши људе и удаљи их од мене.
29. Осећам се пријатно кад зависим од других.
30. Плашим се да када ме неко добро упозна, неће му/јој се свидети какав сам.
31. Лако ми је да зависим од блиских особа.
32. Наљутим се када не добијам довољно нежности и подршке од блиских особа.
33. Лако ми је да будем нежан/нежна према блиским особама.
34. Бринем да не вредим колико и други.
35. Блиске особе збиља разумеју мене и моје потребе.
36. Чини ми се да ме блиске особе примећују само када сам љут/а.

2. The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ, Fonagy et al., 2016)

Скала се састоји од 54 честица које се процењују на ликертовој скали од 1 (У потпуности се не слажем) до 7 (У потпуности се слажем), а честице су:

1. Мисли других људи су мистерија за мене.
2. Лако ми је да схватим шта неко други мисли или осећа.
3. Слика коју имам о својим родитељима се мења како се и ја мењам.
4. Водим рачуна о томе шта други људи размишљају и осећају.
5. Обраћам пажњу на то како моји поступци утичу на осећања других људи.
6. Потребно ми је пуно времена да разумем мисли и осећања других људи.
7. Ја тачно знам шта моји блиски пријатељи мисле.
8. Увек знам шта осећам.
9. Моје тренутно осећање може утицати на то колико разумем понашања других.
10. Могу да знам како се неко осећа уколико му погледам у очи.
11. Схватам да понекад могу погрешно схватити реакције мојих најбољих пријатеља.
12. Често сам збуњен око онога шта осећам.
13. Питам се шта значе моји снови.
14. Никада ми није тешко да разумем шта је другим људима на уму.
15. Верујем да понашање мојих родитеља према мени не треба објашњавати тиме како су они одгајани.
16. Не знам увек зашто нешто радим.
17. Приметио сам да људи често дају савете другима које би желели да и сами следе.
18. Стварно ми је тешко да схватим шта се дешава у главама других људи.
19. Други људи ме сматрају добрим слушаоцем.
20. Када сам љут, кажем ствари за које не знам зашто сам их изговорио.
21. Увек ме занима значење туђих поступака.

22. Стварно се трудим да разумем осећања других људи.
23. Често морам присилити људе да раде оно што желим.
24. Блиске особе често не могу да схвате моје поступке.
25. Осећам да ако не пазим, лако се могу умешати у животе других људи.
26. Мисли и осећања других људи ме збуњују.
27. Углавном могу да предвидим шта ће неко други учинити.
28. Снажна осећања често замагљују моје размишљање.
29. Открио сам да ако желим да знам тачно како се неко осећа, морам да га питам.
30. Моја интуиција при процени других особа је ретко погрешна.
31. Верујем да људи могу да виде исту ситуацију сасвим различито на основу сопствених уверења и искустава.
32. Понекад ухватим себе да изговарам ствари а не знам зашто сам их рекао.
33. Волим да размишљам о разлозима својих поступака.
34. Обично имам добру процену о томе шта је другим људима на уму.
35. Верујем својим осећањима.
36. Када се љутим, кажем ствари због којих ми је касније жао.
37. Збуњује ме када људи причају о њиховим осећањима.
38. Умем да читам мисли другима.
39. Често осећам да је мој ум празан.
40. Када се осећам несигурно, понашам сена начин који другима иде на живце.
41. Тешко ми је гледам ствари са тачке гледишта других људи.
42. Обично тачно знам шта други људи размишљају.
43. Верујем да се моја осећања могу променити чак и када су тренутно врло јака.
44. Понекад радим ствари а не знам зашто.
45. Обраћам пажњу на своја осећања.
46. Током расправе водим рачуна о ставовима друге особе.
47. Мој осећај о томе шта неко други мисли је обично веома тачан.
48. Разумевање разлога понашања других људи ми помаже да им опростим неке ствари.
49. Верујем да не постоји само један исправан и тачан начин да се сагледа било која итуација.
50. Боље је водити се разумом него интуицијом.
51. Не сећам се много тога из детињства.
52. Мислим да нема смисла покушавати погодити шта је некеме на уму.
53. За мене дела говоре више од речи.
54. Верујем да су други људи превише збуњујући да бих се трудио схватим.

