



DJEČIJA DUŠA TREBA DA SE SLUŠA

Priručnik za interdisciplinarnu
mrežu stručnjaka

MITIGATING THE IMPACT OF COVID-19 ON CHILDREN AND FAMILIES

IN THE WESTERN BALKANS AND TURKEY

unicef 
for every child



Funded by
the European Union



Interdisciplinarna mreža
stručnjaka "Ovdje & Sada"



Izdavač: BHIDAPA

Urednici: Mirela Badurina i Zlatan Jovanović

Glavni urednik: Zlatan Jovanović

Autori (abecednim redoslijedom):

Azra Arnautović, Dubravka Kocijan Hercigonja, Goran Arbanas, Gordana Buljan Flander, Mia Roje Đapić,
Mirela Badurina, Mirjana Graovac, Ranka Kalinić, Sabina Zijadić Husić, Tatjana Stefanović Stanojević

Recenzent: Prof. dr. sc. Vera Daneš Brozek

Korektura: Zlatan Jovanović

Dizajn i grafička priprema: Vladimir Žuržulović

Autor fotografije naslovnice: Dženan Kriještorac

Tiraž: Sarajevo, novembar/studen 2022. City Group d.o.o: 200 komada

ISBN 978-9926-8300-4-5

CIP zapis dostupan u COBISS sistemu Nacionalne i univerzitetske biblioteke BiH pod
ID brojem 52007174

Izrada i izdavanje ove publikacije realizuje se u okviru UNICEF-ovog projekta
"Interdisciplinarna mreža stručnjaka "Ovdje&Sada" uz podršku EU.

Primjeri prezentirani u priručniku temelje se na stvarnim iskustvima osoba.

Lične informacije su izmjenjene kako bi se zaštitila njihova privatnost.

Sadržaj, stavovi i mišljenja iznesena u ovoj publikaciji

isključivo je odgovornost autora i ne odražavaju mišljenje i stavove UNICEF-a BiH i EU.

Ova publikacija izrađena je uz finansijsku podršku UNICEF-a i EU

Projekat je realizovan uz suglasnost nadležnih ministarstava



Autori:

Azra Arnautović, Dubravka Kocijan Hercigonja, Goran Arbanas, Gordana Buljan Flander, Mia Roje Đapić,
Mirela Badurina, Mirjana Graovac, Ranka Kalinić, Sabina Zijadić Husić, Tatjana Stefanović Stanojević

DJEČIJA DUŠA TREBA DA SE SLUŠA

Priručnik za interdisciplinarnu mrežu stručnjaka

Sarajevo, novembar/studeni 2022.

Sadržaj

Predgovor, uvod i zahvale	8
Biografije	12
Značaj promocije mentalnog zdravlja djece i adolescenata u BiH	15
1. Uvod	16
1.1. Mentalno zdravlje	16
1.2. Zakonske legislative iz oblasti mentalnog zdravlja	16
1.3. Faktori koji određuju stanje mentalnog zdravlja jedne zajednice	17
1.4. Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini	18
1.5. Mentalno zdravlje djece u Bosni i Hercegovini	19
1.6. Prevencija i promocija mentalnog zdravlja	20
1.7. Značaj programa promocije zdravlja	21
2. Aktivnosti i programi promocije mentalnog zdravlja	21
Multidisciplinarni koncept: Tko smo mi? Koliko se poznajemo?	25
1. Uvod	26
2. Teorijski dio	26
2.1. Kompetencije stručnjaka pomagača	27
2.2. Interdisciplinarnе kompetencije	28
2.3. Širina intersektorske mreže	29
2.4. Primjer dobre prakse intersektorske suradnje: PROMISE	29
3. Praktični dio	30
4. Integracija teorijskog i praktičnog dijela	31
Razvoj identiteta djece i adolescenata	35
1. Teorijski dio	36
1.1. Što je identitet?	36
1.2. Freudov psihoseksualni razvoj djeteta	37
1.3. Eriksonov psihosocijalni razvoj djeteta	39
1.4. Rodni i seksualni identitet	41
1.5. Razvoj rodnog identiteta	41
1.6. Razvoj seksualne reaktivnosti	42
2. Prikaz studije slučaja	43
3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela	44
Kriza, trauma, gubitak i žalovanje - razumijevanje i podrška	49
1. Teorijski dio	50
1.1. Reakcije djeteta na gubitak	51
1.2. Kako djeca različite dobi razumiju smrt	52
1.3. Rad žalovanja kod djece	54
2. Praktični dio	54
3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela	55
3.1. Često postavljena pitanja	56
Psihološke reakcije i razvoj mentalnozdravstvenih problema u djece i adolescenata	59
1. Prvi dio	60
1.1. Reakcija na težak stres i poremećaji prilagođavanja	60
1.2. Depresija kod djece i mladih	61
1.3. Suicidalnost u razvojnom periodu	62
1.4. Suicidogeni faktori	63
1.5. Šta možemo preduzeti?	64
1.6. Prevencija samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih	64
1.7. Liječenje suicidalnog adolescenta/ice	65
2. Drugi dio	66
2.1. Pitanja koja se često postavljaju	66
2.2. Prikaz slučaja	68
2.3. Preporuke za rad sa suicidalnim adolescentima	69
Utjecaj različitih konteksta na rast i razvoj djece i adolescenata	71
1. Teorijski dio	72
2. Praktični dio	74
3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela	75

Porodica i kriza	79
1. Uvod	80
1.1. Funkcije i vrste porodice	80
1.2. Porodica i Kriza ali i Kriza porodice	81
2. Šta mi profesionalci radimo sa porodicama u krizi i sa krizom?	82
2.1. Šta nam koristi?	83
3. Primjeri iz prakse	84
3.1. Primjer 1.	84
3.2. Primjer 2.	85
Rezilijentnost ili: Kriza kao izazov za rast i razvoj	89
1. Uvod	90
2. Teorijski deo	90
2.1. Rezilijentnost: kapacitet za zaštitu, ali i za rast	90
2.2. Afektivna vezanost: kolevka rezilijentnosti	91
2.2.1. Obrasci afektivne vezanosti i razlike u razvoju kapaciteta za rezilijentnost	92
2.3. Mentalizacija ili kako da mislimo o osećanjima i osećamo o mislima	93
2.3.1. Obrasci afektivne vezanosti i razlike u mentalizaciji	94
2.4. Temperament ulazi u igru ili: postoje li laka i teška deca	95
3. Praktični deo	96
4. Integracija teorijskog i praktičnog dela ili savet čitaocima	99
Supervizija	101
1. Uvod	102
1.1. Šta je supervizija?	102
1.2. Supervizija u psihosocijalnom radu	102
1.2.1. Organizacijska supervizija	103
1.2.2. Razvojno-integrativna supervizija	103
1.2.3. Supervizija u edukaciji	103
1.2.4. Konsultacije	104
1.3. Psihoterapijska supervizija	104
1.3.1. Tipovi supervizije	104
1.3.2. Supervizijski stilovi	104
1.3.3. Funkcija supervizije	104
1.3.4. Oblici supervizije	105
1.3.5. Integrativni relacioni model	105
1.3.5.1. Faze supervizije	106
1.3.6. Supervizor – potrebne kvalitete	106
1.4. Etika u superviziji	107
2. Primjer iz prakse	107
Kratki rječnik pojmova	110

Recenzija

Priručnik za interdisciplinarnu mrežu stručnjaka DJEČIJA DUŠA TREBA DA SE SLUŠA, urednika Mirele Badurina i Zlatana Jovanovića, Sarajevo, novembar-studeni 2022.

Priručnik obuhvata 112 stranica, podijeljen je u poglavlja koja su napisali 10 autora – stručnjaka za mentalno zdravlje djece i adolescenata, a koji su navedeni poimenično abecednim redom. Na početku stoji predgovor urednice, zatim biografije svih autora.

Poglavlja su: Značaj promocije mentalnog zdravlja djece i adolescenata; Multidisciplinarni koncept; Razvoj identiteta kod djece i adolescenata; Kriza, trauma, gubitak i žalovanje; Psihološke reakcije i razvoj mentalno-zdravstvenih problema u djece i adolescenata; Utjecaj različitih konteksta na rast i razvoj djece i adolescenata; Porodica i kriza; Rezilijentnost ili kriza kao izazov za rast i razvoj; Supervizija; Kratki rječnik pojmova.

Kroz prezentacije teorijskih postavki o razvoju djeteta i evoluciju nastanka psihičkih poremećaja, te uporedo navodeći svoja iskustva iz prakse nastoji se dati određena projekcija stanja mentalnog zdravlja populacije u razvoju u budućim vremenima. Traži se odgovor na kompleksno pitanje kako predvidjeti moguće posljedice, djelovanja promijenjenih životnih okolnosti na rast i razvoj djece.

U cjelini u sadržaju priručnika osnovna je poanta da je prezentirani sadržaj izuzetno aktualan. Autori nastoje dati odgovore na pitanja s područja mentalnog zdravlja, koja su došla sa turbulencijama na globalnom planu, a koje su utjecale na život ljudi, kao što je pandemija COVIDA-19, učestalost i silina elementarnih nepogoda. Značajno da se u svojim prezentacijama stručnjaci u priručniku bave ne samo sa situacijom ugroze mentalnog zdravlja djece i adolescenata, nego obrađuju i utjecaj navedenih remetećih čimbenika na mentalno zdravlje pomagača – stručnjaka za mentalno zdravlje koji pružaju pomoć.

Priručnik DJEČIJA DUŠA TREBA DA SE SLUŠA je vrijedan poduhvat jer, u relativno sažetom prostoru (što odgovara formi priručnika), sadrži teoretske prezentacije o značaju zaštite mentalnog zdravlja, a također značajnim dijelom prezentirana su i iskustva iz prakse autora, što će korisnicima priručnika olakšati njihov praktični rad sa klijentima.

Pisan je jasno, a poruke su razumljive i prihvatljive za sve one kojima je namijenjen, te preporučujem da se isti publicira.

Zagreb, 23.11.2022. godine



Predgovor, uvod i zahvale

Poštovani i dragi naši saradnici i saradnice interdisciplinarne mreže stručnjaka,

Priručnik koji se nalazi pred vama rezultat je implementacije projekta Interdisciplinarne mreže stručnjaka “Ovdje&Sada”. Izrađen je sa željom da vam bude dodatna podrška u daljim stremljenjima očuvanja mentalnog zdravlja djece i mladih. Ovaj priručnik predstavlja integraciju teorijskih tematskih cjelina, praktičnih iskustva, intervencija i smjernica koje smo skupili tokom provedbe projekata. Namijenjen je stručnjacima koji nisu imali priliku sudjelovati u Projektu (a koji se u svakodnevnom radu susreću sa djecom, mladima i njihovim obiteljima), zatim roditeljima i svima onima koji su zainteresovani za mentalno zdravlje i dobrobit djece.

Krenuli smo u proljeće 2020. godine, tokom vanrednih okolnosti vezanih uz globalnu zdravstvenu krizu, u potragu za odgovorom: *Kako i na koji način da brzo i adekvatno djelujemo u situaciji koju je izazvao Corona virus i aktuelne zdravstvene mjere zaštite? Svjesni da smo se svi, a posebno djeca i adolescenti, našli u specifičnoj i novoj situaciji, pitali smo se i ovo: Kako na mentalno zdravlje i kvalitetu života naše djece i mladih utječe sve što je novonastala situacija donijela: restriktivne mjere poput zatvaranje vrtića i škola, prelazak na online nastavu, strah od Corona virusa, fizička izoliranost, prekid uobičajenih aktivnosti, reorganizacija obiteljskog života, masivni stres, strah od smrti članova obitelji, ekonomska kriza, poteškoće na koje nailaze njihovi roditelji, rad od kuće uz istovremeni gubitak sistema podrške, ograničen pristup obrazovnim, zdravstvenim i socijalnim uslugama, te sveopšta neizvjesnost?*

Na osnovu tada dostupnih istraživanja o uticaju karantina i izolacije, bilo je vidljivo da postoji mogućnost značajnog porasta emocionalnih, ponašajnih i somatskih poteškoća, obiteljskog nasilja, nasilja nad djecom, zlostavljanja i zanemarivanja, a time i povećanja mentalno-zdravstvenih poteškoća. Posebno su bila u opasnosti djeca i adolescenti zbog njihovih razvojnih specifičnosti i vulnerabilnosti. Potreba za ranim intervencijama koje sprječavaju negativne posljedice na mentalno zdravlje djece i adolescenata, znatno je veća od kapaciteta stručnjaka specijaliziranih za rad sa djecom, adolescentima i njihovim obiteljima. Ako se uzmu u obzir i studije koje ukazuju da postoji povećan rizik od problema mentalnog zdravlja među zdravstvenim radnicima, pomagačkim strukama i njegovateljima, ova problematika postaje još veća. Tragajući za dodatnom podrškom, znanjem i vještinama, u aprilu 2020. godine, BHIDAPA je postala dio globalne on-line mreže stručnjaka Oaklander trening Centra iz Kalifornije koju vodi dr. Karen Fried



i, u to vrijeme, uz mentorstvo dr. Violet Solomon Oaklander. Mreža je okupila stručnjake savjetodavnih i psihoterapijskih instituta za djecu i adolescenete iz više od 25 zemalja svijeta. Princip rada nazvan je *Oaklander virtualni model u vrijeme krize "Just for Now"*. Podrazumijevao je smjernice vođenja internetskih sesija preko zoom platforme, integrišući krizne, savjetodavne, terapijske ciljeve i internetske mogućnosti (uspostava kontakta, dijeljenje zaslona, upotreba virtualnih interaktivnih projekivnih tehnika tokom sesije, etičke dileme...). Postavši dio globalne mreže, BHIDAPA je proširila mrežu saradnje i podrške sa stručnjacima iz drugih krajeva svijeta i time obogatila svoje kapacitete i mogućnosti edukacijskog, savjetodavno-terapijskog i istraživačkog djelovanja.

U cilju doprinosa zaštiti mentalnog zdravlja naše djece, adolescenata i roditelja, kao i smanjenju negativnog uticaja zdravstvene krize na njihovo mentalno zdravlje i emocionalnu dobrobit, znanja i vještine koje smo sticali kroz globalnu mrežu stručnjaka, integrisali smo u prvi projekat pod nazivom *Virtualne krizne intervencije „Ovdje&Sada“*. U saradnji sa UNICEF-om BiH, uz podršku Vlade Kraljevine Švedske, USAID-a i uz suglasnosti nadležnih ministarstava, u maju 2020. godine, stručni tim BHIDAPA-e sa saradnicima, započinje realizaciju ovog Projekta. Obuka je imala za cilj osnažiti stručnjake iz područja zdravstva, socijalne zaštite, odgoja i obrazovanja iz Bosne i Hercegovine, u primjeni virtualnih kriznih intervencija kroz obezbijevanje potrebnih znanja i vještina u pružanju virtualne, telefonske stručne podrške djeci, adolescentima i njihovim roditeljima. Važan cilj ovog projekta bio je kreiranje interdisciplinarnе mreže stručnjaka, koja će kroz osjećaj pripadnosti i koherentnosti, kao najmoćnijeg principa razvoja rezilijentnosti, podržati mentalno zdravlje, lični i profesionalni razvoj stručnjaka, koji su bili uključeni. Projekat je obuhvatio četiri ciklusa od po osam edukativno-iskustvenih tematskih cjelina, u trajanju od 32 sata. Sudjelovalo je 175 stručnjaka iz zdravstvenog, socijalnog i obrazovnog sektora u BiH i 15 eminentnih predavača i stručnih saradnika. Povratne informacije učesnika govore da je iskustvo sudjelovanja u edukaciji-treningu, za njih bilo iznimno vrijedno na više razina, što je iniciralo potrebu za nastavak zajedničkog djelovanja.

Kako se pandemija COVID-19 nastavila, postojao je (i u trenutku pisanja ovo teksta još uvijek postoji) veliki pritisak nad našom djecom i njihovim odnosima s obitelji, vršnjacima i njihovim zajednicama. Taj pritisak i neizvjesnost mogu imati dugotrajne učinke na mentalno zdravlje. Dobra vijest je da je rezilijentnost moguća, ali zahtijeva više od pozitivnog razmišljanja.

Prof. dr. Michael Ungar nadovezujući se na istraživanja iz cijelog svijeta i klinički rad s dječjom populacijom koja je iskusila stres socijalne izolacije, siromaštva, stigme i nasilja, ukazuje da je rezilijentnost mnogo više od djetetove lične sposobnosti da prevlada nevolje. On ističe da je rezilijentnost odraz dinamika dovoljno dobre obitelji, škole, pružatelja usluga i zajednice i načina na koji ovi sistemi međusobno sarađuju kako bi stvorili mogućnosti djeci i mladima da se kreću do resursa potrebnih za njihovu dobrobit, dok se ti resursi čine dostupnima na način koji mladi doživljavaju smislenim. Na temelju integracije privrženosti i rezilijentnosti kao odrednica zdravlja, integrativno - holističkog pristupa, rezultata istraživanja (Badurina, 2016), te rezultata evaluacije, kreirali smo Projekat u cilju jačanja uspostavljene interdisciplinarnе mreže stručnjaka „Ovdje&Sada“.

U novembru 2021. godine počinjemo sa realizacijom ovog projekta pod nazivom Interdisciplinarna mreža stručnjaka „Ovdje&Sada“ u partnerstvu sa UNICEF-om BiH, uz podršku EU i uz saglasnosti nadležnih ministarstava. Projekat je obuhvatio tri ciklusa sa po sedam specifičnih virtualnih tematskih modula, u trajanju od 56 sati i zapravo predstavlja nastavak naših zajedničkih aktivnosti u jačanju multidisciplinarnе i multisektoralne povezanosti i saradnje, kao fundamenta zaštite i očuvanja mentalnog zdravlja. Sudjelovalo je 126 stručnjaka iz zdravstvenog, socijalnog i obrazovnog sektora iz Federacije Bosne i Hercegovine, Republike Srpske i Brčko distrikta.

Obezbeđivanjem sigurnog prostora u kojem je svaki pojedinac dobrodošao sa svim onim što jeste, brižnog odnosa i saradnje, osigurava se prostor za razvoj rezilijentnosti grupe-zajednice. Kroz grupne procese i superviziju, stručnjaci su imali mogućnost prepoznati i dodatno jačati svoje lične i stručne kapacitete, lična mjesta razvoja, i time aktivno učestvovati u prepoznavanju i posezanju za unutaršnjim i vanjskim sistema podrške u očuvanju vlastitog zdravlja. Pored planiranih tematskih cjelina, specifične aktivnosti bile su usmjerene na pružanje ranih intervencija, promicanje mentalnog zdravlja i emocionalnog blagostanja djece, adolescenata i njihovih porodica.

Rezultat ovog projekta je publikacija koja je pred vama. Priručnik pod nazivom „Dječja duša treba da se sluša“ (slogan BHIDAPA-e), sastoji se od devet autorskih tekstova. Na samom početku možete pročitati biografije (ko)autora, kao i proces nastajanja projekata realizovanih u partnerstvu sa UNICEF-om BiH. Nakon toga slijedi devet tematskih cjelina koje integrišu teoriju, primjere iz prakse i praktične smjernice. Primjeri prezentirani u priručniku temelje se na stvarnim iskustvima osoba. Lične informacije su izmjenjene kako bi se zaštitila njihova privatnost. Dijelovi poglavlja koji su ovdje objavljeni bili su i usmeno predavani kroz ranije spomenute module. Na samom kraju priručnika smo priredili i kratki rječnik pojmova.