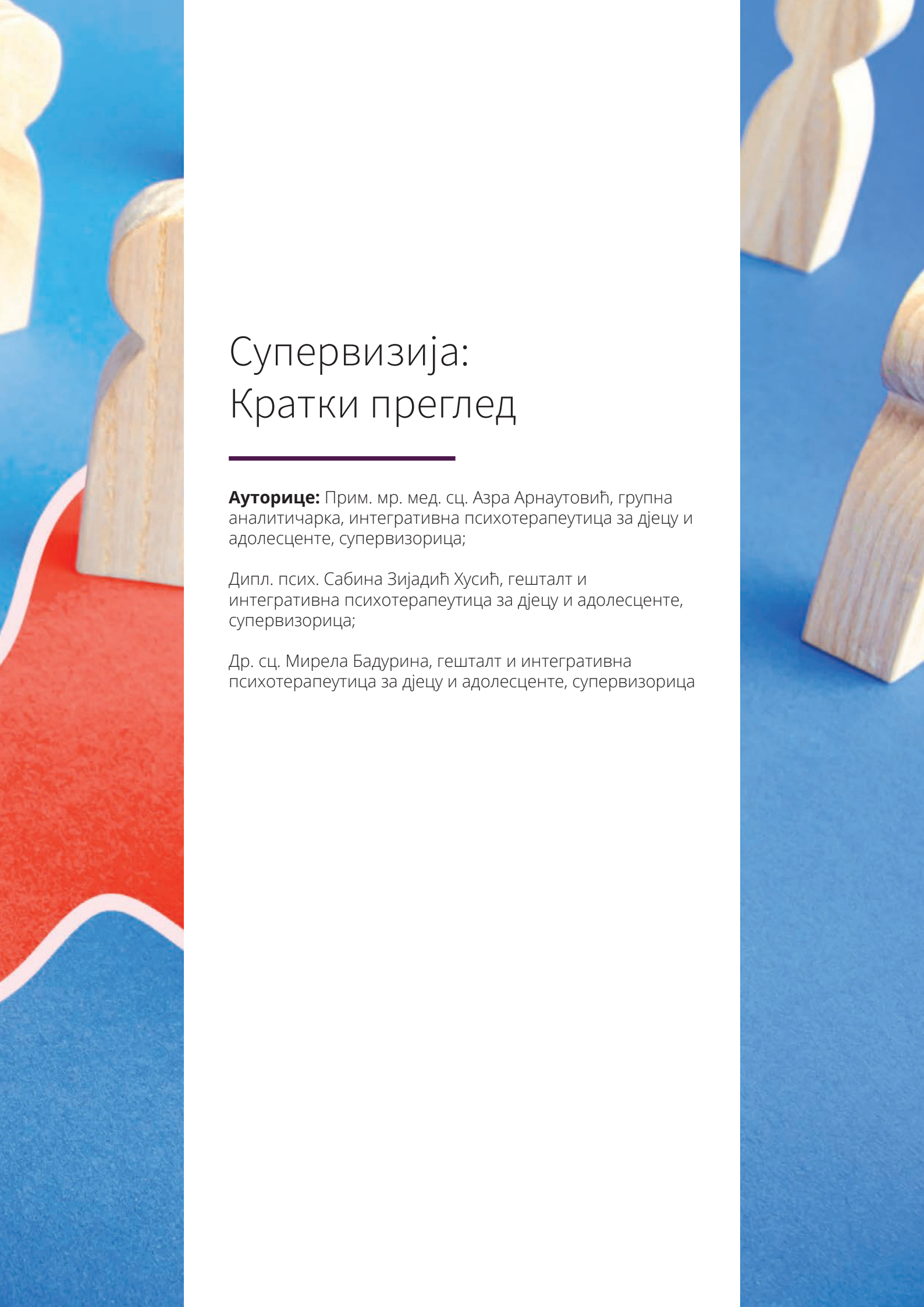
4. Интеграција теоријског и практичног дела или савет читаоцима

Интеграција теоријског и практичног дела у овако конципираном поглављу заправо се односи на охрабривање стручњака да садржаје изнете у теоријском делу што више практикују и у истраживачком и психотерапијском раду. Услов за добар психотерапијски рад свакако ће бити професионално урађена психодијагностика, а представљени инструменти процене то омогућавају. Такође, будућим истраживачима ови инструменти гарантују поуздану процену обрасца афективне везаности и ментализације. Најважнијим ми се чини повезивање психотерапијског и истраживачког дела, јер често су психотерапија и психолошка истраживања потпуно одвојени ентитети, а једни другима имамо шта да дамо. Увиди терапеута практично би требало да буду основа за истраживачке претпоставке, док би са друге стране истраживачки резултати могли бити нова и значајна дирекција у психотерапијском раду.

Literatura

1. Bogdanovic, A. (2022) Trauma i mentalno zdravlje mladih: medijatorska uloga afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije. Disertacija odbranjena na Univerzitetu u Nišu
2. Bolbi, Dž. (2005), Sigurna baza: Kliničke primene teorije afektivnog vezivanja. Zavod za izdavanje udzbenika, Beograd
3. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. (2010); Resilience and mental health. Clin Psychol Rev. 30(5):479–95
4. Dembińska-Krajewska, D., & Rybakowski, J. (2014). The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Autoquestionnaire (TEMPA-a) - an important tool to study affective temperaments. Psychiatria Polska, 48(2), 261–67.
5. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Mental Health Journal, 12(3), 201–218
6. Fonagy et al., (2016) The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/reflective-functioning-questionnaire-rfq>
7. Fraley, R.C. (2005) Information on the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment Questionnaire <http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/ecrr.htm>
8. Jovančević, A., Tošić Radev, M., & Stefanović Stanojević, T. (2021). Association between parent's and adult offspring's mentalizing capacity: The moderating role of child's temperament. Scandinavian Journal of Psychology, 62(5), 699–708. <https://doi.org/10.1111/sjop.12770>
9. Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. American Journal of Orthopsychiatry, 61(1), 6–22. <https://doi.org/10.1037/h0079218>
10. Luthar, S., Cicchetti, D (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies, Dev Psychopathol. 2000; 12(4): 857–885.
11. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (pp. 739–795). John Wiley & Sons, Inc.
12. Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. Development and Psychopathology, 2, 425–444.
13. McElwain, N. L., & Volling, B. L. (2004). Attachment security and parental sensitivity during infancy: Associations with friendship quality and false-belief understanding at age 4. Journal of Social and Personal Relationships, 21(5), 639–667. <https://doi.org/10.1177/0265407504045892>
14. Nygren B at al. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. Aging Ment Health. 2005; 9(4):354–62
15. Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 24(2):335–44.
16. Stefanovic Stanojevic, Hanak, Mihic (2012). Afektivna vezanost i porodični odnosi - razvoj i značaj, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd
17. Stefanović Stanojević (2014). Afektivna vezanost, razvoj, modaliteti i procena; drugo, izmenjeno i dopunjeno izdanje, Filozofski fakultet, Niš
18. Stefanović Stanojević, Tošić Radev, Stojilković (2017). Strah je najgore mesto: Studija o ranoj traumi iz ugla teorije afektivne vezanosti, CPP, Beograd.
19. Van Breda, A. D. (2001). Resilience theory: A literature review (Research Report MPI/R/104/12/1/4). South African Military Psychological Institute. http://vanbreda.org/adrian/resilience/resilience_theory_review.pdf
20. Vigotski (1983). Mišljenje I govor, Nolit, Beograd
21. Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1, 165–178.
22. Želeskov Djorić (2012). Rezilijentnost I zadovoljstvo poslom hirurga, doktorska disertacija, Beograd. https://www.academia.edu/11690021/Rezilijentnost_i_zadovoljstvo_poslom_hirurga