Priručnik ima ukupno 10 (ko)autora koji su dugogodišnji stručni saradnici, profesori, mentori i supervizori BHIDAPA-e. U pisanju priručnika sudjelovali su univerzitetski profesori, dječji i adolescentni neuropsihijatar, dječji i adolescenti psihijatri, doktor zdravstvenih znanosti, dječji i adolescenti integrativni psihoterapeuti, psihoanalitički i sistemski orijentirani psihoterapeuti, geštalt psihoterapeuti, seksualni psihoterapeut, psihijatri, klinički psiholozi, pedijatar, psiholozi i supervizori. Svi autori imaju dugogodišnju praksu u području dječje i adolescentne psihijatrije, razvojne psihologije i psihoterapije.

Ovaj priručnik rezultat je onoga što smo učili od svojih malih klijenata, njihovih roditelja i saradnika. Zbog toga, najveća zahvalnost ide našoj djeci i njihovim roditeljima, od kojih smo učili, uz koje smo lično i profesionalni rasli i koji su naša najveća motivacija. Posebna zahvala (ko)autorima, koji su se rado odazvali i koji su svojim znanjem i vještinama obogatili module i Priručnik, stručnom timu BHIDAPA-e, fotografu i adolescentkinji koja nam je ustupila fotografiju za naslovnu stranu Priručnika, glavnom uredniku, dizajneru i svim našim kolegicama i kolegama Interdisciplinarnе mreže stručnjaka „Ovdje&Sada“.

Velika zahvala našem partneru UNICEF-u BiH uz podršku EU, na ukazanom povjerenju i saradnji, bez kojeg implementacija projektnih aktivnosti i izdavanje Priručnika „Dječja duša treba da se sluša“ ne bi bila moguća.

Hvala nadležnim ministarstvima koji su svojim saglasnostima podržali realizaciju Projekta: Federalnom ministarstvu zdravstva, Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, Federalnom ministarstvu rada i socijalne politike, Federalnom ministarstvu obrazovanja i nauke i Vladi Brčko distrikta BiH - Odjelu za obrazovanje.

Samo zajedno, aktivnim djelovanjem, možemo čuvati mentalno zdravlje i dobrobit djece, a time i društva u cjelini.

Mirela Badurina, novembar, 2022.



Biografije

Azra Arnautović, Primarijus. mr.med.sc.

Primarijus. mr. med. sc, specijalista pedijatar, europski licencirana grupna analitičarka i integrativna psihoterapeutkinja za djecu i adolescente, supervizorica. Radila na Klinici za dječije bolesti i u UG Vive Žene Tuzla, kao doktor i psihoterapeut (uža specijalnost psihoterapija traume, nasilja u porodici). Osnivanjem Interdisciplinarnog terapijskog centra za zaštitu zdravlja djece, mladih i obitelji BHIDAPA je angažovana na poslovima psihoterapeuta i stručnog saradnika u nastavi iz dječije i adolescentne integrativne psihoterapije i savjetovanja u BHIDAPA-i i Medicinskom fakultetu Univerziteta u Zenici. Trenutno obavlja poslove trenera, psihoterapeuta i supervizora za koje ima EAP akreditaciju.

Dubravka Kocijan Hercigonja, prof.dr.sc.

Prof. dr. sc. D. Kocijan Hercigonja, neuropsihijatar, subspecijalista za dječju i adolescentnu psihijatriju. Za vrijeme rada u Psihijatrijskoj bolnici Jankomir, danas Sveti Ivan, gdje je radila do 1983., osnovala je odjel za autizam, prvi u ovom dijelu Europe, zajedno s roditeljima Centra za autizam. U tom periodu osnovala je i školu na dječjem psihijatrijskom odjelu. Nakon 45 godina radnog staža umirovljena je, ali i dalje radi posebice s djecom u Poliklinici Kocijan/Hercigonja koju je osnovala. Također radi i na fakultetima, raznim udrugama te kao predsjednica Europske asocijacije za integrativnu terapiju djece i mladih. Kao stručnjak bila je pozivana na brojne skupove u zemlji i inozemstvu.

Goran Arbanas, izv. prof.dr.sc.

Rođen je 1970. g. u Karlovcu. Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Radi u Općoj bolnici Karlovac (u Dnevnoj bolnici za psihoterapiju), a od 2015. g. u Klinici za psihijatriju Vrapče, u Zavodu za forenzičku psihijatriju. Završio je subspecijalizaciju iz psihoterapije, edukaciju iz grupne analize i subspecijalizaciju iz forenzičke psihijatrije. Stručno se usavršavao iz područja psihijatrije u Berlinu, Salzburgu, Beču i Londonu. Edukaciju iz seksualne terapije završio je u prvoj generaciji seksualnih terapeuta u Hrvatskoj. Stručno se usavršavao u Sheffieldu i Oxfordu te polaže ispit izvrsnosti iz seksualne medicine čime stječe naziv FECSM. Izvanredni je profesor Medicinskog fakulteta u Rijeci, na Katedri za društvene i humanističke znanosti u medicini. Autor je brojnih znanstvenih i stručnih članaka te poglavlja u knjigama. Sudjelovao je na brojnim međunarodnim kongresima i sastancima. Glavni je urednik hrvatskog izdanja DSM-5. Oženjen je i otac dvoje djece. Član je Mense.

Gordana Buljan Flander, prof.dr.sc.

Prof. dr. sc. G. Buljan Flander više od 40 godina radi s djecom i obiteljima kao klinička psihologinja i psihoterapeutkinja. Osnovala je Hrabri Telefon i Polikliniku za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba kojoj je bila ravnateljica. Stalni je sudski vještak za zlostavljanu i traumatiziranu djecu pri Županijskom sudu u Zagrebu, redovita je sveučilišna profesorica na Sveučilištu u Zagrebu i Sveučilištu u Osijeku. Autorica je velikog broja knjiga, znanstvenih i stručnih radova iz područja zaštite djece, i surađuje s UNICEF-om i Vijećem Europe na projektima zaštite djece i dječjih prava. Dobila je velik broj nagrada za svoj rad, uključujući i nagradu za životno djelo u promicanju prava djeteta, a sve ih posvećuje djeci za koju kaže da su njena najveća snaga i nadahnuće.

Mia Roje Đapić, mr.sc.

Mia Roje Đapić klinička je psihologinja, integrativna psihoterapeutkinja za odrasle, djecu i adolescente, majstorskog stupnja neurolingvističkog programiranja. Završila je doktorski studij iz preventivne znanosti te aktualno radi na doktorskoj disertaciji na temu sekstinga mladih. Autorica je brojnih stručnih i znanstvenih radova, brošura, poglavlja u knjigama, a uređuje i potpisuje dvije knjige. Stručna je suradnica i supervizorica u udruzi Hrabri Telefon. Kao edukatorica na temu zaštite djece djeluje na nacionalnom i internacionalnoj razini, npr. Pravosudna akademija, UNICEF, OSCE.

Mirela Badurina, dr.sc.

Doktor je zdravstvenih znanosti, europski certificiran psihoterapeut, supervizor i trener, sa specijalizacijom iz dječje i adolescentske integrativne psihoterapije. Od 1992. godine svoj profesionalni i akademski razvoj usmjerava na područje očuvanja zdravlja i dobrobiti djece i mladih. Izlagačica je na brojnim domaćim i međunarodnim kongresima i autorica je i koautorica niza znanstvenih i stručnih radova, na teme zaštite zdravlja, prava i interesa djece. Osnivač je i direktorica BHIDAPA-e. Predsjednica je programskog i organizacijskog odbora Internacionalnog Kongresa i urednica interdisciplinarnog časopisa za psihoterapiju i dobrobit djece i mladih. Autor je mnogih projekata u saradnji sa World Vision International, UNICEF BiH, Médecins du Monde BiH. Udata je i majka dvoje djece.

Mirjana Graovac, prof.dr.sc.

Rođena je 1956. godine u Senti. Na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu diplomirala je 1981. Specijalistički ispit iz psihijatrije položila je 1990. Magistrirala je 1999., a doktorirala 2003. na Medicinskom fakultetu u Rijeci gdje je zaposlena kao profesor psihijatrije. Subspecijalist je dječje i adolescentne psihijatrije i subspecijalist psihoterapije. Zaposlena je u KBC Rijeka na Klinici za psihijatriju na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju čiji je osnivač je i pročelnik. Autorica je brojnih znanstvenih i stručnih radova, članaka, kongresnih priopćenja, koautorica i recenzent stručnih knjiga iz područja dječje i adolescentne psihijatrije. Edukator je u programima integrativne dječje i adolescentne psihoterapije u RH i BiH.

Ranka Kalinić, prim.dr.med.

Rođena u Banja Luci 1965. godine, gdje je završila osnovnu školu, gimnaziju i Medicinski fakultet. Specijalizaciju iz dječje i adolescentne psihijatrije je završila u Beogradu, kao i edukaciju iz psihodinamske psihoterapije djece i mladih. Od 2004. godine zaposlena u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Banja Luka. Pri Centru je formirala prvi kompletan tim za djecu i mlade koji pruža usluge prevencije, dijagnostike, tretmana i liječenja poremećaja u mentalnom zdravlju djece i mladih. Održala je preko 250 edukativnih predavanja i radionica. Učesnik u velikom broju projekata, koautor u 4 priručnika koja su namijenjena roditeljima i djeci.

Sabina Zijadić Husić

Sabina Zijadić Husić je diplomirala psihologiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu 2001. godine. Edukaciju iz Geštalt psihoterapije završila je u Sarajevu 2009. godine. Edukaciju iz Integrativne psihoterapije za djecu i adolescente završila je 2017. godine u BHIDAPA Institutu u Sarajevu. Sabina Zijadić - Husić je evropski certificirana psihoterapeutica, trenerica i supervizorica. Višegodišnje radno iskustvo je posvetila savjetodavnom i psihoterapijskom tretmanu djece, mladih i odraslih. Živi i radi u Sarajevu.

Tatjana Stefanović Stanojević, prof.dr.sc.

Psihološkinja razvojne orijentacije i istraživačica u oblasti teorije privrženosti, rođena je 1963. godine u Nišu. Doktorat psiholoških nauka stekla je 2002. godine na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu. Radi na Departmanu za psihologiju Filozofskog fakulteta u Nišu, a od 2002. do 2015. godine radila je i na Filozofskom fakultetu u Banjoj Luci. Autor je više monografija kao i velikog broja radova iz oblasti teorije privrženosti, štampanih u naučnim časopisima i zbornicima. Dobitnica društvenog priznanja „Ljubomir Ljuba Stojić“ koje Društvo psihologa Srbije dodeljuje za doprinos razvoju psihološke struke u svojoj sredini. Dobitnica je društvenog priznanja „Živomir Žiža Vasić“ koje Društvo psihologa Srbije dodeljuje za popularizaciju savremene psihologije.





Značaj promocije mentalnog zdravlja djece i adolescenata u BiH

Autorice: Prim. mr. med. sc. Azra Arnautović, grupna analitičarka, integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dipl. psih. Sabina Zijadić Husić, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dr.sc.Mirela Badurina, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica



Uvod

Tema promocije zdravlja i njegovog značaja, u sadašnjem trenutku postaje sve više aktualna. Promjene se dešavaju na globalnom nivou u svim sferama društvenog razvoja. Pandemija uzrokovana virusom Covid-19, migracije ljudi sa različitih područja, siromaštvo, nezaposlenost, velike poplave i požari stvaraju nesigurnost i neizvjesnost kod svih ljudi bez obzira na njihovu starost. Razvoji tehnologije i nauke u nekim aspektima također predstavljaju faktore destabilizacije onda kada mogućnosti pojedinca ili društva ne mogu odgovoriti zahtjevima koje te promjene donose. Stanje u Bosni i Hercegovini je kompleksnije ako uzmemo u obzir političku klimu.

1.1. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), zdravlje definira kao stanje potpunog tjelesnog, psihološkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti, dok mentalno zdravlje definiše kao: *“Stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici”* (WHO, 2013).

Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja. Funkcionalnost osobe se pokazuje u svim aspektima ljudskog ponašanja. Biti mentalno funkcionalan, znači imati konstrukt osobnosti kojim čovjek svoje resurse može optimalno i balansirano koristiti zadovoljavajući lične ali i potrebe drugih, te djelovati u zajednici. Tijelo osobe može biti somatski zdravo, a osoba može biti nekorisna, bespomoćna, ili sa štetnim ponašanjem za sebe i okolinu, može biti nesretna, depresivna. Mentalno zdravlje obuhvata emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje. Ono utiče na misli, osjećaje, ponašanje, determinira odnose sa drugima, donošenje odluka, kontrolu stresa. Stanje mentalnog zdravlja važno je za svaki stadijum razvoja osobe, od rođenja, kroz djetinjstvo i adolescenciju do odrasle dobi. Mnogi faktori utiču na stanje mentalnog zdravlja: biološki faktori, životno iskustvo, traume, nasilje te porodična historija problema mentalnog zdravlja. Problemi se mogu javiti u bilo kojem životnom ciklusu u vidu promjena i teškoća u razmišljanju, raspoloženju i ponašanju.

1.2. Zakonske legislative iz oblasti mentalnog zdravlja

Posljednjih decenija pod liderstvom SZO učinjeni su značajni koraci kroz zagovaranje i izradu dokumenata koji su pomogli da se kroz promotivne i preventivne aktivnosti mentalno zdravlje prepozna kao globalni cilj. U ovom kontekstu - Izvještaj SZO o svjetskom zdravlju 2001 – *Mentalno zdravlje: novo razumijevanje, nova nada* se fokusira na činjenicu da je mentalno zdravlje, oblast koja je predugo zanemarena i da je potrebno urgentno donijeti adekvatne politike koje će osigurati da se izborimo protiv stigme i diskriminacije kroz učinkovitu prevenciju, promociju i usluge (Mehmedić-Džonlić, Perišić, Šiljak, 2017). Isti izvor navodi da je za oblast promocije i prevencije bitno istaći i SZO evidence-based paket *mhGAP Intervention Guide* iz 2010. godine kao sveobuhvatan i najkorisniji alat koji značajno doprinosi integraciji mentalnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013-2020 koji je usvojen od strane Svjetske zdravstvene skupštine, u maju 2013. godine predstavlja sveobuhvatan plan djelovanja koji prepoznaje ključnu ulogu mentalnog zdravlja u postizanju dobrog zdravlja za sve ljude.

Bitno je istaći i korake koji se poduzimaju na evropskom nivou i nivou EU gdje je Regionalni ured za Evropu SZO u septembru 2013. godine razvio Evropski akcioni plan za zaštitu mentalnog zdravlja koji je fokusiran na potrebe članica evropskog regiona. Evropska komisija je 2005. godine izradila prijedlog politike pod nazivom Zelena knjiga o razvoju strategije EU za mentalno zdravlje. Rezultat ovog rada bilo je objavljivanje Evropskog paketa za mentalno zdravlje i blagostanje 2008. godine na temelju čega je 2013. pokrenuta i Zajednička akcija za mentalno zdravlje i blagostanje 2013-2016 koja ima 5 područja djelovanja: a) promocija mentalnog zdravlja na radnom mjestu, b) promocija mentalnog zdravlja u školama, c) prevencija depresije i suicida, d) razvoj zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i socijalna inkluzija osoba sa težim mentalnim poremećajima i e) promoviranje integriranja zaštite mentalnog zdravlja u svim politikama.

U Bosni i Hercegovini situacija je različita u Federaciji BiH i Republici Srpskoj. Oba ova entiteta imaju svoje ustave koje regulišu nadležnosti i odgovornosti koje nisu date u isključivu nadležnost institucija Bosne i Hercegovine.

U Federaciji BiH su dva zakona koja regulišu oblast mentalnog zdravlja: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", br.37/01,40/02 i 14/13. Te Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službene novine FBiH 40/10 i 75/13) uz dodatne Pravilnike kojima se reguliše organizacija i djelovanje iz ove oblasti. Vlada FBiH je u okviru reformi i unapređenja zdravlja stanovništva za period 2012. do 2020. uradila strateške dokumente i strateški plan razvoja zdravstva, koji ima za cilj jačanje zdravstvene zaštite orijentisane ka porodici i zajednici baziranoj na promociji zdravlja i prevenciji bolesti. U Republici Srpskoj postoji Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik Republike Srpske", br.106/09) i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske ("Službeni glasnik Republike Srpske" 44/15) koji regulišu organizaciju zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou. Također i u RS-u su uz postojeće zakone urađeni određeni pravilnici i planovi razvoja.

Politike i zakoni koji uređuju oblast zaštite mentalnog zdravlja predstavljaju ključnu osnovu za poboljšanje uslova i kvalitete života osoba sa problemima u mentalnom zdravlju.

1.3. Faktori koji određuju stanje mentalnog zdravlja jedne zajednice

Niz je vanjskih i unutrašnjih faktora koji narušavaju psihičku i emocionalnu ravnotežu pojedinca, čime mogu uzrokovati nastanak mentalnih poremećaja i bolesti. Održavanje i unapređenje mentalnog zdravlja u zajednici, te prevencija mentalnih bolesti i poremećaja, zahtijeva poznavanje faktora koji mogu uticati na stanje mentalnog zdravlja pojedinca i zajednice. Te faktore možemo grupisati u: socijalne, psihološke, biološke, faktore generalnog zdravlja i bolesti, stanje u društvu i politička situacija, zloupotreba supstanci te nacionalne politike o mentalnom zdravlju.

Uzimajući u obzir životnu perspektivu (Britvić, 2019), vidljivo je da uticaji koji djeluju u svakoj životnoj fazi mogu djelovati na mentalno zdravlje. Britvić navodi da već u prenatalnom razdoblju niski socioekonomski uslovi, nejednakost i siromaštvo mogu imati snažan uticaj na fizičke, mentalne i kognitivne posljedice u ranom i kasnijem životu. Majčino loše zdravlje i slaba ishrana, pušenje, zloupotreba alkohola i droga, stres i vrlo zahtjevan fizički rad mogu imati negativan učinak na razvoj fetusa i kasnije životne ishode. Djeca siromašnih majki imaju veću vjerovatnost da budu u nepovoljnom položaju čak i prije rođenja (Britvić, 2019).

Rizični faktori za uobičajene perinatalne poremećaje uključuju socioekonomske nedostatke, neželjenu trudnoću, nedostatak intimne partnerske empatije i potpore, negativne zakone, doživljavanje nasilja od intimnog partnera, a u nekim slučajevima i anamnezu mentalnih problema u porodici. Faktori koji nepovoljno utiču na mentalno zdravlje u ranom djetinjstvu su nepovoljne porodične dinamike, sukobi u porodicama, visokokonfliktni razvodi, bolesti u porodici, izloženost djece zanemarivanju i zlostavljanju, odrastanje u porodicama gdje je prisutno nasilje. Roditeljsko mentalno zdravlje ima ključnu ulogu u kasnijem zdravlju djece. Britvić navodi da djeca majki s mentalnim bolestima pet puta češće imaju mentalne poremećaje. Siromaštvo takođe povećava stres majke. Tijekom školske i adolescentske dobi socijalni uslovi odrastanja i školovanja i dalje imaju važnu ulogu u prevenciji mentalnih poremećaja. Obrazovanje ima zaštitnu ulogu jer jača emocionalne otpornosti pridonoseći kasnijim boljim životnim uslovima, boljem zaposlenju i većem dohotku. Siromaštvo je i u ovoj dobi faktor rizika. Siromašna djeca imaju slabije životne uslove – lošiju ishranu, nepovoljne uslove za stanovanje i učenje. Isti autor navodi da je nezaposlenost roditelja veliki izvor stresa za cijelu porodicu. Adolescencija je specifična zbog vulnerabilnosti ovog razvojnog doba, te samim tim predstavlja rizik za stres. Niski socioekonomski uslovi povećavaju rizik različitih negativnih ponašanja, pa je bitno kod adolescenata stimulisati zaštitne faktore, uključujući socijalnu i emocionalnu podršku i pozitivne interakcije s vršnjacima, porodicom i širom zajednicom. U radnom vijeku odraslog čovjeka nezaposlenost i loša kvaliteta zapošljavanja, predstavljaju veliki rizik za pojavu mentalnih poremećaja i moguću pojavu simptoma depresivnosti i anksioznosti. Psihološki faktori općenito mogu biti naslijeđeni i urođeni, ali mogu biti povezani sa specifičnostima u psihosocijalnom razvoju, traumatskim iskustvima, krizom i stresom. Treba dodati i to da društvena klima koja poštuje i štiti osnovna ljudska, politička, socioekonomska i kulturna prava predstavlja osnov za očuvanje mentalnog zdravlja.