Супервизија: Кратки преглед

Ауторице: Прим. мр. мед. сц. Азра Арнаутовић, групна аналитичарка, интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценте, супервизорица;

Дипл. псих. Сабина Зијадић Хусић, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценте, супервизорица;

Др. сц. Мирела Бадуринa, гешталт и интегративна психотерапеутица за дјецу и адолесценте, супервизорица

1. Увод

За потребе овог Приручника, тема супервизије у овом чланку је обрађена на сажет начин и садржава основна начела супервизије у психосоцијалном раду, као и психотерапијске супервизије.

1.1. Шта је супервизија?

Постоје многе дефиниције супервизије које наглашавају њене различите аспекте: од значаја супервизијског савеза, едукативног аспекта, добробити за клијента као примарног у фокусу супервизијског процеса, професионалног усавршавање супервизаната, до супервизије коју можемо схватити као облик метатерапије.

Супервизија је процес интерперсоналне интеракције у којој једна особа, односно супервизор сусреће другу, односно супервизираниог, са циљем повећања његове дјелатности у психосоцијалном раду са људима (Hess, 1980).

Супервизија је процес у којем један стручњак има одговорност да ради с другим стручњаком како би се постигли одређени професионални, лични и организацијски циљеви супервизираниог. Ти циљеви укључују осигуравање компетентног, одговорног и непосредног рада са корисницима, континуирани професионални развој, те личну подршку супервизираниом (Harries, 1987).

Супервизија је креативни простор терапеута. То је мјесто гдје супервизант добива простор да рефлектира о самом себи и своме удјелу у процесима који настају у интеракцији с клијентом. Сврха супервизије је да терапеут у себи нађе оно што је јединствено за њега, његов властити стил, те да може бирати начин понашања у сусрету са клијентом. Полазећи од тога, супервизија је процес који потиче размишљање и развијање компетенције (Cajvert, 2001).

Супервизија је важна метода помоћу које социјални радници могу наставити развијати и побољшавати своје вјештине након завршетка формалног образовања. Служи као помоћ социјалним радницима почетницима, али и оним искуснима, у пружању ефикасне помоћи уз наглашавање права клијента (Davis, 1999).

Супервизија је дисциплина сама по себи, обухвата одређене вјештине настале кроз истраживање које је блиско повезано са клиничким радом и које је засновано на супервизијској пракси. Посвећује јој све више литературе и свјedoци смо настанка софистицираних супервизијских модела.

1.2. Супервизија у психосоцијалном раду

У литератури постоје разни подаци о историјским почецима супервизије. Тешко је рећи када, гдје и како је настао традицијски модел супервизије у социјалном раду. У Шкотској је почетком 19. вијека организован рад волонтера са сиромашним породицама и након повратка са терена са њима се разговарало о свему што су видјели, доживјели, размишљали и слично. У њиховом начину рада можемо препознати ране облике супервизије и савјетовања, а елементи ове праксе ушли су почетком 20. вијека и у друге еуропске државе (Ajduković, 2004). Ипак, почецима супервизије у социјалном раду, као метода увођења у занимање с менторским, едукативним и потпорним елементима, сматра се раздобље друге половине 19. вијека у Великој Британији и САД-у (Kobolt i Žorga, 2000). Од те почетне фазе, супервизија се даље развија, пратећи потребе друштва у развоју. Од двадесетих година 20. вијека супервизија постаје дио процеса образовања стручњака. Оно што је најзначајније обиљежило развој супервизије у овој фази је утицај Фреуда и психоанализе. Велики допринос ширењу психоаналитичких спознаја и интеграцији психоанализе и тада постојећих модела рада са људима, међу осталима, дао је Ото Ранк (Pantić, 2004). У праксу социјалног рада и супервизије уведена је концепција истраживања личне динамике, чиме се постиже боље разумијевање процеса који се дешава између професионалца и клијента. У сљедећој фази развоја супервизије (трећа фаза-

социологизација супервизије) у САД-у долази до теоријске диференцијације у схватању супервизије. Једним дијелом је и даље под утицајима психоанализе (која је кроз вријеме доживјела критике и одбацивање) а други дио се развија у социолошко-функционалистичком усмјерењу. У овој фази развоја централна питања су процес учења, социјална улога, социјални статус, интеракције у групи и радној организацији, која остају трајно у оквиру супервизије. Четврта фаза развоја - је названа фазом диференцијације и специјализације јер је у овој фази најважнија концепција клиничке супервизије, повезана са диференцијацијом између управљачке (организацијске) и аутономије праксе (клиничка/ професионална/консултативна супервизија), укључује методе рада на случајевима, групни рад, те рад у заједници у специјализираним моделима.

Данас се често наводи да је "социјални рад психосоцијални рад" ако под појмом психосоцијални подразумевамо подручје људског искуства које је створено у међуодносу психолошких обиљежја појединца и његовог социјалног окружења (Howe, 2002). Психосоцијални рад подразумева истовремено интерес за појединца и обиљежја његовог социјалног окружења.