1.4. Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini

Reforma zaštite mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini započela je 1996. godine, stavljanjem fokusa na brigu u zajednici. Takav način organizacije službi mentalnog zdravlja razlikuje se od tradicionalnog pristupa koji je dominirao u regionu Jugoistočne Evrope i uglavnom bio baziran na hospitalnom tretmanu ljudi sa mentalnim poremećajima. U rekonstrukciji zdravstvenog sektora u BiH velika važnost je data reformskim procesima na nivou primarne zdravstvene zaštite, čiju osnovu – uz uvođenje sistema porodične medicine – čini i reforma zaštite mentalnog zdravlja kao neodvojivog dijela opšteg zdravlja. Donesen je niz strateških dokumenata koji su usklađeni s evropskim dokumentima i ciljevima SZO.

Njima je definisana reorganizacija službi za zaštitu mentalnog zdravlja na svim nivoima zdravstvene zaštite. Rezultat toga je da psihijatrijska služba nije više jedina organizaciona struktura koja brine o osobama koje pate od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Suštinska promjena konteksta pružanja usluga u mentalnom zdravlju podrazumijeva ograničeno korištenja psihijatrijskih bolničkih kreveta, otvaranje mreže centara za mentalno zdravlje (CMZ), razvoj drugih servisa u zajednici, multidisciplinarni pristup i timski rad, kao i međusektorsku saradnju. Cilj ovih procesa bio je izrada efektivne, djelotvorne i kvalitetne službe za zaštitu mentalnog zdravlja, koja slijedi potrebe korisnika i koja je dostupna što većem broju ljudi, u kontekstu kompaktnog i integrisanog sistema pružanja usluga. Sistem pružanja usluga iz oblasti mentalnog zdravlja se zasniva na praksi baziranoj na dokazima (evidence-based) i teži se da bude efikasan i prihvatljiv. Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini pružaju se kroz mrežu od 74 centra za mentalno zdravlje (CMZ), i to 46 u Federaciji BiH, 27 u Republici Srpskoj i jedan u Distriktu Brčko. Prosječan broj stanovnika koji pokriva jedan centar je oko 66000.

Svaki CMZ u FBiH ima na raspolaganju 10 psihijatrijskih kreveta koji su namijenjeni za akutnu hospitalizaciju i nalaze se na psihijatrijskim odjelima opštih bolnica u regijama kojima pripadaju. Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja na sekundarnom i tercijarnom nivou pružaju se u univerzitetskim bolnicama u Sarajevu, Tuzli i Mostaru, i psihijatrijskim odjelima u opštim bolnicama u drugim većim gradovima u Federaciji. U Republici Srpskoj na sekundarnom i tercijarnom nivou usluge iz oblasti mentalnog zdravlja pružaju se u dvije univerzitetske bolnice: Klinika za psihijatriju KC u Banjoj Luci i Psihijatrijska klinika Sokolac (sadrži i forenzičku psihijatriju), te u Zavodu za liječenje, rehabilitaciju i socijalnu zaštitu hroničnih duševnih bolesnika Jakeš i četiri psihijatrijska odjeljenja pri opštim bolnicama u Prijedoru, Gradiški, Doboju i Trebinju. U sklopu sistema pružanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici u BiH otvorene su tri zaštićene kuće, dvije kooperative, a formirano je i nekoliko udruženja korisnika usluga. Pojedini centri za socijalni rad u lokalnim zajednicama prema raspoloživim mogućnostima u kadru i novcu, otvaraju dnevne centre za osobe sa problemima mentalnog zdravlja, te dnevne centre za starije osobe, što upotpunjuje sistem službi i povećava usluge u mentalnom zdravlju (podaci preuzeti sa mentalnozdravlje.ba).

U centrima za mentalno zdravlje radi jedan ili više multidisciplinarnih timova, zavisno od veličine područja koje pokrivaju, odnosno pripadajuće populacije i od raspoloživih kadrovskih resursa. U strukturi timova nalaze se neuropsihijatri/psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinski tehničari, defektolozi i logopedi, te okupacioni terapeuti. U većini mjesta u BiH gdje funkcionišu centri uočeni su pozitivni pomaci postignuti u rehabilitaciji i liječenju, smanjenju broja pacijenata i dužini hospitalizacije, uspostavljanju interdisciplinarnе saradnje unutar zdravstvenog sistema, s jedne strane sa timovima opšte/porodične medicine, a s druge sa bolničkim službama. Također je uspostavljena međusektorska saradnja na lokalnom nivou sa centrima za socijalni rad, školama, nevladinim udruženjima, lokalnim vlastima i drugim akterima.

1.5. Mentalno zdravlje djece u Bosni i Hercegovini

Mentalno zdravlje predstavlja osnovu dječijeg socijalnog emocionalnog razvoja, a time i blagostanja i funkcioniranja tijekom cijelog života. Prema *Bright Futures: Promoting children and young people's mental health*-Unapređenje mentalnog zdravlja djece i mladih ljudi (1999): *"Djeca koja su mentalno zdrava imaju sposobnost da se razviju psihološki, emocionalno, kreativno, intelektualno i duhovno; postaju svjesna drugih i saosjećaju se sa njima; igraju se i uče; razvijaju osjećaj dobrog i lošeg; rješavaju probleme i neuspjehe i uče iz njih"* (Badurina, 2013, 2016).

Istraživanje koje je sprovedeno u Kantonu Sarajevo (Badurina, 2013) ukazuje na skoro dva puta veću prevalencu (29%) spektra internaliziranih problema (simptomi povlačenja, depresije i anksioznosti, te somatskih problema), od prevalence klinički značajnih eksternaliziranih problema (16,3%) uočeni na subskalama predelinkventnih i destruktivno agresivnih simptoma. Istraživanje je obuhvatilo 743 djece uzrasta 10-15 godina iz jedanaest osnovnih škola. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem su u skladu sa rezultatima istraživanja u svijetu i pokazateljima Svjetske zdravstvene organizacije i pokazuju da skoro svako četvrto dijete ima poteškoće sa mentalnim zdravljem (Badurina, 2013). To predstavlja značajan signal za djelovanje u ovoj oblasti.

Djeca u BiH, pored spomenutih faktora koji loše utiču na mentalno zdravlje, u riziku su za transgeneracijski prijenos traume, jer su roditelji mnogih i sami bili djeca u ratu prije 30 godina, te značajan broj nije proradio svoje traume iz djetinjstva. Protekle dvije godine suočeni smo sa pandemijom virusa Covid-19 i posljedicama koje su ostale po stanovnike, ali i djecu. Ovaj globalni događaj je dotakao sve aspekte života ljudi, uključujući i mentalno zdravlje.

U vrijeme izbijanja pandemije 2020. godine u Bosni i Hercegovini, zdravstvene i socijalne usluge bile su ograničene ili prekinute, a fizički pristup centrima za mentalno zdravlje i centrima za socijalni rad prekinut je mjerama kućne izolacije i ograničenja kretanja. Djeca, adolescenti, roditelji i njegovatelji, uključujući one koji su ranije imali problema s mentalnim zdravljem nisu odmah dobili pristup uslugama pomoći.

Globalna zdravstvena procjena SZO iz 2015. pokazuje da će od jednog od pet adolescenata svake godine doživjeti mentalni poremećaj, a samoozljeđivanje je treći vodeći uzrok smrti adolescenata, dok je depresija među vodećim uzrocima invaliditeta. Međutim, ovi rizici su posebno akutni za najugroženiju djecu i porodice iz marginaliziranih grupa zajednice. Prvi i najvažniji korak u rješavanju bilo kojeg problema mentalnog zdravlja je njegovo razumijevanje i prepoznavanje, te stvaranje poticajnog okruženja kod kuće, u školama i zajednici za rješavanje problema.

1.6. Prevencija i promocija mentalnog zdravlja

Prema Keyes-u (2002), pojam mentalnog zdravlja više se ne upotrebljava da bi se opisalo odsustvo mentalnih poremećaja, već obuhvata kontinuum od potpunog izostanka mentalnog zdravlja (engl. "languishing") do optimalnog mentalnog zdravlja (engl. "flourishing"). Strategijski i sveobuhvatni pristup tako uključuje i promociju pozitivnog mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja. Unazad tridesetak godina učinjeni su veliki napori kako bi se definisalo mentalno zdravlje kao današnji koncept. Razne naučne discipline poput psihologije, medicine, sociologije i ekonomije dale su svoj doprinos čime se dograđivala bazna definicija koju je postavio još Aristotel. On dobrobit vidi kao multidimenzionalan koncept koji podrazumijeva materijalnu i nematerijalnu dimenziju (Herrman, Jane-Llopis, 2012). Još jedan od pristupa mentalnom zdravlju uvodi i koncept otpornosti. Rutter (1985), u svom definisanju otpornosti polazi od istraživanja reakcija na različite stresore kod različitih pojedinaca te smatra da je otpornost sposobnost nošenja s različitostima kako bi se izbjegao potpuni slom ili različiti zdravstveni problemi.

Prevencija mentalnih poremećaja i promocija mentalnog zdravlja usko su povezane i kroz historiju su se preplitale, razvijale i dobile današnju dimenziju. Još od 1964.g. vodi se polemika o pristupima. Caplanova javnozdravstvena klasifikacija podrazumijeva primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, ali ova podjela je zamijenjena Gordonovim klasifikacijskim modelom, koji prevenciju dijeli na univerzalnu, selektivnu i indiciranu (Basic, 2009; Mrazek, Haggerty, 1994; O'Connell, Boat i Warner, 2009). Oba koncepta su doživjela i kritike i pohvale, a pojavili su se i drugi autori. Danas je prihvatljivo da je promocija mentalnog zdravlja od univerzalne važnosti ali i da su programi promocije, prevencije, tretmana i rehabilitacije podjednake važnosti, a što predstavlja promociju dobrobiti i kvalitete života (Barry, 2001).

Promocija mentalnog zdravlja podrazumijeva stvaranje individualnih, društvenih i okolinskih uslova koji su osnažujući i koji omogućavaju optimalno zdravlje i razvoj. Takvim inicijativama se nastoji uključiti pojedinac u dostizanju pozitivnog mentalnog zdravlja i jačanju kvalitete života (Jané-Llopis, Katschnig, McDaid, Wahlbeck, 2011). Uočava se teoretska razlika između promocije i prevencije, ali u kontekstu prakse ova dva područja se prepliću. Ključna odrednica razlikovanja je teoretski okvir. Mrazek i Haggerty (1994) navode da je polazna tačka preventivnih intervencija model smanjenja rizika usmjerenih na smanjenje rizičnih i jačanje zaštitnih faktora, odnosno smanjenje rizika a ne prevencija samih poremećaja. Dakle, promocija je usmjerena na pozitivno mentalno zdravlje sa ciljem jačanja snage i kompetencija, a prevencija je usmjerena na specifične poremećaje sa ciljem smanjenja učestalosti, rasprostranjenosti i ozbiljnosti određenog problema ili bolesti (Barry, 2001).

1.7. Značaj programa promocije zdravlja

Holistička definicija zdravlja koja kaže da je zdravlje stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo puki izostanak bolesti ili pak iznemoglosti, dio je ustava SZO i donesena još 1946. godine (WHO, 2001, 2013). Ovim je mentalno zdravlje smješteno unutar široke definicije blagostanja.

- Pozitivna dimenzija mentalnog zdravlja pridonosi destigmatizaciji mentalnih poremećaja.
- Promocija zdravlja pretpostavlja podršku ljudima da prakticiraju zdrav način života i stvaraju životne uslove koji doprinose razvoju zdravlja (Herman i Janè-Llopis, 2012).
- Promocija zdravlja pokazuje kako povećati kontrolu nad svojim zdravljem i kako ga poboljšati.
- Pokazuje da je zdravlje resurs svakodnevnog života.
- Model promocije zdravlja udaljava se od pojedinca i prevencije, prema javnozdravstvenim akcijama i širim društvenim determinantama koje ljude čine zdravima. Uključuje cijelu populaciju u kontekstu svakodnevnog života i nije usmjerena isključivo na ljude u riziku od mentalnih poremećaja.
- Usmjerena je na socioekonomsko okruženje koje determinira mentalno zdravlje pojedinca i populacije.
- Prisvaja komplementarne pristupe i integrira strategije tako da radi od individualne prema društvenim razinama okruženja.
- Uključuje intersektoralno djelovanje koje nadilazi zdravstveni sektor i temelji se na javnoj participaciji, angažmanu i osnaživanju (Barry, 2007).

2. Aktivnosti i programi promocije mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje djece i adolescenata može se promovirati i zaštititi, te liječiti. Sve više raste svijest o potrebi sveobuhvatnog pristupa, zasnovanih na podršci zajednice i psihosocijalnoj podršci, uključujući promociju mentalnog zdravlja, te pristupa koji se bave stavovima i ponašanjem koji štete mentalnom zdravlju. Možemo reći da je plansko angažovanje i učešće djece, adolescenata, roditelja, učitelja, njegovatelja i šire zajednice od ključne važnosti za osiguravanje poboljšanog pristupa mentalnom zdravlju i psihosocijalnoj podršci za sve.

Da bi se uopšte programi prevencije mogli napraviti, potrebno je znanje o determinantama mentalnog zdravlja, zdravlja uopšte i o faktorima koji pridonose mentalnom zdravlju. Te faktore Herman i Janè-Llopis (2012) dijele u tri grupe: (1) Osobne, lične karakteristike pojedinca (kontrola emocija, misli, učenje iz iskustva, uspješno rješavanje konflikta te tolerancija na nepredvidive situacije). (2) Karakteristike društva kojem osoba pripada (sposobnosti komunikacije, pregovaranja i sudjelovanja). (3) Kulturno i političko okruženje (pravedni radni uslovi, pristup obrazovanju, zakonska prava na slobodu od diskriminacije ili slobodu uopšte).

Berry (2007) navodi nekoliko principa za uspješnu implementaciju programa promocije mentalnog zdravlja: (1) Usvajanje socioekološke perspektive, koja podrazumijeva prepoznavanje šireg konteksta samog programa (opis zajednice sa karakteristikama). (2) Prihvatanje filozofije osnaživanjem koja se zapravo svodi na osnaživanje pojedinaca, izgradnju snaga i vještina sudionika programa. (3) Aktivne konsultacije i saradnja (multidisciplinarna, intersektoralna saradnja u lokalnoj zajednici). (4) Prepoznavanje nejednakosti i to tako da je nužno prepoznati uticaj degradirajućih i eksploatacijskih društvenih uslova, poput siromaštva, rasizma i seksizma na mentalno zdravlje.

(5) Prikupljanje lokalnih podataka i dokaza o uticajima zajednice, društva i samih pojedinaca na mentalno zdravlje. (6) Detektiranje ključnih problema i mogućih ciljeva dotične zajednice. (7) Plan evaluacije intervencije i diseminacija prakse temeljene na dokazima s ciljem daljnjeg poboljšanja.

U nastavku navodimo primjere mogućih intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja u zavisnosti od dobi i konteksta u kojem se razvoj događa:

- U periodu planinarenja porodice i ranog djetinjstva intervencije mogu obuhvatati: podršku u planiranju porodice, savjetovanje o partnerskim i roditeljskim uloga, kućne posjete u cilju podrške trudnicama, porođiljama i članovima porodice, bio-psiho-socijalne intervencije, promocija značaja razumijevanja razvoja sigurne privrženosti i jačanja kapaciteta rezilijentnosti kao odrednica zdravlja i druge aktivnosti specifično usmjere na individualne potrebe i kapacitete.
- U periodu predškolskog i školskog uzrasta intervencije bi trebale, prije svega, pratiti razvojne zadatke i potrebe djeteta. Pored ranije spomenutih aktivnosti, intervencije u ovom razvojnom periodu trebale bi uključiti i aktivnosti koje obuhvataju programe razvoja emocionalnih, socijalnih i kreativnih vještina u okviru programa promocije mentalnog zdravlja i dobrobit djece, porodica i zajednica.
- Intervencije koje su usmjerene na odraslu dob trebale bi biti usmjerene na razvoj programa: socio-ekonomskog osnaživanja žena, borbu protiv nasilja i zloupotrebe, podrške osobama treće životne dobi, brige o sebi i prevenciji stresa, zdravo profesionalno okruženje...
- Intervencije usmjerene na kreiranje programa zaštite vulnerabilnih osoba.
- Intervencije usmjerene na programe jačanja saradnje i razvoja zajednice.

Primjena učinkovitih intervencija veliki je doprinos povećanju produktivnosti i otpornosti za savladavanje brojnih životnih stresova. Kada su djeca i mladi u pitanju važna je implementacija programa koji obuhvataju kvalitetno roditeljstvo, programe mentalnog zdravlja u školama.

Postoji dosta primjera kvalitetnih programa mentalnog zdravlja vezano za spomenuto. Jedan od najviše istraživanih je Program pozitivnog roditeljstva (Triple P ili Positive Parenting Program, Sanders, 1999). Ovaj program su razvili Matthew Sanders i saradnici sa sveučilišta u Queenslandu, Australija. Cilj programa je prevenirati bihevioralne, emocionalne i razvojne probleme kod djece jačanjem njihovih znanja i vještina te razvijanjem roditeljskog povjerenja. Program uključuje pet različitih nivoa intervencija namijenjenih roditeljima i djeci uzrasta do 12 godina života (Sanders, 1999):

- Prvi nivo - univerzalna strategija informisanja roditelja (pristup korisnim informacijama o roditeljstvu putem koordinirane medijske promotivne kampanje, štampanih materijala i elektronskih medija).
- Drugi nivo – podrazumijeva intervenciju javnozdravstvene njege pružanjem specifičnih savjeta za djecu s neznatnim poteškoćama u ponašanju (putem telefona ili kroz grupne sastanke).
- Treći nivo – uključuje obučavanje roditelja, a imaju djecu s blagim do umjerenim poteškoćama.
- Četvrti nivo – individualni ili grupni trening za roditelje čija djeca imaju ozbiljne probleme u ponašanju.
- Peti nivo – namijenjena roditeljima u čijim porodicama postoje istovremeno disfunkcionalnost porodice (npr. nasilje, bračni konflikti, depresija roditelja) i dijete sa ozbiljnim poremećajem u ponašanju.


Uz Triple P, jedan od najpoznatijih roditeljskih programa je američki program Osnaživanje porodice (Strengthening families, SFP), čiji su autori Karol Kumfer i saradnici, za djecu od 6 do 12 godina (Kumfer, Whiteside, Greene i Allen, 2010).

Za kraj poruka svima nama koji radimo na promociji i prevenciji mentalnog zdravlja, citat jedne trinaestogodišnjakinje koji govori mnogo: *“S obzirom na to da je odrastanje vrlo bitno, smatram da nosi mnogo izazova, a o tome nam niko ne priča i ne priprema. Najveći izazov po meni je pronaći prave prijatelje i zajednički jezik sa roditeljima i nastavnicima. Ako imamo dovoljno podrške sve ostalo je manje važno i onda možemo odrasti”* (Badurina, 2021, str.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-Liopis, 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 forevidence-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. Kumfer, 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 javano 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 bihevioural disorders among young people: Progress and possibilites. Washington D.C.: National Academy Press.
17. Rutter, M. (1985). Resillience in the face of adversty. Protetive factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 147(6), 598-611.
18. Sanders, M.R. (1999). Triple P-Positive Parenting Progra: 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





Multidisciplinarni koncept: Tko smo mi? Koliko se poznajemo?

Autorice: Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander, klinički psiholog, psihoterapeut, dječji i adolescentni psihoterapeut, stalni sudski vještak

Mia Roje Đapić, mag. psych. klinički psiholog, psihoterapeut, dječji i adolescentni psihoterapeut



1. Uvod

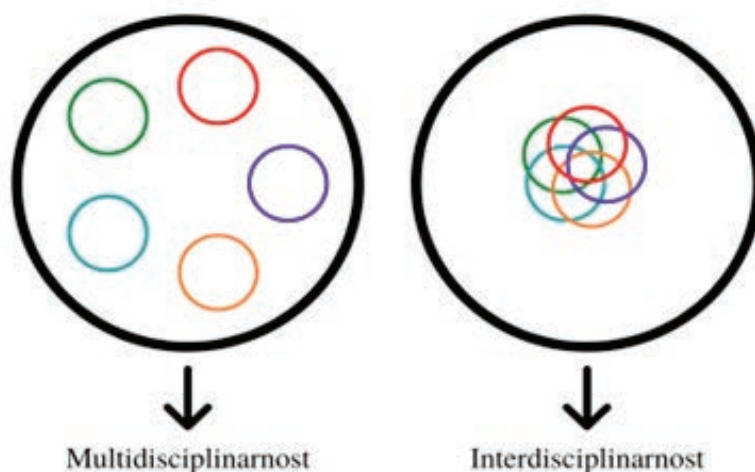
Svi mi radimo s djecom, mladima i obiteljima, no dolazimo iz određene struke, imamo određeno temeljno znanje i ranije iskustvo. Također imamo neke teorijske i praktične okvire koji nam odgovaraju više od drugih – intuitivno, svjetonazorski ili nekako drugačije. Na svojim radnim mjestima neminovno koristimo sami sebe kao instrument rada, svoje znanje i emocije. Nemoguće je da su u pristupu klijentima oni u potpunosti neopterećeni našim vlastitim slabostima i snagama. Sve to su razlozi zbog kojih radimo u multidisciplinarnim timovima u kojima smo različiti, a opet na neki način slični.

Primjerice, kad čujemo da se dijete potuklo u školi, prije nego saznamo više informacija, različiti stručnjaci imat će različite hipoteze. Psiholog bi mogao pomisliti da dijete ima neke emocionalne teškoće, socijalni pedagog da dijete ima smetnje ponašanja, psihijatar bi mogao promišljati o agresivnosti kao simptomu nekog poremećaja, logoped bi mogao pomisliti da se radi o komunikacijskoj teškoći, pedijatar da je dijete impulzivno uslijed neurorazvojnih problema i tako dalje. Nije svejedno ni iz koje ustanove ili sektora dolazimo. Netko tko radi u sustavu zdravstva, socijalne skrbi ili odgoja i obrazovanja, iako možda iste struke, imat će vjerojatno drugačije asocijacije. U tome nema ništa loše. Dapače. Različitosti nas obogaćuju ako smo spremni raširiti vidike. Bilo kakva pristranost onemogućava razborito prosuđivanje i istinsku zaštitu, kako djece, tako i odraslih, stoga je nužno to prepoznati, osvijestiti i surađivati (Guarnera, Murrie i Boccaccini, 2017).

Brojna istraživanja djelovanja, ali i stručna praksa svakodnevno svjedoče da ne postoji jedna struka ili institucija koja adekvatno može odgovoriti na potrebe i prava djeteta koje iskazuje teškoće na planu mentalnog zdravlja. Multidisciplinarnost, interdisciplinarnost i intersektorska suradnja nužni su modeli koordiniranog i adekvatnog postupanja u zaštiti djece i mladih.

2. Teorijski dio

Dok je multidisciplinarnost znanstveni pristup u kojem dolazi do sučeljavanja različitih disciplina među kojima postoje neke jasno uočljive veze (Turudija, 1982), intersektorska suradnja mora ići korak dalje, što je izazovnije. Odnos multidisciplinarnosti i interdisciplinarnosti slikovito je prikazan na Slici 2. Krugovi se odnose na broj disciplina koje se proučavaju, dok položaj krugova sugerira u kakvim su međusobnim odnosima te discipline tijekom proučavanja ili rješavanja nekog problema.



Slika 2. Odnos multidisciplinarnosti i interdisciplinarnosti (prema Jensenius, 2012)

Nadalje u tekstu osvrnut ćemo se na neke osnovne kompetencije stručnjaka pomagača, ali i nužne interdisciplinarnе kompetencije za rad u području zaštite djece.

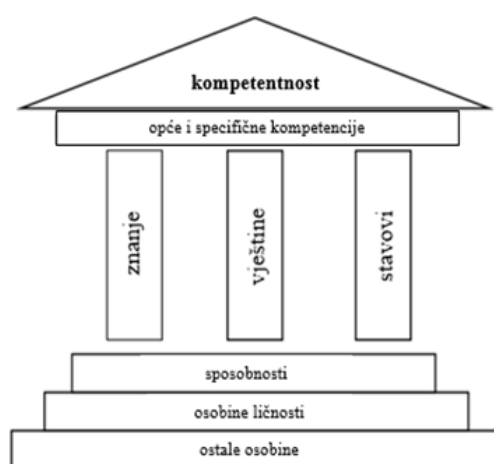
2.1. Kompetencije stručnjaka pomagača

Pomagačke struke usmjerene su na pomaganje ljudima u rješavanju njihovih životnih problema (Ajduković i Ajduković, 1996) te kao jedan od glavnih ciljeva postavljaju brigu o drugima pružajući posrednu ili neposrednu pomoć (Žganec, 1999). Upravo zbog osjetljivosti rada s ljudima, uz važnost formalnog obrazovanja stručnjaka pomagača, velika pažnja pri procjeni i razvoju kompetencija stručnjaka pomagača stavlja se na njihovo poznavanje svojih motiva, ponašanja, emocija i predrasuda (Topić, 2016), razumijevanje sebe samoga (Bryan, 2015), empatijski kapacitet (Dimitrijević, Hanak i Milojević, 2011), odnosno na osobne karakteristike. Time je, kao i u cijelom društveno – humanističkom području, teško ostvariti karakteristike egzaktne znanosti (Nair i Egan, 2010) te odrediti točnu definiciju kompetencija. Epstein i Hundert (2002) kompetencije u pomagačkim strukama definiraju kao uobičajeno i razumno korištenje komunikacije, znanja, tehničkih vještina, mišljenja, emocija, vrijednosti i refleksija na svakodnevnoj osnovi, a u korist pojedinca ili zajednice za koju se radi.

Prema Žižak (1997) postoje tri elementa kompetentnosti stručnjaka pomagača:

- (1) profesionalna znanja – sva relevantna znanja stečena obrazovanjem u toj struci;
- (2) profesionalne vještine – različite sposobnosti (motoričke, socijalne, kognitivne) putem kojih se profesionalni identitet operacionalizira;
- (3) osobnost – osobni potencijali (talenti, izgled, osobine ličnosti, iskustva u životu) koje pojedinac koristi u svojoj profesionalnoj ulozi.

Razvidno je da element osobnosti pokriva karakteristike koje pojedinac barem u određenom opsegu ima neovisno o obrazovanju i radnom iskustvu, dok su profesionalna znanja i iskustva barem u određenom opsegu stečena u procesu školovanja i rada. Pri razmatranju kompetencija u pomagačkim strukama korisno je stoga razmotriti Roeov (2002) ulazni i izlazni model kompetencija (Slika 1). Prema ovome modelu razmatra se jesu li određene kompetencije ili njihove odrednice uvjet za pristupanje nekoj edukaciji, studiju i usavršavanju ili su pak ishod obrazovnog procesa. U pomagačkim strukama nalaze se određene „ulazne karakteristike“ studenata po kojima se razlikuju od studenata ne-pomagačkih struka još na samom početku visokog obrazovnog procesa (uz kontrolu ostalih relevantnih varijabli, poput spola/roda). Prema Hurstu (2005), osobe koje odabiru pomagačka zanimanja imaju određena dispozicijska obilježja, koja također mogu varirati između različitih usmjerenja pomagačkih struka (npr. medicinske sestre, liječnici, psiholozi, socijalni radnici itd.). Primjera radi, studenti pomagači su u prosjeku više empatični, češće su sigurno privrženi, više su kapacitirani za mentalizaciju (Dimitrijević, Hanak i Milojević, 2011), imaju više pozitivne stavove i prihvaćanje prema manjinama (Miller i Garran, 2017) od drugih studenata. „Temelji hrama“ kod studenata pomagačkih struka dakle specifični su u odnosu na „temelje“ ostalih studenata, a potom se razvijaju kroz daljnje obrazovanje i radno iskustvo.



Slika 1. Arhitektonski model kompetencija (Roe, 2002)

2.2. Interdisciplinarne kompetencije

Interdisciplinarnost je poseban oblik funkcionalne raznolikosti definiran visokim stupnjem integracije različitih stručnih perspektiva (Repko, Szostak i Buchberger., 2019), „interaktivno povezivanje dviju ili više disciplina u cjelinu višeg reda, pri čemu se sinteza ne vrši na planu predmeta znanja, nego prije svega na planu koncepata i metoda, a još više na planu principa i aksioma“ (Turudija, 1982, str. 34). Interdisciplinarnost u posljednjem desetljeću dobiva sve više na značaju – kako u znanosti, tako i u svakodnevnoj praksi brojnih sektora od kojih se naročito ističu odgoj i obrazovanje (Deneme i Ada, 2012). Prema hrvatskom jezičnom portalu, interdisciplinarnost se definira kao projekt, istraživanje, znanstveni rad ili djelovanje koji se zasnivaju na suradnji više disciplina. Slično tome, autori poput Morgan (2001) naglašavaju kako je interdisciplinarnost bilo koji oblik dijaloga ili interakcije između dviju ili više disciplina. Interdisciplinarnost je integracija znanja i načina razmišljanja iz raznih disciplina (Repko, Szostak i Buchberger., 2019).

Interdisciplinarne kompetencije možemo razumjeti kao instrumentalne skupove ponašanja u uspješnom suočavanju s interdisciplinarnim nastojanjima, naučena instrumentalna ponašanja koja zaposlenicima omogućuju da se nose sa specifičnostima rada izvan disciplinskih granica (Brandstädter i Sonntag, 2016). One proširuju kompetencije timskog rada (Stevens i Champion, 1994) na jedinstvene zahtjeve interdisciplinarnih radnih okruženja, što je blisko interpretativnom pristupu kompetencijama (Sandberg, 2000), prema kojem su kompetencije u osnovi konstruirane dominantno značenjem koje pojedinac ili skupina pridaju svom radu. Istraživanja identificiraju nekoliko ključnih kompetencija za uspješnu interdisciplinarnu suradnju.

Prije svega, radi se o **komunikacijskim kapacitetima**. Naime, određeni način razmišljanja i komunikacije u pojedinoj stručnoj perspektivi zasigurno olakšava radne procese unutar discipline, međutim može i ometati suradnju među disciplinama (Sung i sur., 2003). Bromme (2018) je opisao upravo komunikaciju kao središnji izazov u interdisciplinarnim timovima, budući da je svaka osoba stručnjak u svojoj ili svojoj disciplini, ali laik u svim ostalim disciplinama, stoga komunikacijske vještine u vezi s komunikacijom stručnjaka i laika u velikoj mjeri utječu na interdisciplinarne rezultate.

Steinheider i sur. (2012) pak smatraju **integraciju znanja** središnjim prediktorom uspjeha interdisciplinarnih timova, što predstavlja individualnu kompetenciju svakog člana tima, ali i zajednički izazov. Osim osvrtnja na pojedinačne kompetencije važne za intersektorsku suradnju, postoje i različiti složeni modeli kompetencija interdisciplinarnosti. Najopsežniju integraciju različitih izazova interdisciplinarnog rada u model zahtjeva ili kompetencija napravili su Brandstädter i Sonntag (2016). Predložili su 40 dimenzija kompetencija koje pokrivaju različite osobine i sposobnosti (npr. prilagodbu jezika, srdačnost, savjesnost). Ovaj je model, iako robustan i obuhvatan, nedostatan specifičan te je jasno definiranje i operacionalizacija interdisciplinarnih kompetencija još uvijek u razvoju (Claus, Persike i Wiese, 2020).

Navedene kompetencije i njihov odnos sažeto su prikazane na Slici 3.



Slika 3. Interdisciplinarnе kompetencije

2.3. Širina intersektorske mreže

Dionici intersektorske suradnje nisu ni ne mogu biti samo državne institucije. Važno je uključiti nevladine udruge, inicijative, medije, vjerske institucije i tako dalje. Ono što tu predstavlja ogroman izazov je jasno definirati što je čija uloga, odgovornost i ingerencija, jednako kao koja su ograničenja djelovanja i razumijevanja svakog pojedinog dionika vrlo široko shvaćenog sustava zaštite djece. Primjerice, dok mediji imaju nezamjenjivu ulogu pri senzibilizaciji, edukaciji javnosti i podizanju javne svijesti, istovremeno mogu imati štetne utjecaje kroz (nenamjerno) veličanje nasilja, ugrožavanje privatnosti djece, nesenzibilno izvještavanje (npr. o suicidu) ili nepotpuno i pristrano izvještavanje.

2.4. Primjer dobre prakse intersektorske suradnje: PROMISE

Projekt PROMISE usmjeren je na poticanje djeci prilagođenih multidisciplinarnih i međuinstitucionalnih usluga za djecu žrtve i svjedoke nasilja, kojima se djeci čini dostupnom zaštita u okviru pravosudnog sustava, umanjuje moguća retraumatizacija te osiguravaju najviši profesionalni standardi za oporavak. Na čelu projekta je Tajništvo Vijeća zemalja baltičkog mora (Council of the Baltic Sea States Secretariat). Partneri uključuju sljedeće organizacije: Child Circle (Belgija), Health Action Partnership International (Ujedinjeno Kraljevstvo), Institut Verwey-Jonker (Nizozemska) te Dječje kuće u Islandu, Linköpingu i Stockholmu (Island i Švedska). Projekt se oslanja na model Dječjih kuća (poznatih kao Barnahus) te sličnih modela kao što su centri za zagovaranje djece, koji svoj rad temelje na suradnji između socijalne službe, policije, tužitelja, sudaca, pedijataru i stručnjaka mentalnog zdravlja pod istim krovom.

U sklopu ovog projekta partneri su razvili dugoročnu viziju koja naglašava da sva djeca u Europi koja su izložena nasilju imaju pravo biti zaštićena i sigurna. Navedeno uključuje dostupnost kvalitetnim, djeci prilagođenim uslugama, kontinuirani razvoj usluga kroz dijeljenje dobrih praksi i mobiliziranje nacionalnih/ lokalnih organizacija (unutar vladinog i nevladinog sektora) na suradnju u implementaciji Barnahus modela. Jedan od ciljeva projekta je stvoriti temelje za buduću Europsku mrežu organizacija i stručnjaka. Glavno pitanje projekta je: Kako da dijete na jednome mjestu dobije sve što treba od svih nas umjesto svi mi na različitim mjestima od djeteta?

Više na: www.barnahus.eu/en/vision/

3. Praktični dio

U ovom dijelu prikazat ćemo slučaj multidisciplinarne i intersektorske suradnje iz prakse.

Multidisciplinarni dio:

Dječak (11) dolazi u zdravstvenu ustanovu preko uputnice liječnika, a na preporuku stručne službe škole jer je fizički nasrnuo na prijatelja iz razreda te mu zadao ozbiljniju povredu. U multidisciplinarnu obradu uključeni su pedijatar, psihijatar, psiholog i socijalni pedagog.

Zaključak timskog nalaza:

Provedena obrada ukazuje da se radi o somatski zdravom dječaku opće inteligencije u domeni nižeg prosjeka s disharmoničnim razvojem specifičnih kognitivnih sposobnosti, snižene efikasnosti dominantno u domeni radnog pamćenja i apstraktnog rezoniranja, nezrele vizuo-motorne i vizuo-spacijalne percepcije i integracije. Na emocionalnom planu narušene je slike o sebi uz prezentaciju anksiozno-depresivne simptomatologije, dominantno kroz tjelesne doživljaje i specifične senzacije. Nalazi se značajna razina hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje, osjetljivost na buku i vlastite pogreške, uz slabu samoregulaciju te se dobiju podaci o doživljenom stresu u obiteljskom, školskom i vršnjačkom okruženju, što sve može uvjetovati aktualne poteškoće u ponašanju uslijed kojih je inicirana obrada.

Dg.

Specifični razvojni poremećaji vještina učenja i formalnih školskih znanja F81

Drugi specificirani problemi u vezi s psihosocijalnim okolnostima Z65.8

Smetnje aktivnosti i podražljivosti F90, i.o.

Emocionalne poteškoće reaktivnog tipa F93.9

Preporučuje se uključiti dječaka u podršku psihologa i tretman socijalnog pedagoga /s majkom dogovoren termin, ranije prema potrebi/, a prema mogućnostima i u grupni rad s ciljem poticanja uspješnijeg vršnjačkog funkcioniranja. Kontrolni pregled psihijatra za dva do tri mjeseca, po potrebi ranije.

U školskom okruženju preporučuje se pokazati razumijevanje dječaku, osigurati mu dodatnu pomoć i nadzor uvođenjem asistenta u nastavi te individualizacijom pristupa na sljedeći način:

- omogućiti dječaku sjedenje u prvoj klupi
- omogućiti dječaku barem jedan kraći predah u toku nastavnog sata (npr. da ode do WC-a ili obavi neki zadatak u učionici), kao i pri ispitivanju znanja
- dopustiti dječaku povremeno micanje iz situacije koja ga uznemiruje (npr. da se ode napiti vode u slučaju buke)
- maksimalno moguće ukloniti distrakcije pri usvajanju i ispitivanju znanja
- podržati dječaka u postavljanju granica prema drugoj djeci na ne-agresivan način
- smanjiti broj zadataka/trazjenih riječi u pisanom obliku izražavanja
- izbjegavati negativno vrednovati eventualno smanjenu urednost pisanog izražavanja
- izbjegavati zadatke koji zahtijevaju korištenje radnog pamćenja u ispitivanju znanja (npr. brzo računanje)
- izbjegavati/skratiti zadatke koji zahtijevaju vizuo-motornu koordinaciju (npr. prepisivanje)
- izbjegavati zadatke koji zahtijevaju brzinu obrade informacija pri ispitivanju znanja, posebno apstraktnog tipa (npr. smanjiti broj zadataka u testovima iz matematike)
- dodatno objasniti i s dječakom provjeriti razumijevanje apstraktnih pojmova, konkretizirati koliko je god moguće

- pri usmenom ispitivanju znanja dati dječaku barem pet sekundi vremena za davanje odgovora na pitanje, pitanja po potrebi ponoviti i razjasniti (pričekati barem pet sekundi otkako je razumio pitanje dok počne odgovarati prije procjene da ne zna odgovoriti)
- redovno i aktivno potkrepljivati trud dječaka, a ne samo rezultat
- redovno i aktivno potkrepljivati i manje uspjehe dječaka (npr. pojedine dobro obavljene zadatke, koncentraciju na satu, prepoznavanje trenutka za time-out, nenasilno rješavanje nekog problema...)
- podržati dječaka pri eventualnim neuspjesima, istaknuti neke pozitivne aspekte
- omogućiti dječaku tjelesnu aktivnost maksimalno moguće

Intersektorski dio:

U sklopu obrade kontaktirana je stručna služba škole od koje su zatraženi detaljniji podaci o učeniku te su im po završetku obrade također dostavljene i detaljno objašnjene preporučene smjernice za individualizaciju. Dodatne informacije zatražene su i od nadležnog CZSS, no u tom trenutku njihova obrada nije bila dovršena. Liječnik primarne zaštite dječaka upoznat je s rezultatima obrade i preporukom za uvođenjem asistenta u nastavi. S obzirom na slabije snalaženje majke u pratnji, prema dogovoru s njom, po završetku obrade kontaktiran je nadležni CZSS koji je uključen u obitelj uslijed recentnog incidenta u školi, a u svrhu podrške obitelji pri ostvarenju prava i podrške koji se preporučuju (asistent, putni troškovi do zdravstvene ustanove gdje se planiraju daljnje kontrole i tretman i ostalo prema potrebi). Kasnije je sukladno traženju CZSS-u dostavljena i kompletna medicinska dokumentacija. Stručna služba škole, socijalni radnik iz CZSS-a te socijalni pedagog ispred zdravstvene ustanove ostali su u redovnom kontaktu i u narednom periodu.