Психосоцијални аспекти су посебно значајни за социјални рад када постоје проблеми међу људима или групама (партнерима, дјецом, вршњацима, стручњацима). У овом односу супервизија има значајно мјесто. Као што је циљ психосоцијалног рада ојачати појединца и унаприједити његове ресурсе, тако је и циљ супервизије ојачати стручњака и унаприједити његову професионалност у сусрету са корисницима/клијентима. Супервизор ради са супервизантом а не за њега.

Постоје више модела супервизије што понекад буде збуњујуће. Углавном се могу груписати према критеријима на: (1) терапијско-третманску теоријску концепцију и (2) функције и циљеве процеса супервизије (Bernard i Goodyear, 1998). С обзиром на природу психосоцијалног рада занимљивија је подјела модела супервизије у правцу функције и циљева.

У психосоцијалном раду данас се користи: супервизија у едукацији, развојно-интегративна супервизија, организацијска супервизија и консултације.

1.2.1. Организацијска супервизија

Циљ јој је помоћ организацији и професионалцу да оствари своје стручне задаће дјелотворно и квалитетно у раду са клијентима/корисницима. Фокус рада је на садржају рада с корисницима/клијентима, организацији рада те радним вриједностима организације.

1.2.2. Развојно-интегративна супервизија

Овај облик супервизије усмјерен је на процес у којем се развија стручњак као "инструмент" психосоцијалног рада, односно онај који тежи бољем разумијевању: односа међу људима, узрока настанка проблема, фактора који отежавају развој и клијента и стручњака. У фокусу супервизије је стручњак који рефлектира о свом професионалном искуству.

1.2.3. Супервизија у едукацији

У оквиру ове супервизије циљ је овладавање одређеним методама, вјештинама и терапијским приступима. У фокусу јој је примјена метода и теорија везаних уз едукацију те професионални развој.

1.2.4. Консултације

У консултацијама циљ је размјена мишљења и знања, те појашњавање неког конкретног подручја рада или случаја, са фокусом рјешавања проблема.

1.3. Психотерапијска супервизија

Уопштено говорећи то је процес учења у којем психотерапеут сарађује са искуснијим колегом у циљу побољшања сопствене праксе. Супервизија је дисциплина сама по себи и обухвата одређене вјештине настале кроз истраживање које је блиско повезано са клиничким радом и које је засновано на супервизијској пракси.

Сврха и циљеви психотерапије су да се разумију, промјене, разријеше или ублаже разлози клијентове патње и да му се помогне да развије самоспознају и доживљај себе у ширем животном контексту.

Улога супервизора јесте да стимулише интеграцију супервизантовог личног развоја, знања и стручности кроз процес процјењивања интеракције између њега и клијента. Тада супервизантова добробит и развој постају исто важни као и клијентови с обзиром да ће већа стручност супервизанта повољно утицати на клијента. Супервизија укључује специфичне циљеве учења за супервизанта, а као први циљ је унапређење добробити о којем се психотерапеут брине, што се постиже пажљивим размишљањем и критичким истраживањем терапијског односа између психотерапеута и клијента.

1.3.1. Типови супервизије

Према Гилберт, М. и Еванс, К. (2008) постоје разни типове супервизије. Једна од подјела је:

- Оријентисана на случај – терапеут и клијент дискутују о случају који је „изван“.
- Приступ центрирања на терапеута – фокус је на понашању, осјећањима и процесима терапеута.
- Интерактивни приступ – усмјерава се на интеракцију у терапијском односу и на интеракцију у супервизијском односу.

1.3.2. Супервизијски стилови

Супервизијски стилови се могу угрубо подијелити на двије категорије:

- Супервизија која има тенденцију ка терапијском систему на начин да супервизор и супервизант скупа дају рефлексije на забиљешке, снимке и сл. одређене терапијске сесије. Овдје постоје три модалитета: рефлексija на садржај терапијске сесије; истраживање стратегија и интервенција које користи терапеут/супервизант; те истраживање терапијског процеса и односа.
- Супервизија која има тенденцију ка терапијском систему кроз уочавање како се тај систем одражава на искуство сада и овдје у супервизијском процесу. И овдје постоје три модалитета: фокус на терапеутов контратрансфер; фокус на паралелни процес и фокус на супервизоров контратрансфер.

1.3.3. Функција супервизије

Хокинс и Смит (Hawkins i Smith, 2006) развијају нови модел који објашњава три главне функције супервизије у психотерапији:

Развојна – развој вјештина, разумијевања и капацитета супервизанта. То се ради кроз рефлексiju на истраживање супервизантовог рада са клијентима. Помаже му се да боље разумије клијента, да освијести своје реакције и одговоре клијенту, да разумије динамике односа између њега и клијента, да разумије своје интервенције и посљедице истих, истражи друге начине рада са оваквим или сличним ситуацијама клијената.

Оснаживање ресурса супервизанта да обухватају емоције клијента, односно повећавање

свјесности супервизанта о томе како емоције клијента утичу на њега и како да их обухвати.

Квалитативна функција обезбјеђује контролу квалитета у раду са људима. То не обухвата само питање да ли смо довољно обучени и искусни да радимо посао већ и одговорност како наше рањивости, погрешке, недостаци могу да се етички уклопе у посао који радимо.

1.3.4. Облици супервизије

Дијадна супервизија (супервизија у пару) подразумијева да супервизор и супервизирани сарађују у условима понављајућих сеанси (најмање 1 x 14 дана) током неког времена, како би остварили процес који доводи до атмосфере повјерења, односно од почетног учења до преласка на анализу емоционалне позадине неке професионалне интеракције.

Групна супервизија одвија се у мањим групама. Група је по могућности састављена тако да се чланови не сусрећу као колеге у истој институцији. Супервизор долази изван институције. Предност групне супервизије је у томе што сваки члан добива зрцалне поруке од других супервизаната у групи (а не само од ауторитета супервизора), препознаје како комуницира хоризонтално и вертикално, те препознаје себе у динамици сарадње са другима.