4. Integracija teorijskog i praktičnog dijela

U ovom dijelu bit će prezentiran niz aktivnosti u svrhu integracije teorijskog i praktičnog dijela.

A) Zašto smo obvezni intersektorski surađivati?

Primjer Hrvatske:

Pristupajući Konvenciji o pravim djece Republika Hrvatska se obavezala osigurati zaštitu djeteta od svih oblika nasilja i zlostavljanja u obitelji, institucijama i široj društvenoj sredini. Članak 5 Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji propisuje hitnost reagiranja: (1) Sva nadležna tijela koja poduzimaju radnje vezane za nasilje u obitelji postupat će hitno; (2) Svi postupci pokrenuti po ovom Zakonu su hitni. Članak 6 istog Zakona propisuje odgovornost: (1) U svim postupcima vezanim za nasilje u obitelji službe socijalne skrbi i zdravstvene ustanove te druga nadležna tijela dužna su voditi brigu o svim potrebama žrtve i omogućiti joj pristup odgovarajućim službama; (4) Interesi djeteta izloženog nasilju u obitelji prioritetni su u svim postupcima. Članak 8 naglašava obvezu prijave: Zdravstveni radnici, stručni radnici u djelatnosti socijalne skrbi, obiteljske prevencije i zaštite, odgoja i obrazovanja te stručni radnici zaposleni u vjerskim ustanovama, humanitarnim organizacijama, udrugama civilnog društva u djelokrugu djece i obitelji obvezni su prijaviti policiji ili državnom odvjetništvu počinjenje nasilja u obitelji iz članka 4. ovoga Zakona za koje su saznali u obavljanju svojih poslova. Prema Obiteljskom zakonu (čl. 132), svatko ima dužnost prijave i suradnje radi zaštite djeteta, a Kazneni zakon (čl. 302) u suprotnom predviđa kaznu zatvora do tri godine. Zakon praktički propisuje suradnju između sustava.

Kakav je legislativni okvir u vašoj zemlji? Važno se o tome educirati i koristiti pozitivne zakone kao temelj djelovanja u zaštiti djece. Istražite i sastavite ovakav kratki izvještaj. Također konzultirajte etički kodeks svoje struke te nadopunite.

B) Zašto je intersektorska suradnja važna?

- ✓ bolje međusobno poznavanje stručnjaka različitih struka i njihovih uloga
- ✓ stjecanje znanja i razvijanje motivacije i mogućnosti djelovanja
- ✓ bolje razumijevanje prirode i posljedica zlostavljanja i drugih traumatskih iskustava
- ✓ učinkovitija procjena rizika za dijete
- ✓ zajedničko poduzimanje mjera, osiguravanje podrške i tretmana za dijete te programa pomoći obiteljima
- ✓ olakšavanje obavještanja o sumnji na zlostavljanje i zanemarivanje
- ✓ širenje ideje o potrebi zaštite djece
- ✓ olakšavanje djelovanja u kriznoj situaciji

Raspravite o svim navedenim razlozima. Dodajte barem tri koja nisu navedena.

C) Primjer iz prakse

Djevojka (15) dolazi na multidisciplinarnu obradu u zdravstvenu ustanovu prema preporuci školskog liječnika zbog povremenoga plitkog zarezivanja.

Iz zaključka obrade:

Radi se o djevojci narušene slike o sebi koja je nedavno razotkrila iskustva spolne zlostave u ranijem djetinjstvu te koja vlastite teškoće mentalnog zdravlja, dominantno iz depresivno-anksioznog spektra, povezuje s odgođenim razumijevanjem proživljene traume. Zamjetni su i znakovi seksualne traumatiziranosti. U djevojke se nalazi rizik od autoagresivnog ponašanja, iako se aktualno od istog distancira.

O sumnji na zlostavljanje djevojke obaviještene su nadležne institucije. U okviru obrade majka i djevojka savjetovane su te je pružena podrška. Djevojka iznosi da je doživjela “veliko olakšanje” te da se sveukupno bolje osjeća. Dogovoreno je da se u slučaju pojave autoagresivnih misli i eventualnih ponašanja djevojke žurno i bez odgode obrate na hitni prijem u PB za djecu i mladež.

U školskom okruženju moli se ukazati djevojci razumijevanje s obzirom na aktualno emocionalno stanje.

Sam nalaz ne sadržava detalje o spornim događajima. Vrlo detaljne obavijesti (3 str.) poslane su nadležnom CZSS-u i policiji. Dopis školi ne uključuje informacije u prirodi traume.

Djevojka nije ispitivana u CZSS, kontaktirani su samo roditelji. U policijsku postaju prvo su pozvani roditelji. U dogovoru s njima i nadležnim psihologom iz zdravstvene ustanove koji je djevojku na isto pripremio, policajka u civilu dolazi s djevojkom razgovarati kući. Ispituje ju samo na okolnost nekoliko detalja iz obavijesti. Trenutno se pregovara s državnim odvjetništvom da se ispitivanje djevojke održi u zdravstvenoj ustanovi od strane psihologa koji je proveo i inicijalni intervju, a da ga ostale strane gledaju iz druge prostorije putem audio-video linka te po potrebi postavljaju dodatna pitanja provoditelju ispitivanja u slušalicu. Intervju se snima. Djevojka je uključena u tretman na forenzično osjetljiv način, roditelji u savjetovanje. Održava se komunikacija sa školom.

- **Kako komentirate ovaj slučaj?**
- **Što je u prikazu primjer multidisciplinarne, a što intersektorske suradnje?**
- **Što biste izdvojili kao pozitivan primjer?**
- **Što biste učinili drugačije? Zašto i kako?**
- **Zašto nalaz ne sadržava 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.





Razvoj identiteta djece i adolescenata

Autor: izv. prof. dr. sc. Goran Arbanas, dr. med, FECSM
psihijatar, forenzički psihijatar, psihoterapeut, grupni
analitičar, seksualni terapeut

1. Teorijski dio

1.1. Što je identitet?

Da bismo započeli raspravu o tome kako se razvija identitet kod djece, adolescenata i odraslih, potrebno je prvo definirati sam pojam. Riječ identitet često se koristi i u svakodnevnom razgovoru u vrlo općem i nejasnom kontekstu. Naprimjer, netko može provjeriti čiji identitet tako da pogleda u osobnu/ličnu kartu ili neki drugi dokument. Već nam ovaj primjer ukazuje na nejasne granice pojmova identiteta, osobnosti i ličnosti (uz mnoge druge: karakter, karakteristike, crte). Međutim, u psihologiji i psihijatriji pojmovi identiteta, ličnosti, osobnosti, karaktera, selfa i ega nisu istoznačnice. Oni su se pojavili u različitim psihologijskim školama i teorijama i zbog toga imaju donekle različito značenje.

Jedna od definicija identiteta kaže da je identitet doživljaj vlastitog ja, pojam kojeg pojedinac ima o samom sebi i kontinuiranom postojanju vlastite ličnosti, čije se bitne karakteristike ne mijenjaju s obzirom na vrijeme, mjesto ili situaciju u kojoj se nalaze (Klajn, 1999; Američka psihijatrijska udruga, 2014). Prvi dio definicije kaže da je identitet doživljaj vlastitog ja, što znači da identitet uključuje percepciju sebe ili sliku o sebi, odnosno da je identitet subjektivni doživljaj o sebi. Identitet u sebi sadrži samoodređenje, to jest, vlastito shvaćanje tko sam ja (za razliku od, naprimjer, ličnosti, gdje osoba ne mora biti svjesna nekih obilježja svoje ličnosti). Identitet je subjektivni doživljaj, tako da je kod određivanja nečijeg identiteta neophodno tu osobu pitati kako se ona doživljava, kako se identificira, kako sama sebe označuje. Druga komponenta navedena u definiciji jest kontinuiranost vlastite ličnosti, odnosno da je identitet nešto trajno, nešto što postoji tijekom vremena, što nema nagle promjene (naprimjer kao naš afekt, stav o čemu ili neke ponašajne karakteristike, koje se mogu mijenjati u kraćem vremenskom razdoblju). Identitet je naš pratitelj niz godina, mi osjećamo da smo jedna te ista osoba od djetinjstva do trenutka u kojem se nalazimo. Identitet je stabilan u vremenu. I, na kraju, definicija kaže da identitet ne ovisi o mjestu ili situaciji u kojoj se nalazimo. Dok naše različite uloge i ponašanja mogu biti različiti u različitim situacijama (naprimjer, nećemo se isto ponašati na radnom mjestu, u školi i s prijateljima), identitet je stabilan i stalan kroz različite situacije, s različitim ljudima i u različitom vremenu; mi se uvijek doživljavamo kao jedinstvena i stalna osoba.

Pojam identiteta treba razlikovati od njemu sličnih, srodnih i bliskih pojmova, koji su ipak različiti. Naprimjer, pojam ega dolazi iz Freudove strukturne teorije ličnosti. Ego je jedna od struktura (uz id i superego), koji ima dvije komponente – obrambene funkcije ega i zonu slobodnu od konflikta. Obrambene funkcije ega su nesvjesni mehanizmi kojima se ego brani od anksioznosti, koja dolazi iz vanjskog svijeta, ida i superega. S druge strane, zona slobodna od konflikta jesu one funkcije naše ličnosti koje ne ulaze u konflikt (najčešće, osim kod sloma ego funkcija, naprimjer u psihotičnim stanjima) s vanjskim svijetom i njegovim zahtjevima, s idom i superegom, naprimjer to su motorika, percepcija, govor (Gregurek; 2011; Gabbard, 1994). Iako laici u svakodnevnom govoru često koriste pojam ega u negativnom kontekstu, npr. „on ima prevelik ego“, u psihologiji i psihijatriji što je ego zreliji i jači, to će on biti uspješniji u borbi protiv anksioznosti i time će osoba biti funkcionalnija i zdravija, odnosno bez psihičkih simptoma (Blass, 2012).

Pojam selfa dolazi iz razrade Freudove teorije i ovaj je pojam nastao u drugoj polovici 20. stoljeća i označava ukupnost tijela i uma neke osobe (Vukosavljević Gvozden, 2007). Self uključuje tjelesni self, psihološki self i reprezentat selfa. Reprezentat selfa je vlastiti doživljaj ili viđenje sebe. Reprezentat selfa je sličan reprezentatima objekata, to jest slikama (doživljajima) koje imamo o drugim osobama iz naše okoline (Sletvold, 2013).

Ovi reprezentati (objekata i selfa) predstavljaju sustav objektnih odnosa, koji je u nama, u našem umu, u našem egu. Reprezentat selfa je velikim dijelom nesvjestan te sadrži i snažnu emocionalnu komponentu (kako se osjećamo prema samom sebi, kakve emocije izaziva naš doživljaj sebe) (Kohut, 1990). Za razliku od toga identitet je većim dijelom svjestan doživljaj i imenovanje sebe. No, ovi se pojmovi dijelom preklapaju.

Konačno, ličnost predstavlja skup karakteristika neke osobe, ukupnost njezinih crta. Ličnost uključuje način reagiranja, doživljavanja i ponašanja u određenim situacijama (Američka psihijatrijska udruga, 2014; McAdams, Olson, 2010; Glas, 2006). Obično se opisuju tipovi ili vrste ličnosti, koje uključuju zajednički način reagiranja i doživljavanja, naprimjer antisocijalna ličnost, narcistična ličnost, opsesivna ličnost i slično. Za razliku od identiteta, vrlo često drugi ljudi bolje prepoznaju naše crte (osobine), odnosno našu ličnost, jer je promatraju izvana, objektivnije, dok često mi sami nismo ni svjesni naših osobina ličnosti.

Različiti teoretičari i različite psihologijske škole drže da su različiti čimbenici važni za razvoj identiteta. Tako neki smatraju da su bitniji unutarnji čimbenici (naprimjer genetika, intrapsihička zbivanja), a drugi drže da su to vanjski čimbenici (naprimjer interakcije s drugim ljudima). Također, ne slažu se svi oko toga kada završava razvoj identiteta. Kao što ćemo vidjeti dalje u tekstu, Freud je smatrao da razvoj završava u dobi od sedam ili osam godina, današnji klasifikacijski sustavi (npr. Međunarodna klasifikacija bolesti i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje) smatraju da je to negdje u dobi od 18 godina, dok je npr. Erikson smatrao da razvoj ličnosti teče do smrti (Američka psihijatrijska udruga, 2014; World Health Organization, 1992). Neovisno o tome do kada traje razvoj identiteta, svi se slažu da je djetinjstvo najvažnije razdoblje i da postoje neki događaji koji su važni za dijete a koji se ne mogu ponoviti/obnoviti u kasnijoj dobi. Za određene osobine postoji takozvani prozor mogućnosti, vremenski period u kojem je moguće razviti neku osobinu/vještinu i kad se taj prozor zatvori, više nije moguće na jednak način i s istim uspjehom steći to svojstvo (naprimjer temeljno povjerenje). Također, plastičnost mozga veća je u ranom djetinjstvu, što je podloga za širi razvoj većeg broja vještina i osobina (Ismail, Fatemi, Johnston, 2017; Polczynska i Bookheimer, 2021).

1.2. Freudov psihoseksualni razvoj djeteta

Sigmund Freud bio je austrijski neuropsihijatar na prijelazu iz 19. u 20. stoljeće. On je utemeljitelj psihoanalize i dinamske psihoterapije. Razvio je teoriju psihoseksualnog razvoja djeteta. Uveo je pojam libida, koji označava instinktivni nagon za seksualnom ugodom. Prema Freudovu modelu psihoseksualnog razvoja, svako dijete tijekom života prolazi kroz nekoliko faza psihoseksualnog razvoja, koje su nepromjenjive i univerzalno prisutne (Gabbard, 1994; Gabbard, 2017). Ove faze predstavljaju razdoblja u kojima određeni dio tijela (zbog svoje fiziološke funkcije) postaje mjesto gdje se libido manifestira i ostvaruje. Kako dijete u svakoj od ovih faza može biti uskraćeno (frustrirano – u kojem slučaju od okoline, odnosno od važnih osoba – roditelja – ne dobije ono što mu tada treba) ili previše zadovoljeno (pa nema potrebe da krene u sljedeću fazu), može se fiksirati u nekoj od ovih faza i razviti karakteristična obilježja te faze. Da bi dijete uspješno prešlo u sljedeću fazu razvoja, potrebno je da većim dijelom njegove potrebe budu zadovoljene, no da ipak postoji određeni stupanj frustracije koji će ga potaknuti da raste i napreduje (Gregurek, 2011; Shulman, 2021).

Prva faza naziva se oralnom fazom razvoja i obuhvaća razdoblje od prve godine života. U toj fazi dijete je potpuno ovisno o majci (ili drugoj osobi koja o njemu skrbi). Usta su važan organ za dijete jer dijete ne samo da prima hranu preko usta, već i upoznaje svijet preko usta. Poznato je da malo dijete sve stavlja u usta, isprobava ustima kakvog je okusa, dodira, tvrdoće predmet. Sve što mu se nađe pod rukom, dijete stavlja u usta. Dijete brzo nauči da putem usta (premda još ne govori – radi se o prvoj godini života) može komunicirati s okolinom.

Ako je ljuto na majku, može zatvoriti usta, ne primati hranu ili čak (kad mu narastu zubići) i ugristi. A roditelji su često u ovoj fazi jako osjetljivi na djetetovu hranjenje i količinu hrane koje je dijete pojelo, pa na taj način dolazi do interakcije djeteta i majke. Ako djetetove potrebe (a to su potreba za hranom, toplinom, čistoćom, sigurnošću, brigom, skrbi) većim dijelom budu na vrijeme zadovoljene, kao uspješan rezultat ove faze razvit će se sposobnost davanja i primanja kao i osjećaj povjerenja u sebe. Ukoliko pak dođe do fiksacije u ovoj fazi, zbog toga što je dijete bilo snažno frustrirano ili pak previše zadržavano u ovoj fazi, razvit će se takozvane oralne osobine ličnosti: stalno primanje, bez mogućnosti davanja, neutaživa potreba za primanjem od drugih, zahtjevnost, zavist i ljubomora. U još teže izraženoj fiksaciji razvijaju se i patološki fenomeni, kao što su bipolarni poremećaj ili poremećaji uzimanja hrane (Arbanas, 2008).

Sljedeća razvojna faza naziva se analnom fazom i obuhvaća razdoblje druge godine života. U tom razdoblju roditelji su fokusirani na učenje kontrole sfinktera. Dijete putem sfinktera može komunicirati s roditeljima. Ako se ne defecira u pelenu, već u tutu, roditelji će biti veseli, ako se pak dijete pomokri ili defecira u gaćice, roditelji će biti uznemireni, angažirani. Osim ove komunikacijske uloge, djeca doživljavaju i ugodu zbog puštanja fecesa ili zadržavanja fecesa, jer na taj način podražuju sluznicu anusa. Upravo zbog toga ova je faza i nazvana analnom fazom. Uspješan rezultat analne faze jest razvoj neovisnosti, inicijative, suradnje. Fiksacijom u ovoj fazi nastaju analne crte: potreba za redom, čistoćom, točnošću, preciznošću, tvrdoglavost. U patološkim oblicima pojavljuju se opsesivno-kompulzivni poremećaj i spastični kolon (Gregurek, 2011; Gabbard, 1994).