Супервизија групе (тима) потпуно је другачија од супервизије у групи. Овдје се више не анализира посредно материјал из професионалног односа појединог супервизанта с клијентом, већ се анализира функционисање цијелог тима у акцији. Појединац има мању важност од дјеловања цијеле групе, односно важан је с обзиром на то је ли његов допринос раду тима подржавајући, откривајући, деструктиван, заштитнички. Важни аспекти су: степен кохерентности (повезаности, припадности), степен интеграције сарадње и такмичења у тиму као цјелини, унутрашња структура тима, степен диференцијације и функционалности улога, комуникацијски стил у тиму, комуникација тима према вани итд.

Интервизијом називамо узајамну супервизију искусних колега у мањој групи.

1.3.5. Интегративни релациони модел

Овај модел подразумијева приступ супервизији кроз фокусирање на динамику односа у психотерапији, заснован је на узајамности односа. Заснива се на интересубјективној теорији и перспективи (интеракцијско поље 2 особе), развојном истраживању и дијалогској психотерапији (ЈА-ТИ однос, ЈА-ТО однос). Темељи се на конструктивизму (конструкција, деконструкција и реконструкција осјећања кроз садашњост), феноменологији (субјективни доживљаји без анализа) и теорији поља. Циљеви интегративног релационог модела су: развој процеса инклузије и одржавања мета-перспективе. Ово психотерапеуту и клијенту омогућава да на обухватан начин посматрају интеракционо поље (Gilbert i Evans, 2008). У оквиру супервизијског савеза супервизор и супервизант ступају у процес међусобног преговарања о значењу, тако да супервизант може стећи увид и свјесност у свој клинички рад, што посљедично олакшава његов рад са клијентом.

Гилберт и Еванс (2008) наводе да супервизија обухвата сљедеће:

- дијагнозу и планирање третмана, односно одговор на питања шта је проблем и какво је моје мишљење везано за ситуацију;
- стратегије и технике за интервенције – шта ћу да радим везано за то?;
- трансфер, контратрансфер и паралелни процес – која се лична питања могу добити у терапији;
- теорија - које информације недостају;
- етика и професионална пракса – шта би се требало десити?

1.3.5.1. Фазе супервизије

Почетна фаза супервизије почиње с договором за супервизију између супервизора и супервизанта. То укључује договор о динамици сусрета и рада у сеанси, припреме супервизијског питања, етичка начела и правила. Први дио припада упознавању. У почетној фази супервизант често идеализира супервизора, од њега очекује заштиту, чаробна рјешења, покушава се сјединити с њим, а истовремено се боји његове моћи и ауторитета. Супервизант често доживљава несигурност, стид, осјећај немоћи, нуди лажну слику, марљивост и послушност или, пак, наступа опозицијски.

У средњој фази однос супервизора и супервизираниог постаје реалистичан, кооперативан и колегијалнији. Супервизор прихвата супервизанта, а супервизант боље прихвата самога себе, добива на самопоуздању те напушта нереална очекивања. Постаје неовиснији. Материјал који доноси на супервизију, супервизант више не "фризира" и адекватнији је стварној психотерапијској динамици. У овој фази супервизант постаје способан интегрисати различите моделе и парадигме, тј. компатибилне елементе у свој основни приступ.

У завршној фази супервизант гради свој специфичан стил рада, одабира себи најближу парадигму и приступ у који је интегрисао елементе других приступа, те јасније види професионалну слику о себи. Обликује своју професионалну аутономију, што не значи да је сам себи довољан, већ да постаје равноправан саговорник осталим стручњацима. Стоји иза својих одлука у професионалном раду. Почиње сажимати процес супервизије, освртати се за додатним, другим могућностима, замјењивати супервизорово посматрање самопосматрањем. Покреће се завршни процес и процес раздвајања. Завршна фаза укључује и сепарацију, стога супервизант може доживјети осјећаје потиштености, а понекад чак и све веће неслагање са супервизором, љутњу према њему те тако лакше одлази. Завршна фаза укључује планове за другачије и додатне облике супервизије. Супервизор се у овој фази поступно повлачи из улоге супервизора: у групи, његову улогу наизмјенично преузимају други чланови, а у пару супервизор, постаје више консултант.

1.3.6. Супервизор – потребне квалитете

Гилберт и Еванс (2000) наводе листу квалитета које требају супервизори:

- Флексибилност између кориштења теоријских концепата и различитих интервенција и метода.
- Препознавање једне ситуације из више перспектива.
- Креирање радне мапе за дисциплину коју супервизирају.
- Способност да ради у различитим културама.
- Способност да носи и обухвата анксиозност, како своју, тако и од супервизанта.
- Отвореност да учи од супервизанта и из нових ситуација које се појаве.
- Осјетљивост за питања из ширег контекста која утичу како на клијентов рад, тако и на супервизијски процес.
- Хумор, људскост и стрпљење.

Нова вјештина која се тражи од супервизора је такозвана. „могућност за хеликоптерско посматрање“. То је могућност да се фокус помјера између:

- Клијента којег супервизант доноси;
- Супервизанта и његових процеса;
- Сопствених процеса и „овдје и сада“ односа са супервизантом;
- Клијента у његовом ширем контексту и да помогне супервизанту да то постигне;
- Ширег контекста организације и међуорганизацијских питања.

1.4. Етика у супервизији

Етика је филозофска дисциплина о идеалима доброг опхођења, вредновању оног што радимо, те процесу доношења моралних одлука о појединцима и њиховим интеракцијама у друштву. Етика је скуп начела и правила према којима се понашање процјењује као добро или лоше (Kurpius i sur., 1991). Укључује одговорност за друго људско биће (Agelii i sur., 2000) и промишљање о два аспекта односа: поступању (како би се нешто требало исправно учинити) и посљедицама (што би требало спријечити: умањивање добробити, угрожавање достојанства, негативне осјећаје, кршење права, штету) (Hvala, 2003). Будући да се у социјалном контексту не могу увијек постићи идеални односи, етику треба посматрати као оквир унутар којег се одвија жељена добра пракса те устрајно трагање за појединачним правилом које ће за конкретну ситуацију понудити најбоље могуће рјешење (Bauman, 2004). Циљ етике у супервизији је створити употребљив вриједносни оквир који ће супервизору олакшати опхођење и промоцију добробити супервизанта. Правила, која укључују етичка права, начела и стандарде, служе као трајан и поуздан путоказ за избор пожељног поступања и опхођења у разноликости и неизвјесности професионалног односа.

Етичка права су: поштовање достојанства, јединствености и аутономија особе.

Етичка начела су: индивидуални приступ, самоодређење, равноправност, повјерљивост, нештетност, добробит, лојалност и праведност.

Етички стандарди су: двоструки однос, компетенција, информирани пристанак, приватност, повјерење и сигурност (Cicak, 2008).

2. Примјер из праксе

У овом мини приказу представит ћемо примјер групне супервизије. Групу чине професионалци различитих професија (психолози, социјални радници, педагози, одгајатељи, психотерапеути).

На почетној супервизији успостављен је супервизијски договор о поштивању етичких принципа и динамици рада, те да ће ово бити развојно - интегративна супервизија, гдје смо радили на јачању компетенција стручњака.

У уводном раунду су истражене потребе супервизаната за овај сусрет. На основу њихових питања и потреба креирали смо заједно динамику и циљ супервизијског сусрета. Иако је супервизијски однос, однос "једнаких" пун поштовања и уважавања, ипак је одговорност супервизора да прати и креира динамику тако да сваки члан супервизијске групе добије довољно простора и времена да се изрази, да направи увид кроз истраживање и доживи развој професионалног селфа.

У овом приказу биће издвојен рад са једном од супервизантица из групе. Супервизантица супервизира рад са десетогодишњим дјечаком. Дјечак има дијагнозу дијабетеса. Супервизантица ради и са дјечаком и са породицом. Родитељи одбијају дјетету дати препоручену фармаколошку терапију за дијабетес. Наводе да се плаше да би инсулин као терапија могао штетити његовом здрављу и развоју. Болест држе под "контролом". Дијабетес "контролирају" посебним режимом исхране и физичке активности. Дјечак једе искључиво храну припремљену код куће. Мајка ту храну доноси на школским одморима спречавајући га при томе да узме храну од друге дјеце (чипс, бомбоне и слично) и при томе омета његову социјалну комуникацију са вршњацима. Родитељи заједнички учествују у одржавању наведеног режима односа. Отац свакодневно са дјечаком проводи вријеме у физичким активностима у сврху балансирања нивоа шећера у крви.

Супервизантица, након изношења наведене анамнезе поставља питање: *"Како и на који начин наставити подржавати родитеље, јер примјећујем њихову исцрпљеност?"* Овако постављено питање

може изазвати контратрансферну реакцију. Свако супервизијско питање може изазвати одређење свјесне и несвјесне реакције и код чланова групе и код супервизора. Улога супервизора је да препозна властите реакције и да дјелује из тог мјеста. Ако супервизор препозна свој контратрансфер може дјеловати у два правца: употребити га као оруђе, интервенцију, за разрешење супервизантичног непрепознатог процеса или не урадити ништа држећи свој контратрансфер под контролом. У случају непрепознавања контратрансфера од стране супервизора процес у групи може кренути у правцу застоја и уласка у замке паралелног процеса и дисфункционалних контратрансферних реакција. Супервизорица поставља хипотезу да супервизантица у оквиру својих несвјесних процеса има неразријешен унутарњи конфликт са сликом ауторитета. На основу ове хипотезе супервизантицу је упитана - како би се осјећала да пропитује одлуке родитеља о наведеном режиму подршке дјетету. Супервизантица не пропитује одлуке родитеља него настоји да задовољи исте, што је у складу са њеним супервизијским питањем: ***"Како да оснажим родитеље да наставе путем који су изабрали, јер примјећујем да су се уморили, а и ја са њима?"*** На додатно питање супервизора, шта њу лично највише умара, супервизантица наводи: ***"Тражење нове литературе за лијечење дијабетеса алтернативним начином"***. Сваким новим питањем супервизантица потврђује хипотезу о њеним несвјесним процесима у послушности родитељима. У супервизији је од изузетне важности да супервизор својим интервенцијама не пробуди стид супервизанта. Одговорност супервизора је да подржи развој професионалног селфа стручњака, али и да има у виду најбољи интерес клијента са којим супервизант ради.

Специфични задатак супервизора је да из метапозиције проматра процесе супервизанта, његовог клијента, али и властите процесе који се дешавају током супервизије. Супервизорица позива чланове групе да дају свој феедбацк.