Nakon analne faze, dijete ulazi u falusnu fazu razvoja, koja pokriva razdoblje od treće do pete godine života. U to vrijeme dijete upoznaje svoje tijelo, ali i shvaća da činjenica ima li ono penis ili nema uvelike utječe na to kako će se drugi ljudi prema njemu odnositi. Roditelji, ali i šira okolina, ponašaju se drugačije prema dječacima i prema djevojčicama – kupuju im drugačije igračke, drugačije ih odijevaju i šišaju, očekuju od dječaka i djevojčica različito ponašanje. Poznati su stereotipi koji se često izgovaraju: „Dječaci ne plaču!“ ili „Djevojčice se uređuju!“ Drugim riječima, dijete shvaća da činjenica da su muškog ili ženskog spola (da imaju ili nemaju penis) dovodi do različitih posljedica. Zbog toga je i Freud nazvao ovu fazu falusnom fazom, jer falus nije običan penis, falus je penis koji ima moć, koji ima neko dodatno značenje. Dijete shvaća i da su roditelji različitog spola i da imaju različite uloge (upravo zbog toga). Budući da je penis važan organ (jer utječe i na ponašanje drugih), dijete se počinje bojati da će se nešto loše dogoditi penisu ako bude loš ili neposlušan. Upravo je to osnova Edipova konflikta i kastracijskog straha (Vukosavljević Gvozden, 2007; Hartke, 2016). Dijete rješava ovaj strah na način da se identificira s istospolnim roditeljem. Upravo kroz identifikaciju s roditeljima u svoju ličnost uključuje i neke roditeljske zabrane, kroz strukturu superega. Freud je smatrao da je upravo falusna faza razvoja najvažnija faza u psihoseksualnom razvoju. S uspješnim rješavanjem ove faze dijete će razviti svoj rodni identitet, znatiželju i sposobnost kontrole nagona. Kod fiksacije dolazi do razvoja falusnih crta ličnosti: sklonost dramatizaciji, fantaziji, nerealnom, emocionalna nestabilnost i egocentričnost. Kao patološki oblici razvijaju se konverzivni (histerični) poremećaji (Gregurek, 2011; Solms, 2021).

Iza falusne faze dijete ulazi u razdoblje u kojem se naizgled čini da su libidne potrebe nestale (a zapravo ih je dijete procesom socijalizacije naučilo skrivati), pa se ova faza naziva i fazom latencije. U ovoj fazi, dijete se usmjerava na uspjeh u školi, sportske aktivnosti i okreće se i prema drugim osobama a ne samo prema roditeljima (prvenstveno u školi prema učiteljici). Uspješno rješavanje ove faze dovodi do osjećaja sposobnosti i inicijative, a fiksacija dovodi do premalo ili previše sublimacije u učenju, školi i sportu.

Konačno, posljednja faza Freudova psihoseksualnog razvoja jest zrela genitalna faza u kojoj dijete konačno postiže zrelu, odraslu, genitalnu seksualnost koja se ostvaruje kroz spolne organe (a ne više kroz neke druge organe – usta, anus – kao što je to bilo u ranijim fazama razvoja).

1.3. Eriksonov psihosocijalni razvoj djeteta

Erik Erikson proširio je Freudovu teoriju psihoseksualnog razvoja u dva aspekta. Prema Eriksonu i druge osobe, osim roditelja, mogu imati važan utjecaj na djetetov razvoj (naprimjer učitelj/učiteljica, djetetovi vršnjaci). Također, prema Eriksonu, razvoj ličnosti nastavlja se i nakon polaska u školu i traje do kraja života. Eriksonov model razvoja prikazuje razvoj kroz faze (slično Freudovim fazama), od kojih svaka ima svoje probleme i zahtjeve. U slučaju da se zahtjevi faze zadovolje, osoba će razviti određene karakteristike, ako pak ovi zahtjevi ne budu zadovoljeni u toj fazi, osoba će razviti posve drugi set karakteristika (Knight, 2017; Arbanas, 2008). Kao i Freudov model, i Eriksonov model govori i prozoru razvoja, tj. određena faza traje samo određeno vrijeme u djetetovu životu i nakon toga dijete (i odrasla osoba) prelaze u sljedeću fazu razvoja.

Prva godina života jest razdoblje u kojem dijete u potpunosti ovisi o drugim ljudima, ono samo je ovisno i ne može ni u kojem dijelu skrbiti o sebi. Ukoliko djetetove potrebe budu zadovoljene od druge osobe (majke), ono će razviti nadu, optimizam i samopouzdanje. Ako pak djetetove potrebe u ovoj fazi većim dijelom ne budu zadovoljene, razvit će osjećaj nepovjerenja i nostalgije.

U razdoblju druge i treće godine života dijete razvija motoriku, počinje hodati, uči govoriti, počinje se samo hraniti. Zbog toga što se često dovodi i u opasne situacije (naprimjer da padne), roditelji i drugi odrasli često djetetu govore „Ne“. Ovisno o tome koliko dijete dobiva podrške u svojim prvim pokušajima manipulacije okolinom ili pak dobiva uglavnom zabrane, razvit će se različite karakteristike. Pozitivan ishod (kad dijete uglavnom dobiva podršku i potporu) jest autonomija. U slučaju kažnjavanja njegovih nemuštih pokušaja razvija se osjećaj srama, a kod posramljivanja djeteta osjećaj sumnje.

U vremenskom periodu od treće do pete godine života dijete sve više u svakodnevnim situacijama oponaša svoje roditelje i širi svoje interese. U ovoj dobi djeca često kreću u vrtić i upoznaju vršnjake. Čak i djeca koja ne idu u vrtić sve više pokazuju interes za drugu djecu i druženje s njima. Pozitivan ishod ove faze (u slučaju poticanja djetetovih interesa) bit će ambicija, inicijativa, savjest. U slučaju negativnog ishoda (stalnog onemogućavanja djeteta u istraživanju i prigovaranje na njegove pokušaje) razvit će se osjećaj krivnje, kao i gubitak mašte i inicijative.

S polaskom u školu mijenja se život djeteta, ali i njegovih roditelja. Roditelji obično velik značaj daju djetetovu uspjehu u školi. Učitelj/ica za dijete postaje vrlo važna osoba i nerijetko dijete bez ikakvog propitivanja drži da ono što učiteljica kaže uvijek jest istina (kao što je ranije isto tako roditelja smatralo svemogućim i sveznajućim autoritetom). Učiteljica upravo zbog velikog značenja za dijete može biti i korektivni faktor djetetu koje u obiteljskoj sredini ne dobiva poticaje. Dijete koje u ovoj fazi dobiva poticaje (koji mogu biti vezani uz školski interes, ali i druge interese kao što su sport, glazba i slično) razvit će osjećaj produktivnosti i uživanja u radu. Negativan pak ishod dovodi do razvoja osjećaja dužnosti, osobne neadekvatnosti i inferiornosti.

U razdoblju puberteta i adolescencije, u drugom desetljeću života, interesi djeteta još se više proširuju i sada mnogo važniji postaju njegovi vršnjaci, kao i idoli iz javnog života (naprimjer pjevačke zvijezde, glumci, sportaši). Roditelji gube svoje značenje koje su imali ranije i nerijetko je adolescent u oporbi prema roditeljima (što je zapravo njegov pokušaj separacije, koji je nužna potreba za zdravi razvoj). U ovoj se fazi, upravo identifikacijama s vršnjacima i idolima, a koje se nastavljaju na raniju identifikaciju s roditeljima i učiteljima, formira identitet osobe. Identitet ima više faceta, pa uključuje seksualni identitet, radni identitet, nacionalni identitet i brojne druge identitete.

Naš ukupni identitet zbroj je svih ovih identiteta. Pozitivan ishod ove faze jest razvoj stabilnog identiteta, dok je negativan ishod nesigurna slika o sebi. Prema Eriksonu upravo je ova faza razvoja najbitnija u razvoju identiteta.

Međutim, čovjekov se život ne zaustavlja i ne prestaje u ovoj fazi. Sljedeća dva desetljeća, tj. razdoblje mlađe odrasle dobi jest period u kojem osoba uspostavlja emocionalne odnose s drugim ljudima (partnerske, romantične, ali i prijateljske), formira svoj odnos prema radu i obično počinje raditi (i ostvarivati svoj radni identitet ili se u njemu razočarati). Pozitivan ishod ove faze jest mogućnost za intimnost (bliskost s drugim ljudima), rad, produktivnost. Negativan ishod jest izolacija.

U sljedeća dva desetljeća (od četrdesetih godina do 65 godina) osoba koja je ostvarila sliku o sebi (u adolescenciji) i koja je uspostavila zadovoljavajući odnos intimnosti s partnerom i prijateljima, koja se ostvarila u poslu, u ovoj fazi života okreće se svijetu koji ostaje – svojoj djeci, mlađim kolegama na poslu, znanosti, hobijima. Pozitivan ishod ove faze je stvaralaštvo i produktivnost, a negativan ishod neproduktivnost, stagnacija i sterilnost.

Konačno, i u trećem životnom dobu čovjek može napredovati ili biti nezadovoljan. U ovoj dobi ljudi često gledaju unazad na svoj život. Osobe koje su pozitivno prošle prethodne faze obično imaju osjećaj da su stekle određenu mudrost (koja je uz integraciju, pozitivan ishod ove faze), dok osobe koje su nezadovoljne i koje imaju osjećaj da su protratile život, nerijetko očajavaju i imaju osjećaj nezadovoljstva životom (negativni ishodi) (Knight, 2017; Arbanas, 2008).

Osim ova dva modela (Freudova i Eriksonova) postoje i brojni drugi istraživači i teoretičari koji su izučavali razvoj nekih pojedinih karakteristika, ali ne i ličnosti u cjelini. Tako se Piaget bavio razvojem kognitivnih sposobnosti, a Kohlberg moralnim razvojem djeteta (Newton i Harrison, 2005; Ma, 2013).

1.4. Rodni i seksualni identitet

Kao što je već rečeno, identitet ima puno aspekata (faseta, elemenata). Jedan od njih je rodni identitet, a drugi je seksualni identitet (ili seksualna orijentacija). Radi pojašnjenja važno je napraviti jezičnu (i terminološku) razliku između pojmova koji mogu izazvati nedoumicu (Lew-Starowicz, Giraldo i Kruger, 2021). Spol (engleski sex) jest sve ono biološko u nama što ukazuje da pripadamo jednom ili drugom spolu (Arbanas, 2021). Spolni su organi, spolni su hormoni. Pri rođenju se određuje spol djeteta na temelju spolovila. U sportu liječnici katkad moraju odrediti kojeg je osoba spola (na temelju fenotipskih karakteristika, razina hormona, kariograma). Spol je činjenica koju utvrđuje medicina. S druge strane, rod (engleski gender) jest subjektivni doživljaj i iskustvo da smo muško ili žensko (ili nekog nebinarnog roda) i sve ono čime pokazujemo da pripadamo nekoj rodnoj skupini (a gdje u igru onda ulaze i socijalni stereotipi i očekivanja). Rod zbog toga ima dvije komponente: rodni identitet i rodnu ulogu. Rodni je identitet unutarnji osjećaj osobe da je muško, žensko, androgin, neutralnog ili nekog petog roda. Rodni identitet je dio našeg ukupnog identiteta. To je naš doživljaj, naše iskustvo, naše znanje da smo muškarac, žena ili nekog trećeg roda (Steensma, Kreukels, de Vries, Cohen-Kettenis, 2013). Rodna uloga je vanjski izraz pripadnosti muškarcima ili ženama (kroz odijevanje, frizuru, neke pokrete), odnosno rodnu ulogu određuje i društvo i vrijeme u kojem živimo (Arbanas, 2016). Rodna se uloga tijekom povijesti mijenjala. Naprimjer, u 18. stoljeću su (što vidimo sa slika iz tog vremena) muškarci nosili tajce, šminkali se, nosili visoke potpetice i vlasulje. Danas to češće rade žene.

Seksualni identitet (koji se još naziva i seksualna orijentacija) jest subjektivni doživljaj što je to što me seksualno privlači, što me seksualno uzbuđuje. Ljudi mogu biti homoseksualnog identiteta (orijentacije), heteroseksualnog, biseksualnog ili aseksualnog identiteta (u kojem slučaju nemaju seksualnog privlačenja ni prema kome, premda i nadalje osjećaju romantično/emocionalno privlačenje) (Rossi i Dean, 2013). Posljednjih godina govori se i o drugim vrstama seksualnog identiteta, kao što su sapioseksualni (u kojem slučaju osobu privlači intelekt druge osobe, a ne njezine biološke karakteristike ili spol), a neki autori u seksualnu orijentaciju ubrajaju i različite parafilicne sklonosti (naprimjer, fetišistička orijentacija ili BDSM orijentacija i slično) (Ventriglio i Bhugra, 2019).

Laici, a ponekad i stručnjaci, imaju očekivanja da osoba bude određenog spola, odgovarajućeg (istog) roda i heteroseksualne orijentacije. Međutim, kod oko 10% populacije spol, rodni identitet i seksualni identitet nisu istovjetni i najčešće ove ljude nazivamo nenormativnima. Također, česti su stereotipi o tome da homoseksualni muškarci su ženskastog ponašanja, a homoseksualne žene muškarastog ponašanja, no to zapravo nije tako, jer se ovdje brkaju pojmovi seksualne orijentacije i rodne uloge (ponašanje na određeni rodno stereotipni način govori o nečijoj rodnoj ulozi, a ne o seksualnoj orijentaciji).

1.5. Razvoj rodnog identiteta

Jedna od razrađenijih teorija o razvoju rodnog i seksualnog identiteta jest Bancroftov model triju pruga (Bancroft, 2009). Bancroft je britanski seksolog i endokrinolog koji se bavio izučavanjem razvoja rodnog identiteta. Prema Bancroftovom modelu postoje tri pruge razvoja koje su u djetinjstvu razdvojene, a u adolescenciji se počinju povezivati. To su rodni identitet, seksualna reaktivnost (pobudljivost, kapacitet za seksualnim reagiranjem) i kapacitet za razvojem dijadnih odnosa.

Temeljni rodni identitet, odnosno subjektivni osjećaj i shvaćanje pripadnosti muškom ili ženskom rodu formira se već negdje u dobi od dvije ili tri godine. To je vidljivo iz činjenice da djeca u ranoj vrtičkoj dobi biraju istospolne prijatelje (odnosno transrodna djeca biraju suprotnospolne prijatelje). Za biološku osnovu ovakvog ponašanja govori činjenica da ovo ponašanje nije specifično za djecu, već se pojavljuje i kod mladunčadi nekih drugih primata (Wallen, 1996; Brown i Dixon, 2000). Također, djeca u toj ranoj dobi znaju kategorizirati sebe i druge po spolu, a postoje i određene rodne razlike u opisivanju drugih osoba (Miller, Lurye, Zosuls i rube, 2009).

Tijekom predškolske dobi opisana su brojna rodno specifična ponašanja. Tako su dječaci u svim kulturama agresivniji od djevojčica. Ova karakteristika ostaje i u odrasloj dobi i počinitelji kaznenih djela su uglavnom muškarci, a kod zatvorenika preko 90% čine osobe muškog spola (Gottfried i Christopher, 2017). Ovakva transkulturalna rasprostranjenost s ovako visokim postotkom također nam govori za biološku podlogu ovog ponašanja (vjerojatno utjecaj testosterona). Nadalje, dječaci više sudjeluju u grupnim aktivnostima, koji potiču na konflikte, a djevojčice više sudjeluju u dijadnim aktivnostima koje potiču na brigu. U sukobima, dječacima je važno zadržati kontrolu, a djevojčicama održati odnos (Eschenbeck, Kohlmann i Lohaus, 2007).

Dječaci, što su stariji, to više skrivaju emocija. Ovaj podatak da se to mijenja s dobi govori u prilog stavu da je ovo ponašanje vjerojatno naučeno, jer u većini kultura se potiče dječake da ne pokazuju osjećaje i da je to nešto što čine djevojčice i žene. Također, s dobi raste učestalost nezadovoljstva izgledom tijela kod djevojčica (Milano, Ambrosio, Carizzone, De Bisasio, Foggia i Capasso, 2020). I u ovom aspektu nezadovoljstva slikom o tijelu postoji velika rodna razlika, koja s dobi ostaje prisutna (slično ranije opisanoj agresivnosti).

Negdje u dobi od pet ili šest godina dijete počinje shvaćati da je spol trajna, nepromjenjiva funkcija. Do tada dijete često drži da se spol može promijeniti i da osoba jednostavno može postati drugog spola. Ovo bi govorilo u prilog tome da se prozor mogućnosti (i utjecaja) za razvoj rodnog identiteta zatvara negdje prije pete godine života.

Nema dokaza koji bi govorili da netradicionalne obitelji utječu na rodni identitet i rodnu ulogu. Međutim, rodno stereotipno ponašanje podržavaju braća i sestre (jedinci pokazuju najmanje rodno stereotipnog ponašanja) i mediji (djeca koja više gledaju televiziju imaju više rodno stereotipnog ponašanja) (Wille, Gaspard, Trautwein, Oschatz, Scheiter i Nagengast, 2018).

1.6. Razvoj seksualne reagibilnosti

Većina istraživanja potvrđuje da već prije puberteta, većina dječaka i djevojčica pokazuje seksualno uzbuđenje. Ipak, postoje određene rodne razlike, više od polovice dječaka već prije puberteta ima seksualne fantazije i nešto manje od trećine djevojčica, dok seksualno privlačenje prije puberteta pokazuje više od dvije trećine dječaka i više od jedne trećine djevojčica (Thigpen, 2009).

Prvi modeli ljubavi i maštanja o partneru pojavljuju se već u dobi od pet do šest godina, a kasnije, kako dijete sazrijeva u ove prve, rudimentarne oblike privlačenja, uključuju se i seksualne želje i sadržaji. Dječaci i odrasli muškarci imaju jasnije definirano privlačenje prema određenom tipu osobe ili objektu (naprimjer seksualno privlačenje prema nekoj specifičnoj seksualnoj aktivnosti), dok se kod djevojčica i žena ovakva jasnija slika pojavljuje najčešće iza puberteta. Kod muškaraca ovaj obrazac privlačenja više se odnosi na određenu vrstu seksualno poželjne osobe, a kod žena više na vrstu odnosa kojoj teže i koju žele (Joyal, 2015). Ovo bi objašnjavalo i zbog čega su parafilije daleko češće kod muškaraca, te zbog čega je biseksualnost češća kod žena. Ovi reprezentati ideliziranog partnera, veze koju osoba želi i vrste seksualne aktivnosti nazivaju se karte ljubavi.

U istraživanjima seksualne orijentacije, pokazalo se da je najvjerojatnije seksualna orijentacija biološki determinirana. Isprva se mislilo da postoje razlike u razinama spolnih hormona kod homoseksualnih i heteroseksualnih osoba, no ovo nije potvrđeno i danas se zna da homoseksualni muškarci imaju jednake razine testosterona kao i oni heteroseksualni. No, kod žena postoje određene naznake da žene koje su kao fetusi bile izložene androgenima (jer ih je majka zbog nekog razloga uzimala) postoji veća učestalost homoseksualnosti i biseksualnosti. U drugim pak okolnostima, povišene razine testosterona kod žena više će utjecati na njihovu rodnu ulogu (češće će se ponašati „muškarasto“), nego što će utjecati na njihovu seksualnu orijentaciju (James, 2005). Drugim riječima, čini se da spolni hormoni utječu na rodnu ulogu, ali ne i na razvoj seksualne orijentacije.

Zanimljiv je podatak da su homoseksualne osobe češće nedesoruke, od heteroseksualnih osoba. Isto vrijedi i za aseksualne osobe (Brewster, Mullin, Dobrin i Steeves, 2011). Vjeruje se da je nedesorukost odraz moždane asimetrije i da je ona samo „marker“, a ne uzrok seksualne orijentacije. Naravno, većina homoseksualnih osoba, kao i heteroseksualnih, je desnoruka.

Nadalje, postoje razlike u načinu na koji homoseksualne i heteroseksualne osobe reagiraju na muške, odnosno ženske feromone. Osoba reagira na feromone seksualno poželjnih osoba aktivacijom medijalnog preoptičkog područja u mozgu, dok na feromone osoba onog spola koji nas seksualno ne interesira reagiramo aktivacijom olfaktornog dijela mozga.

Kod muškaraca, vjerojatnost homoseksualnosti povećava se sa svakim starijim bratom kojeg osoba ima. Vjeruje se da je to posljedica neke vrste imunizacije majke na Y kromosom nakon rođenja prvog sina (jer se krv majke i fetusa ne miješa do poroda). Također se zna da se homoseksualnost (barem kod muškaraca) „prenosi“ po ženskoj liniji, što bi značilo da je vezana uz X kromosom (Blanchard, 2014). Kod žena nije nađen ovakav način prijenosa. Nadalje, sestre homoseksualne braće imaju veći broj potomaka, pa se postavlja pitanje ne prenose li se ove dvije osobine po istom genu/kromosomu. S obzirom na činjenicu da se homoseksualnost kod muškaraca prenosi po X (majčinom) kromosomu, a njihove sestre imaju veći broj potomaka, čini se da je homoseksualnost evolucijski održiva (što se i pokazalo kroz povijest, jer nije nestala).

Svi ovi do sada navedeni podaci govore nam da se seksualna orijentacija kod muškaraca i kod žena možda ne razvijaju na potpuno jednake načine. Također, čini se da su biološki čimbenici izrazito važni.

Jedno od velikih pitanja koje često postavljaju roditelji, ali i istraživači, jest mogu li vršnjaci utjecati na pojavu ili učestalost homoseksualnog ponašanja. Brojna istraživanja potvrđuju da vršnjaci imaju utjecaj na stupanje u romantične veze (ako prijatelji već imaju romantičnu vezu, veća je šansa da će se ući u romantičnu vezu), započinjanje seksualnih aktivnosti, utječu na učestalost seksualnih odnosa i na ulaženje u rizična seksualna ponašanja (Cavazos-Rehg, Spitznagel i Bucholz, 2010). Drugim riječima, što se tiče ovih parametara, postoji „vršnjački pritisak“. Međutim, vršnjaci nemaju nikakvog utjecaja na to hoće li osoba ući u seksualno ponašanje s drugim osobama istog ili drugog spola, pa čak ni kad se radilo o vrlo bliskim prijateljima (Brakefield, Mednick, Wilson i sur., 2014). Drugim riječima, ako vršnjaci već imaju seksualne odnose, veća je šansa da će i njihovi prijatelji ući u seksualne odnose, ali s kime će ući to ovisi o njihovoj seksualnoj orijentaciji.

Svi raspoloživi podaci govore nam i da kultura najvjerojatnije nema utjecaja na seksualnu orijentaciju. Prevalencija homoseksualnosti je podjednaka u različitim državama i kulturama i nema nekih kultura koje bi imale značajno povišenu ili značajno sniženu učestalost homoseksualnosti. Prevalencija je podjednaka u kažnjavajućim društvima, kao i u permisivnim. Zanimljiv je podatak da u Nizozemskoj, koja već desetljećima dopušta istospolne brakove i koja se smatra jednom od najpermissivnijih zemalja, udio homoseksualnih brakova ne prelazi 3-4%. Također, prevalencija homoseksualnosti je podjednaka u religioznih i nereligioznih osoba, no velike su razlike u stavovima i prihvaćanju ili neprihvatanju vlastite seksualne orijentacije.

2. Prikaz studije slučaja

Martinini roditelji javili su se seksualnom terapeutu jer su bili zabrinuti za svoju kćer. Na prvi su razgovor došli sami. Opisuju da je Martina djevojka, 15 godina stara, završila je osnovnu školu i prijavila se u srednju školu za vozača kamiona. Navode da je od malih nogu ona voljela „muške“ stvari. U osnovnoj je školi igrala nogomet tri godine, u muškom klubu. Imala je faze kad se odijevala u mušku odjeću, a zatim bi ušla u „fazu“ kad bi nosila žensku odjeću. Nikad nije voljela nositi suknje, ni haljine. Ne voli se šminkati. Roditelji su se interesirali, tražili na internetu i sada razmišljaju je li njihova kći transrodna. Boje se da bi mogla odlučiti ući u tranziciju, uzimati hormone, naštetiti svome tijelu. To im ona nije rekla, to je njihov strah.

Terapeut je odlučio pozvati Martinu na razgovor. Martina mu je ispričala da ona voli neke stvari koje su „muške“, kao što je nogomet i automobili. Posebice voli velika vozila, džipove, kamione. Voljela bi naučiti voziti kamion, zbog toga je odlučila da bi išla u školu za vozača kamiona. Voljela bi jednog dana imati građevinsku firmu. Nikad je nisu interesirali šminka, razgovori o dečkima, haljinice. Ne voli rozu boju. Najviše voli nositi crne stvari – hlače, tenisice, majice. Nije zaljubljena, nikad nije bila zaljubljena. Voli društvo i dječaka i djevojčica, svejedno joj je kojeg su spola njezini prijatelji, no ne voli razgovarati o šminki i ljubavi.

Na pitanje da ispriča zbog čega je odustala od nogometa, priča da je u osnovnoj školi željela igrati nogomet. Uvijek je na TV-u s tatom gledala nogometne utakmice i to joj se jako sviđa. Kako živi u manjem mjestu, u tom mjestu nije bilo ženskog nogometnog kluba i ona se učlanila u muški klub. Sve je bilo u redu do puberteta, no tada su počela zadirkivanja, a i njoj je bilo neugodno pred dečkima, zbog toga što su joj narasle grudi i činilo joj se neprimjereno da bude s njima. Zbog toga je odustala od nogometa. Da je živjela u većem gradu gdje je bio ženski klub, kaže da bi vjerojatno nastavila trenirati.

Na direktno pitanje bi li voljela da je rođena kao dječak, odgovara da ne bi. Ona je zadovoljna što je djevojka, ne smetaju je njezine sekundarne spolne osobine. Dapače, ponosna je što su joj grudi veće od prosječnih grudi njezinih prijateljica. No, ne voli ženske priče i ženske razgovore, njihove teme.

3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela

- Kako biste opisali ovu djevojku u pojmovima spola i roda?
- Što biste savjetovali roditeljima?
- Što biste savjetovali djevojci?

U prikazu ovog slučaja, kao prvo je važno napomenuti da je uvijek, ali baš uvijek, prije davanja bilo kakvih savjeta ili komentara, potrebno razgovarati s djetetom. Bez razgovora s djetetom, dobivamo filtriranu, promijenjenu priču, koju daju roditelji (poput pokvarenog telefona). Tek u razgovoru s djetetom možemo saznati koji su motivi određenog ponašanja i koja su unutarnja razmišljanja djeteta.

U ovom slučaju potrebno je definirati spol, rodni identitet i rodnu ulogu ove djevojke. Martina je ženskog spola (rođena je kao djevojčica, ima žensko tijelo). Rodni identitet jest subjektivni doživljaj i iskustvo osobe. Iz razgovora s Martinom doznaje se da se ona osjeća kao djevojka i da je zadovoljna svojim spolom. Ona ne želi mijenjati svoj spol. Dapače, ponosna je na neke svoje sekundarne spolne osobine (grudi). Drugim riječima, Martina ima ženski rodni identitet. Ona je cisrodna (njezin spol i rodni identitet su istovjetni). Međutim, njezina je rodna uloga muška. Ona voli stvari koje se tipično, stereotipno smatraju muškima (nogomet, vožnja kamiona, automobili). Rodna uloga određena je i kulturom, društvom i vremenom u kojem živimo. Martina neće imati jednaki život u permisivnoj kulturi i u kulturi koja zahtijeva prilagođavanje društvenim rodnim normama. Vjerojatno neće biti jednako u velikom gradu i nekom zabačenom selu (u njezinom gradiću nema ženskog nogometnog kluba). Da je živjela pred stotinjak godina, njezin život bio bi drugačiji nego što će biti danas.

Što se tiče savjeta roditeljima i njoj; roditelje treba umiriti i objasniti im pojmove spola, rodnog identiteta i rodne uloge. S njima treba razgovarati o tome zbog čega ih je Martinina netipična rodna uloga toliko uznemirila da su odlučili potražiti pomoć. Treba ih savjetovati da Martini budu podrška. Martini ne treba stručna pomoć. Ona je zdrava, mlada osoba.

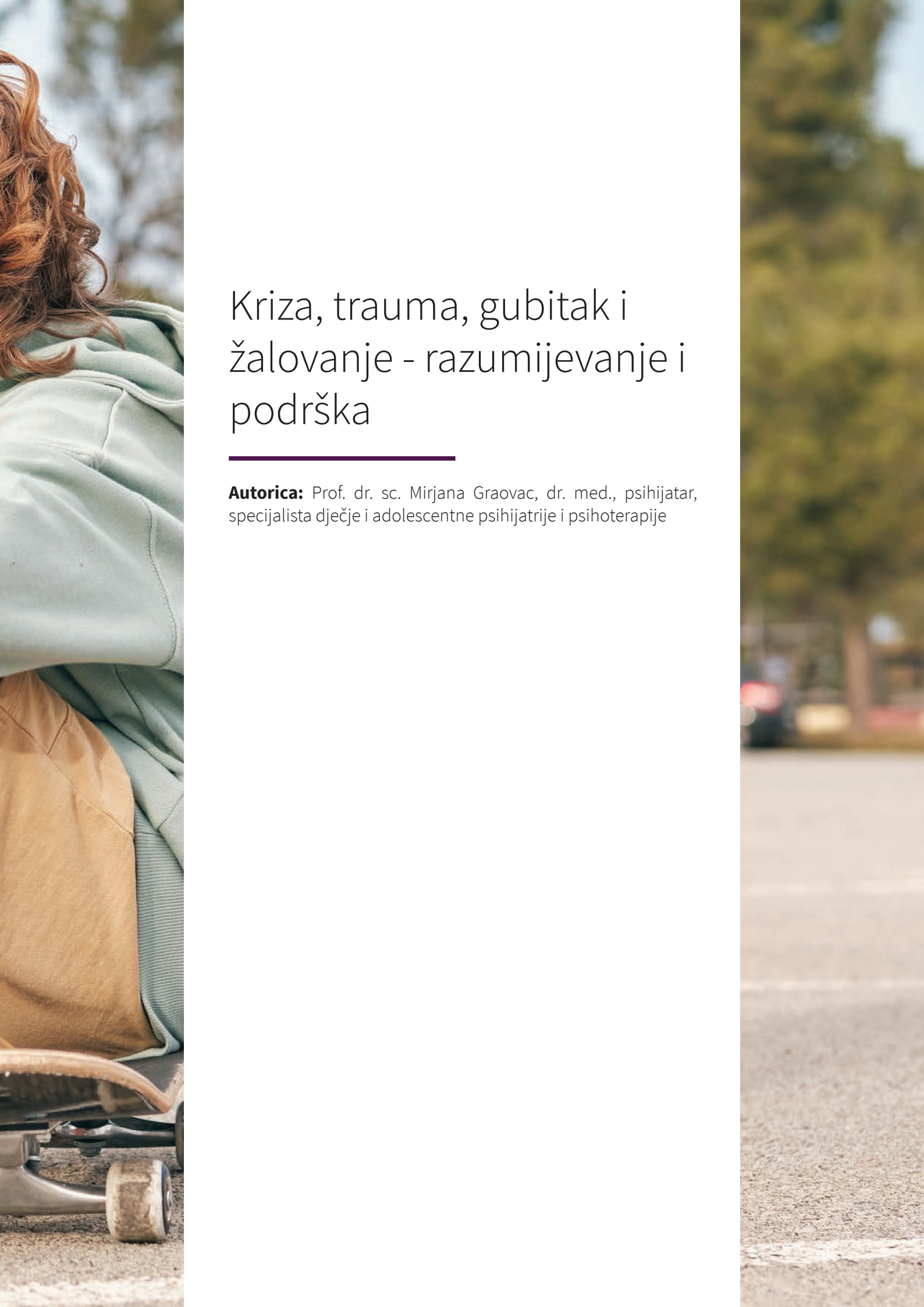
U slučaju da je Martina bila duboko nezadovoljna svojim spolom, da je osjećala da je ona u stvari muško i da želi biti muško, da je opisivala da mrzi svoje sekundarne spolne osobine, tada bi ona bila transrodna. U tom slučaju njezin rodni identitet bio bi muški. U tom slučaju postupci prema roditeljima bili bi istovjetni – radilo bi se s njima na prihvaćanju činjenice da im je dijete transrodno i pomagalo bi im se da joj pružaju potporu. No, u tom slučaju postupanje s Martinom bilo bi drugačije. Nju bi se poticalo da procijeni što je za nju najbolje u situaciji kad ima ženski spol i muški rodni identitet. Želi li ući u tranziciju ili ne? Želi li ući samo u socijalnu tranziciju ili i u hormonsku tranziciju?

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., Carizzone, F., De Biasio, V., Foggia, G. i Capasso, A. (2020). Gender dysphoria, eating disorders and body image: an overview. *Endocrinological and Metabolic 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. *Seks 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 Biohehavioral 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 Seks 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 seks differences in rhesus monkeys. *Hormones and Behavior*, 30, 364 – 378.
42. Wille, E., Gaspard, H., Trautwein, U., Oschatz, K., Schneiter, 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.





Kriza, trauma, gubitak i žalovanje - razumijevanje i podrška

Autorica: Prof. dr. sc. Mirjana Graovac, dr. med., psihijatar,
specijalista dječje i adolescentne psihijatrije i psihoterapije

1. Teorijski dio

Razumijevanje kriznih situacija, traumatskih doživljaja i gubitaka koja se događaju djeci jesu preduvjeti za primjereno postupanje, pružanje pomoći i podrške. Procesi žalovanja kod djece nerijetko započinju takvim situacijama koje su bremenite kriznim i/ili traumatičnim doživljajima pa i gubitcima značajnih osoba, ali i drugim značajnim gubitcima koje remete njihovu rutinu i ometaju njihove razvojne procese. Razumijevanje razvoja i razvojnih procesa su temeljna polazišta u svakom angažmanu na području mentalnog zdravlja djece i mladih.

Djeca i adolescenti mogu doživjeti traumatične situacije u obitelji, školi i društvu, kao i sudionici prirodnih katastrofa, rata, terorizma, migracija, epidemija i drugih oblika nasilja i tragedija. Traumatska iskustva koja djeca doživljavaju tijekom odrastanja mogu značajno ometati razvojne procese jer imaju dubok utjecaj na mnoga različita područja funkcioniranja djeteta/adolescenta - na emocionalnoj, ponašajnoj, fizičkoj, kognitivnoj i misaonoj razini.

Trauma koja uzrokuje poremećaj definira se kao događaj ili niz događaja koji intenzitetom, potencijalnom opasnošću za dijete, neuobičajenom prirodom, nerijetko neočekivanih karakteristika, narušava djetetove kapacitete za suočavanje (svjesne i nesvjesne) i čine dijete bespomoćnim. Klinički entiteti povezani s traumatskim iskustvom kod djece i adolescenata su česti. Manifestacije ovih iskustava opisuju se kao PTSP, ali i kao depresija, anksioznost, somatizacija, poremećaji ponašanja ili disocijativne reakcije. Dijagnoza PTSP-a nije razvojno osjetljiva i ne opisuje na odgovarajući način utjecaj izloženosti traumi iz djetinjstva na dijete u razvoju. Ovoj djeci postavlja se niz "popratnih" dijagnoza od kojih nijedna ne opravdava spektar problema traumatizirane djece. Ispod depresivnih i anksioznih stanja, somatizacije, poremećaja ponašanja ili disocijativnih reakcija često nalazimo traumatična iskustva.

Djeca mogu žalovati kao i odrasli. Gubitak i emocionalna reakcija na gubitak nije „privilegija“ odraslih. Spektar mogućih gubitaka u dječjoj dobi je širok - uključuje osobe, stvari, igračke, dom.... Djecu ne možemo „zaštititi“ od gubitaka, pa i od gubitaka koja su vezana za umiranje i smrt.

Mitovi o žalovanju djece govore da djeca ne žaluju. Odrasli često imaju predrasude vezane uz vlastitu percepciju da dijete ne žaluje, poput – *dijete nije svjesno gubitka, dijete ne osjeća gubitak ukoliko o tome ne govori ili ne plače, bolje je ne pričati o tome, za dijete najbolje da zaboravi, odrasli ne smiju plakati pred djetetom i dr.* Istraživanja fenomena žalovanja u djece govore suprotno - sva djeca žaluju, neovisno o svojoj dobi. Ponašanja djece koja žaluju mogu biti vrlo različita - neka djeca su vrlo tiha i ne plaču, druga su vrlo glasna, ponekada i agresivna, neka traže samoću i mir, druga traže društvo... Neovisno o vanjskoj ekspresiji i ponašanju djeteta, svako dijete koje žaluje treba puno razumijevanja, pažnje, strpljenja i ljubavi.

Mitovi i pogrešna uvjerenja o žalovanju u djece (Modificirano prema Himmelstein i sur. 2004; Schulz 1999.)

- Djeca ne žaluju
- Djeca su premala da bi shvatila smrt i gubitke
- Odrasli trebaju zaštititi djecu od svih gubitaka i boli
- Odrasli trebaju poticati samo lijepa sjećanja na umrlog
- Ne treba izražavati osjećaje (npr. bijesa ili krivnje)
- Djecu će uzrujati odlazak na spровod

Iako žalovanje u djece i žalovanje kod odraslih potiču slični faktori, dijete žaluje na drugačiji način nego odrasli. Razumijevanje ovih razlika moguće je ukoliko poznamo i uvažavamo razvojne procese, razlike u kognitivnom, emocionalnom i socijalnom razvoju djeteta duž razvojnih linija, kao i razvoj specifičnih obrana u pojedinim fazama psihološkog razvoja djeteta.

1.1. Reakcije djeteta na gubitak

Doživljaj gubitka kod djece različit je od doživljaja gubitka kod odraslih. Djeca su ovisnija o svojoj neposrednoj okolini, o odraslima koji o njima brinu, stoga je za njih gubitak povezan s intenzivnim osjećajima nesigurnosti i bespomoćnosti. Mlađa djeca nemaju razvijene kognitivne kapacitete koji bi im pomogli u razumijevanju onoga što se dogodilo. Zbog toga su odrasle osobe izrazito važne djetetu koje tuguje, kako bi mu pružile osjećaj zaštićenosti i sigurnosti, objasnile što se događa na način koji je djetetu razumljiv.

Iskustvo gubitka je jedinstveno i individualno. U situaciji kada je dijete suočeno sa gubitkom na percepciju, razumijevanje i ponašanje djeteta utječu brojni čimbenici: dob djeteta i aktualna razvojna faza, crte ličnosti djeteta, prijašnja iskustva s gubitkom (smrću), priroda i kvaliteta odnosa s osobom koju je izgubila, uzrok smrti umrle osobe, obrasci interakcija i komunikacija unutar obitelji, stabilnost obiteljskog života nakon gubitka, kapaciteti za prepoznavanje i ispunjavanje djetetovih potreba, sposobnost za izražavanje i dijeljenje osjećaja i sjećanja, roditeljski stilovi za suočavanje sa stresom, dostupnost konzistentnih odnosa s drugim odraslim osobama.

Wilis (2002) naglašava kako djeca svih dobnih skupina trebaju vrijeme ali i kapacitet za razumijevanje koncepta smrti i umiranja. Djeca ne mogu razumjeti koncept smrti na način kako ga razumiju odrasli. Razumijevanje svijeta oko sebe dijete temelji prema postignutom stupnju kognitivnog razvoja koji je ovisan o njegovoj dobi. Stoga se i razumijevanje koncepta smrti mijenja usporedo s rastom, razvojem i sazrijevanjem djeteta. Prema Wilis (2002), razumijevanje pojmova kao što su nepovratnost, konačnost, neizbježnost i uzročnost izravno je povezano sa dostignutim razvojnim stupnjem djeteta u vrijeme kada se ono susreće sa pojmom smrti.

Razvoj shvaćanja koncepta smrti (Modificirano prema Himelstein i sur. 2004; Wilis 2002.)