Чланови групе дијеле своје контратрансферне реакције, највише љутњу и беспомоћност и сада "група ради" за супервизантицу. Повлачење супервизорице са мјеста ауторитета омогућава супервизантици подршку "вршњака" а не "родитеља". Чланови групе износе своју забринутост због здравственог занемаривања дјетета. Супервизантица се са изненађењем сусреће са природом дјеловања родитеља. До сада није имала дојам нити увид у чињеницу да родитељи крше постојећи здравствени протокол о лијечењу свога сина. Имала је потребу да подржи забринуте родитеље, али није схватала да том подршком учествује у здравственом угрожавању дјетета и кршењу закона. Тек када је добила феедбацк од групе постала је свјесна да терапију у којој је она терапеут заправо воде родитељи, то је терапија без терапеута. Осјетила се невидљивом и увидјела да не сједи на мјесту терапеута него послушног дјетета. Овај увид и обрат који је доживјела очигледно је направио простор за ширење њене перспективе. Са овог мјеста поставила је ново значајно питање: ***"Како да подржим себе као стручњакињу да задовољим најбољи интерес дјетета?"***

Након овог њеног питања супервизорица се укључила са упутом о важности кориштења Конвенције о заштити права дјете. Наведена конвенција јасно одређује протоколе које је нужно слиједити како би се спријечило угрожавање добробити дјетета. Према Конвенцији родитељи су дужни дјетету омогућити адекватан здравствени третман. Супервизантица је доживјела олакшање када је схватила да се у својој улози психотерапеута може и треба подржати знањем о протоколима који пружају сигурност и њој и њеним клијентима. Током рада на овој теми и остали чланови супервизијске групе су изјавили како су и сами доживјели олакшање увођењем теме о протоколима као заштити и средству за држање јасних професионалних граница.

Овако је супервизантица добила подршку групе да родитеље подсети на обавезне протоколе и да их охрабри у трагању за најбољим системом лијечења њиховог дјетета. Да их подржи у томе да могу паралелно примјењивати оба система лијечења и породичну динамику могу довести у баланс. Такође, група ју је подсетила на значај подршке и присуства у животу старијег сина, за којег су осјетили да је занемарен, да и њихов старији син треба активно присуство својих родитеља.

Комплексност и захтјевност неких случајва (на примјер, сексуално злостављање, насиље у породици, булинг, висококонфликтни разводи..) доводе до професионалног сагоријевања. Супервизија је један од начина заштите менталног здравља стручњака. Некада професионалци нису у могућности имати

superviziju licenciranog supervizora. U tim slučajevima od izuzetne je važnosti da se međusobno podržavaju i razmjenjuju iskustva kroz konsultacije i intervizije. Multidisciplinarni pristup je koncept koji štiti zdravlje i stručnjaka i klijenata sa kojima rade.

Literatura

1. Agelii, E., Kennergren, B., Severinsson, E., Berthold, H. (2000). Ethical dimensions of supervision: The supervisors' experiences. *Nursing Ethics*, 7 (4), 350-359.
2. Ajduković M. (2009). Refleksije o superviziji: međunarodna perspektiva. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Ajduković, M., Cajvert, L (2004). Supervizija u psihosocijalnom radu. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Bauman, Z. (2004). Liquid modernity. Supervision. ANSE-Conference 2004. Weinheim. Julius Beltz GmbH. Co.
5. Bernard, J.M., Goodyear, R. K. (1998). Fundamentals of clinical supervision. Boston: Allyn and Bacon.
6. Cicak, M. (2008). Etička načela u superviziji. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada. Specijalistički rad.
7. Davis, R. (1999.) Korištenje autoriteta vlasti i moći u superviziji socijalnog rada – iskustva Rumunjske. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, VI., 77-88.
8. Gilbert, M., Evans, K. (2000). *Psychotherapy Supervision*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. 9. 45.
9. Gilbert, M.C., Evans, K. (2008). Psihoterapijska supervizija. Integrativni odnosni pristup psihoterapijskoj superviziji. Zagreb: Mladinska naklada.
10. Ekstein, R., Wallerstein, R.S. (1972) *Teaching and Learning of Psychotherapy*. New York: International Universities Press.
11. Harries, M. (1987). Discussion Paper on Social Work Supervision. Australian association of Social Workers.
12. Hawkins, P., Smith, N. (2006). Coaching, mentoring and organisational consultancy. Maidenhead: Open University Press.
13. Hawkins, P., Shohet, R. (1998). Supervision in the helping professions. Maidenhead: Open University Press.
14. Hess, A.K. (1980). *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. New York: Wiley.
15. Howe, D. (2002). Psychosocial work. U Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. (ur.) *Social work: Themes, issues and critical debates*. Houndmills: Palgrave, 170-178.
16. Hvala, E. (2003). Etika v superviziji. *Socialna pedagogika*, 7 (1), 83-104.
17. Kobolt, A., Žorga, S. (2000). Supervizija – Proces razvoja in učenja u praksi. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
18. Kurpius, D., Gibson, G., Lewis, J., Corbet, M. (1991). Ethical issues in supervising counseling practitioners. *Counselor Education and Supervision*, 31 (1).
19. Pantić, Z. (2004). Povijesni pregled razvoja supervizije. U: Ajduković, M., Cajvert, L (2004). Supervizija u psihosocijalnom radu. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 40-57.

Кратки рјечник појмова

Афективна везаност - носећи термин у теорији афективне везаности. Аутор појма је оснивач теорије Џон Болби. Увођењем овог термина желео је да суштински промени дотадашње (психоаналитичко) схватање односа између мајке и детета. Психоанализа је овај однос означавала емоционалном зависношћу, а Болби је тврдио да се ради о квалитету узајамне везаности. Афективна везаност је специфичан асиметричан однос који се у најранијем детињству успоставља између фигуре која се бави дететом и детета, те у форми унутрашњег радног модела себе и других перзистира кроз одрастање обликујући све значајне релације са другима, али и личност особе.

Фазе развоја - одређена временска раздобља у животу дјетета током којих дијете има неке специфичне потребе и захтјеве и у којем раздобљу дијете формира неке специфичне особине, као посљедица интеракције с околином. Фазе развоја слиједе одређени тијек који је устаљен и истовјетан у све дјеце.

Идентитет - доживљај властитог ја, слика коју појединац има о самом себи и континуираном постојању властите личности, чије се битне карактеристике не мијењају с обзиром на вријеме, мјесто или ситуацију у којој се налази.

Интердисциплинарни компетенције – инструментални скупови понашања у успјешном суочавању с интердисциплинарним настојањима.

Интердисциплинарност – посебан облик функционалне разноликости дефиниран високим ступњем интеграције различитих стручних перспектива.

Криза - психичко стање узроковано догађајем у којем уобичајени механизми суочавања са проблемима нису више ефикасни; означава специфичну психолошку реакцију на ситуацију у којој је дошло до промјене једног или више аспеката материјалне или социокултурне реалности појединца или промјене њега самог.

Кризно стање – стање које нарушава индивидуалну равнотежу особе у мјери да ју она не може успоставити за уобичајено вријеме.

Ментализација - способност стварања и коришћења менталних репрезентација сопствених и емотивних стања других људи, што олакшава сналажење у међуљудским односима. Без ње бисмо били комплетно изгубљени у свету детерминисаном сложеним и константно промјењивим међуљудским односима, који захтевају висок ниво сарадње и разумевања.

Ментално здравље - стање добробити, у којем појединац остварује своје потенцијале, постаје свјестан његових или њених способности, носи се са нормалним стресом у животу, у стању је да ради продуктивно, те је способан да оствари лични допринос за своју заједницу.

Мултидисциплинарност – знанствени приступ у којем долази до сучељавања различитих дисциплина међу којима постоје неке јасно уочљиве везе.

Породица - основна ћелија-заједница друштва која има репродуктивну, одгојну, егзистенцијалну и заштитну улогу. Сви чланови у њој требају остваривати своја темељна права.

Превенција проблема са менталним здрављем – активности усмјерене на смањивање ризичних фактора и специфичне поремећаје, а циљ јој је смањити учесталост, распрострањеност и озбиљност одређених проблема.

Приврженост - трајна емоционална веза уз специфичну особу.

Промоција менталног здравља - подразумева стварање индивидуалних, друштвених и околних услова који су оснажујући и који омогућавају оптимално здравље и развој.

Психосоцијални рад - подразумева истовремено интерес за појединца и обиљежја његовог социјалног окружења. Данас се поистовјећује социјални рад са психосоцијалним радом.

Ресурси - капацитети и могућности појединца, породице и заједнице.

Резилијентност - динамички процес позитивне адаптације у контексту значајне недаће. Иако постоје разне дефиниције, као и теорије резилијентности, неопходно је да постоје два услова да би о њој

могли да говоримо и то: 1) изложеност претњи или озбиљној недаћи; 2) постизање позитивне адаптације упркос великим нападима на развојни процес.

Родни идентитет - субјективни осјећај, искуство и доживљај припадности мушкарцима или женама. Доживљај да особа има типичан начин размишљања, реагирања и интереса као и друге особе истог рода. Родни идентитет не мора нужно бити истовјетан сполу, премда најчешће јест.

Самоозљеђивање - намјерно озљеђивање властитог тијела без свјесне суицидалне намене које резултира оштећењем ткива, болешћу или ризиком од смрти.

Самопоуздање - појединачна процјене властитих способности, потенцијала за успјех и мишљења о себи у различитим подручјима.

Сексуални идентитет (сексуална оријентација)

- осјећај романтичне, еротске и сексуалне привлачности према особама одређеног пола. Сексуална се оријентација дефинира као хомосексуална, хетеросексуална, бисексуална или асексуална.

Селф - рефлексија укупне евалуације или властите процјене себе у односу на вањски свијет.

Стрес - сложена психолошка и физиолошка реакција организма на стресор.

Стресор - сваки догађај или ситуација која захтијева адаптацију.

Супервизија - рефлексија, репроцесирање тока професионалног рада, усмјерена на стручњачов унос у професионални однос с клијентом и његово разумијевање процеса.

Супервизор - искусан стручњак који је свој професионални идентитет успио надоградити психотерапијским знањима, интегрирајући та знања у оквиру едукације из супервизије.

Траума - изравно судјеловање, свједочење или суоченост с догађајем који укључује пријетњу особном интегритету или туђем тјелесном интегритету.

Траума или трауматска реакција обухвата склоп осећања, мисли и поступака за време трајања застрашујућег догађаја или непосредно након њега. Непосредна је реакција на трауматске догађаје. Реч је о догађајима који ометају уобичајен осећај контроле који појединац има над животом, осећај повезаности са другима и значења која придаје свету око себе.

Жаловање је процес који природно слиједи након губитка. Губитак је универзалан феномен, припада категорији очекиваних људских искустава. Психолошке реакције на губитак су индивидуалне.

MITIGATING THE IMPACT OF COVID-19 ON CHILDREN AND FAMILIES

IN THE WESTERN BALKANS AND TURKEY



Funded by
the European Union



Интердисциплинарна мрежа
стручњака "Овдје & Сада"



ИСБН 978-9926-8300-3-8

ЦИП запис доступан у ЦОБИСС систему Националне и универзитетске библиотеке БиХ под
ИД бројем 52007942

Израда и издавање ове публикације реализује се у оквиру УНИЦЕФ-овог пројекта
"Интердисциплинарна мрежа стручњака "Овдје&Сада" уз подршку ЕУ.

Примјери презентирани у приручнику темеље се на стварним искуствима особа.
Личне информације су измјењене како би се заштитила њихова приватност.
Садржај, ставови и мишљења изнесена у овој публикацији искључиво је одговорност аутора
и не одражавају мишљење и ставове UNICEF-а БиХ и ЕУ.

Ова публикација израђена је уз финансијску подршку UNICEF-а и ЕУ

Пројекат је реализован уз сугласност надлежних министарстава