Koncept smrti	Pitanja djece koja upućuju na nepotpuno razumijevanje	Implikacije nepotpunog razumijevanja
Nepovratnost (engl. irreversibility) smrt bi značila da opet ne mogu oživjeti	Kad će se moj umrli kućni ljubimac natrag vratiti? Može li netko opet postati opet živ nakon što je umro?	prevenira otpuštanje od umrlog - prvi stupanj žalovanja
Konačnost (engl. finality) smrću prestaju sve životne funkcije	Je li tko gladan ako je mrtav? Boli li nekoga ili je tužan kada je mrtav?	preokupacija fizičkom patnjom umrlog
Neizbježnost za sva živa bića (engl. universality) sva će živa bića umrijeti	Hoće li svi umrijeti? Umiru li djeca? Hoću li i ja umrijeti? Kada ću ja umrijeti?	smrt kao kazna za neke misli ili akcije
Uzročnost (engl. causality) realistično shvaćanje uzroka smrti	Umiru li ljudi zato što su zločesti? Zašto je uginuo moj pas?	može uzrokovati snažne osjećaje krivnje

Nepovratnost je za dijete veoma težak pojam. Djetetu je teško razumjeti da smrt nije nešto što se dogodilo i nakon toga se može „vratiti na prijašnje stanje“. Razumijevanje svijeta i pojava oko sebe dijete temelji na vlastitom iskustvu koje mu govori da se igračke kada se pokvare mogu popraviti, a kada se razbiju mogu se zalijepiti. Pojam smrti kao nepovratne pojave malo djetete ne može shvatiti.

Djetetovo razumijevanje pojma **konačnosti**, da je smrt nepovratno i trajno stanje, proistječe iz djetetovog (ne)poimanja vremena. Kako dijete raste i sazrijeva ono razvija i postupno usvaja koncept vremena. Pojmovi stalnosti i konstantnosti dobivaju realnije značenje usporedo s odrastanjem djeteta. S druge strane, djeca nemaju iskustvo o životnom ciklusu da bi razumjela smrt kao prirodan proces, **neizbježan** za sva živa bića.

Razumijevanje **uzročnih relacija** predstavlja težak zadatak za djecu jer ona ne razumiju da neke stvari i pojave oko njih nastaju pod utjecajem prirodnih čimbenika, a da te prirodne čimbenike nije moguće kontrolirati.

1.2. Kako djeca različite dobi razumiju smrt

Razumijevanje smrti razvija se usporedo s kognitivnim sazrijevanjem djeteta. Karen Schultz (1999) navodi razvojne i emocionalne karakteristike djece koje utječu na njihovo izražavanje tuge. Dob, razvojne i emocionalne karakteristike određene dobi djeteta oblikuju koncept djetetovog poimanja smrti, a posljedično i moguće emocionalne reakcije djeteta na gubitak.

Do treće godine života dijete se senzorno i motorički razvija. U ovoj dobi ne postoji koncept smrti. Smrt i odsutnost za njih imaju isti učinak. Moguće reakcije djeteta u situaciji gubitka su uznemirenost, tjeskoba, nesigurnost i separacijska anksioznost, kao i reakcija djeteta na tugu skrbnika.

U dobi između treće i pete godine razvojne i emocionalne karakteristike djeteta su egocentričnost, magičnost, animizam i artifizijalnost (pojašnjenje autorice – sve je izraženo kako bi služilo djetetu), moralizam (loše stvari se događaju lošim ljudima). Dijete ove dobi smrt razumijeva reverzibilnom, poput odlaska na spavanje, odlaska na izlet, likova iz bajki ili crtića koji oživljavaju. Dijete ove dobi očekuje da se umrla osoba vrati i da sve bude kao što je bilo prije. Moguće reakcije djeteta na gubitak su ustrašenost, osjećaj krivnje, strahovi od daljnjeg napuštanja. Dijete ove dobi može pokazivati jaku vezanost za roditelja ili drugu blisku odraslu osobu. Dijete može biti ljuto na pokojnika (otišao je i ne vraća se), može biti zabrinuto za umrlog (da mu je hladno, da je gladan, ustrašen...). Smrt percipiraju kao nešto loše ili kao kaznu, pa dijete može biti zabrinuto za sebe ako mu se kaže ili ako misli da nije dobro. Dijete može pokazivati tjeskobu i strahove kod odlaska na spavanje ili kod udaljavanja od kuće. Nije rijetko da djeca u tim situacijama elaboriraju tjeskobu i strahove putem tijela, pa počinju manifestirati neke od tjelesnih simptoma (glavobolja, trbobjolja, umor, slabiji apetit sl.) Malo dijete teško može shvatiti da se smrt može dogoditi njemu bliskoj osobi, pa u situaciji kada se to dogodi brani se negacijom /ili psihosomatskim reakcijama.

U dobi od 7-12 godina dijete razmišlja logičnije ali konkretnije, raste socijalizacija djece.

Djeca ove dobi počinju razumijevati smrt kao ireverzibilnu ali kapricioznu i neprirodnu.

U adolescenciji je sposobnost za razumijevanje konačnosti i prirode smrti uspostavljena i potpuna. Adolescenti najčešće u osami izražavaju emocije. Nerijetko imaju osjećaj besmisla i gubitka kontrole nad svojim životom. Razvojna zadaća separacije od roditelja je u situaciji gubitka (smrti) bliske osobe na kušnji, adolescenti su ambivalentni i u raskoraku između potrebe odvajanja i pripadanja obitelji. Nije rijetko da adolescenti u tim situacijama „uskoče“ u ulogu odraslog. Snažni osjećaji krivnje pojavljuju se kod onih adolescenata koji su bili u lošim odnosima i/ili sukobima s umrlom osobom.

Djeci je potreban rad na žalovanju, kao i odraslima. Djeca prolaze iste faze procesa žalovanja – od prorade boli do prihvaćanja smrti.

Progresivni kognitivni i emocionalni razvoj djece, kao i specifičnosti njihovih psiholoških obrana oblikuju izražavanje žalovanja kod djece. Stupanj kognitivnog i emocionalnog razvoja djeteta utječe ne samo na poimanje i percepciju gubitka (smrti) već i na ekspresiju emocija. Najčešći mehanizmi obrane su kod djece regresija i poricanje. Ove obrane, uz dječju maštu, kao i limitiranu ekspoziciju dječjeg selfa prema snažnim emocijama, oblikuju njihovo tugovanje na specifičan način, različit od odraslih.

Nadalje, kada se radi o djeci koja tuguju, ne smije se izgubiti iz vida prirodna potreba djeteta za podrškom roditelja kao i potreba djeteta za ponovnim interpretiranjem gubitka (smrti) na sljedećem stupnju djetetovog kognitivnog sazrijevanja. Stoga je proces žalovanje u djece intermitentnog i prolongiranog tipa, jer svaki novi razvojni korak traži od djeteta ponovnu reinterpetaciju gubitka (smrti).

Roditelji koji i sami žaluju, najčešće brinu o tome kako će njihova djeca preboljeti gubitak (smrt) bliskog člana obitelji. Tretman, podrška i edukacija roditelja, koji su i sami u procesu žalovanja, pomaže ne samo njima - odraslima, već posredno i njihovoj djeci. Psihološke poteškoće sa kojima se dijete suočava u situaciji gubitka (smrti) bliskog člana obitelji nije moguće izbjeći ma koliko to bilo teško, jer se u protivnom u budućnosti, tijekom daljnjih faza razvoja u djetinjstvu, adolescenciji ili u odraslo doba mogu razviti neki od poremećaja depresivnog spektra. Time se naglašava značaj autentične obiteljske atmosfere u situaciji gubitka u kojoj članovi obitelji dopuštaju djetetu izražavanje svoje tuge i žalosti bilo izrazom lica, riječima ili djelima. Veoma je važno da manifestacije žalosti djeteta budu prihvaćene unutar obitelji, ali isto tako i da obitelj nastavi njegovati raniji ritam obiteljskog života poznat i blizak djetetu. Također je važno promicati stabilnost i dosljednost i u drugim područjima života djeteta izvan obitelji (škola, sport, druženje s vršnjacima).

Djecu treba ohrabriti kako bi sukladno svojoj dobi razumjela pojam smrti. Djeca su u ranom djetinjstvu znatiželjna i često postavljaju pitanja - što je smrt, kako je osoba umrla, što joj se dogodilo, pitaju o vlastitoj sigurnosti, hoće li i ona umrijeti i tko će se onda o njima brinuti. Mala djeca trebaju jednostavne i konkretne odgovore. Nejasni, nedorečeni i dvosmisleni odgovori odraslih, kojima se želi ublažiti stvarnost, najčešće postižu suprotan učinak i zbunjuju dijete.

Djeci u srednjem djetinjstvu također treba pružiti priliku za razgovore - o smrti, preminulom, sprovodu, odnosu djeteta s preminulim. Važno je pomoći djetetu da dobije cjelovitiju sliku o preminulom, jer će u protivnom dijete teško moći izraziti svoje emocije (naprimjer, idealizacija preminulog može blokirati osjećaje bijesa, dok isključivo negativni aspekti umrlog mogu blokirati osjećaje tuge).

S obzirom da je žalovanje u djece ciklički proces koji prati kognitivni i emocionalni razvoj, dijete treba priliku za ova ponavljanja i specifičan rad žalovanja. Članovi obitelji trebaju biti osjetljivi na ove potrebe djeteta, za reinterpetacijama gubitka, jer je ponavljanje veliki dio „rada žalovanja“.

Neki su dani posebno snažno povezani s osjećajima tuge vezane uz gubitak bliskog člana obitelji – godišnjice, blagdani, rođendani...U tim, ali i u drugim prigodama kada dijete zatraži, razgovori o bliskoj osobi koje više nema, razgledavanje fotografija obiteljskih albuma, odlazak na groblje...postaju dio obiteljskih rituala koji pokazuju djetetu da gubitak nije zaboravljen u rutini i tempu svakodnevnog života. Sjećanja na osobu koju je obitelj izgubila daje priliku djetetu za reinterpetaciju gubitka u svjetlu djetetovih novih kapaciteta za kognitivno razumijevanje.

Slično kao i kod odraslih, djeca prolaze kroz faze žalovanja koje uključuju šok i poricanje, ljutnju i ogorčenost, osjećaje krivnje, tugu... ali sukladno njihovim emocionalnim i kognitivnim sposobnostima, na stupnjevit i cikličan način.

1.3. Rad žalovanja kod djece

Emocionalni razvoj djeteta prati razvojne procese. Dijete često ne zna objasniti kako se osjeća i ne zna izraziti svoje osjećaje. Stoga je veoma važno pomoći djetetu kako bi ono moglo naučiti prepoznati i izraziti svoje osjećaje. Pogrešno je stajalište da je djeci, kada im je previše teško, bolje ne pokazivati osjećaje i ne govoriti o njima.

Mlađa djeca često izražavaju svoje osjećaje kroz stvaralaštvo i igru. Igra je, kao i san, kraljevski put u nesvjesno. Igra i stvaralaštvo su protektivni čimbenici mentalnog zdravlja djeteta. Dijete kroz igru i vlastitu kreaciju lakše izražava svoje osjećaje. Dječjoj igri i kreaciji odrasli treba „dodati“ riječi koje djeca ne mogu izgovoriti. Djecu je lakše upoznati kroz igru, promatranjem dječje igre mogu se „iščitati“ poruke djeteta. Terapijske intervencije se kod djece provode putem igre.

Ljtnju, krivnju, tjeskobu i bespomoćnost, u situacijama u kojima su ovi osjećaji povezani s gubitkom i tugom, djeca izražavaju najteže. Okolina (obitelj, terapeut) najprije treba djetetu omogućiti izražavanje osjećaja. Putem igre ili stvaralačke igre dijete lakše izražava ove neugodne osjećaje. Djetetu treba pokazati da su njegovi osjećaji prihvaćeni i sadržani. Na odraslima je da djetetu pomognu u procesu suočavanja s krivnjom, jer je djetetu o krivnji iznimno teško govoriti. Svoju ljtnju dijete može „premjestiti“ na druge osobe u obitelji (naprimjer, na preživjelog roditelja) ili izvan obitelji (liječnika, učitelja, prijatelja, terapeuta). Osjećaji straha se mogu različito prezentirati u pojedinim razvojnim fazama djeteta, mada nekada dijete „preskoči“ ekspresiju straha u nekoj od njih. Važno je naglasiti da djetetu treba pomoći u situacijama u kojima dijete manifestira svoj strah. Nadalje, s djetetom je potrebno razgovarati i o njegovim fantazijama i o „krivim konkretnim konekcijama“ pri čemu je značajno prepoznati podliježuću emociju fantazije ili „krive konekcije“ djeteta.

Dijete teško može žalovati samo. U situaciji gubitka dijete treba svoju obitelj kako bi odrasli sadržavali i „mentalizirali“ traumatičnu situaciju. U procesu prihvatanja gubitka dijete treba članove svoje obitelji kako bi se prilagodilo i prihvatilo gubitak. Dijete treba odrasle koji brinu o njemu kako bi se poticali njegovi razvojni potencijali.

2. Praktični dio

Vinjeta: MM, 15 godina

Razlozi za hospitalizaciju: „vidne i slušne “halucinacije” (vidi i čuje djevojku u bijelom) i samoozljeđivanje po koži.

Psihički simptomi: (uz anksioznost, sniženo i nestabilno raspoloženje, poteškoće usnivanja i prosnivanja) su procijenjeni psihotičnim, a samoozljeđivanje je shvaćeno kao pokušaj suicida.

Iz anamnestičkih podataka se saznaje da je MM rođena i odrasla u cjelovitoj peteročlanoj obitelji uz roditelje i dvije sestre. MM je srednje dijete. Rani psihomotorni razvoj je bio uredan. Tijekom ranog djetinjstva najviše je bila vezana uz baku po majci jer su roditelji radili u inozemstvu. Obitelj je bila na okupu blagdanima i rijetkim vikendima. Njezina sjećanja na ovaj period su “blijeda”.

Na početku MM adolescencije, starija sestra se razboljela od rijetke nasljedne bolesti. Roditelji su se vratili iz inozemstva i posvetili liječenju kćerke. MM nisu govorili o sestrijoj bolesti. Nakon 6 mjeseci liječenja sestra umire u bolnici. Tijekom zadnjih posjeta sestri u bolnici roditelji su rekli MM da se oprost. Sjećanja za ovaj period su “kao u magli”.

Nakon sestrine smrti MM upoznaje očeve roditelje s kojima do tada obitelj nije komunicirala. Provode se genetska ispitivanja članova obitelji. Oba roditelja su nositelji gena, ali nisu bolesni kao ni MM. Ubrzo zatim majka ostaje trudna i rađa mlađu sestru i posvećuje se njezi bebe. Genetsko ispitivanje pokazuje kako beba ima oba gena za nasljednu bolest. MM je opet “po strani”. Sjećanja za ovaj period su “konfuzna”.

Roditelji se počinju sukobljavati, dolazi do rastave i raspada obitelji, počinje borba za skrbništvo... MM nastavlja živjeti s majkom i sestrom. Majka nalazi novog partnera. MM je opet “po strani, nevidljiva”.

Mlađa sestra odrasta, “ista je kao starija”, ali se provodi specifičan režim prehrane da bi se “umanjio” efekt genetike. MM odlazi živjeti kod oca. Nastavlja se borba oko skrbništva. Uključuju se institucije (Centar za socijalnu skrb, sud...), definiraju se susreti između djece i roditelja. MM se najprije vraća majci, zatim nastavlja naizmjenično živjeti kod oba roditelja.

Roditelji ne govore o umroloj sestri. MM se događa “teška adolescencija”, razvojni konflikti su intenzivniji, u školi postiže slabije rezultate, traži svoju vršnjačku skupinu... Pojavljuju se problemi sa štitnjačom, uključuje se terapija. Postaje tjeskobna, potištena, počinje se samoozljeđivati. MM postaje “vidljiva”.

Nalaz psihologa ukazuje na okupiranost dugogodišnjom obiteljskom problematikom, teškoće prilagođavanja i komunikacije, pojačanu anksioznost i zabrinutost, otežanu sposobnost kontrole agresivnih impulsa, smanjene kapacitete za doživljavanje ugone, neuspješnost kompenziranja osjećaja tuge i gubitka. U spektru nesvjesnih obrana najviše koristi regresiju, premještanje i projekciju.

Provedeno liječenje je uključivalo farmakoterapiju, psihoterapiju i socioterapiju. U individualnom psihoterapijskom setingu provodila se prorada traumatskog iskustva, nakon čega je uključena u grupne psihoterapijske sadržaje u Dnevno bolničkom programu za srednjoškolce pri našem Zavodu (socioedukativna grupa, art terapija, mala - analitička grupa). Roditelje smo uključili u modificiranu obiteljsku terapiju koja se nastavila kroz partnersku terapiju u kojoj su otvorene obiteljske tajne, progovorilo se o gubitku i žalovanju, raspravila su se pitanja u svezi genetike, postavljene su granice roditeljima...

Paralelno s tim MM je počela govoriti o svojim osjećajima gubitka, tuge, tjeskobe, odbačenosti..od tada nije imala pokušaje samoozljeđivanja.

Vinjeta pokazuje kako se svaki simptom kod djece i adolescenata treba razumjeti u kontekstu razvoja i u kontekstu obiteljskih odnosa. Samoozljeđivanje kod MM je bio samo jedan simptom u lancu poremećaja „koji prelaze jedan u drugi“.

3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela

Trauma utječe na procese rasta i razvoja. Traumatska iskustva utječu na dječja očekivanja od svijeta, sigurnost življenja s drugima i osjećaj osobnog integriteta. Trauma mijenja unutarnje slike djetetova svijeta, oblikuje razumijevanje sebe i drugih, dovodi do očekivanja ili neočekivanja u odnosu na budućnost, utječe na sadašnja i buduća iskustva i ponašanja. Teoretičari i praktičari su suglasni oko tvrdnje da je siguran attachment prva linija obrane protiv psihopatologije pokrenute traumom.

Odrasli posjeduju potencijal kako bi se izrazili i zatražili ono što im je potrebno, dok se djeca često osjećaju zbunjena i ne razumiju - zašto se osjećaju, onako kako se osjećaju. Nerijetko je prezentacija djetetovog neprihvatljivog ponašanja samo ekspresija njihove zbunjenosti onim što se dogodilo. Koncept vremena djeteta gradi kako odrasta. Djeca nemaju životno iskustvu i ne razumiju da se stvari vremenom mijenjaju, da teške situacije obično postaju lakše kako vrijeme prolazi.

Faze i zadaće žalovanja u djece (Modificirano prema Schultz 1999; Worden 1991.)

- Prihvatanje smrti
 - o „Što je bilo dobro u vašem odnosu“?
 - o „Što je bilo teško u vašem odnosu“?
- Emocionalna prorada neugodnih osjećaja - bijesa, krivnje, straha, bespomoćnosti...
 - o (igra, crteži; pisanje pisma...strah od napuštanja)
- Prilagodba na nove uloge

Zadaća žalovanja u djece je, kao i kod odraslih, prihvatanje gubitka (smrti), prorada neugodnih osjećaja vezanih uz gubitak i prilagodba na nove uloge.

Upute za roditelje/nastavnike/profesionalce koji rade s djecom i mladima

- Istraživanja fenomena žalovanja u djece govore da sva djeca žaluju, neovisno o svojoj dobi.
- Djeca pokazuju žalovanje na drukčiji način, ali jednako snažno kao i odrasli.
- Ponašanja djece koja žaluju mogu biti vrlo različita.
- Neovisno o vanjskoj ekspresiji i djetetovu ponašanju, svako dijete koje žaluje treba mnogo razumijevanja, pažnje, strpljenja i ljubavi.
- Gubitak i emocionalna reakcija na gubitak nije „privilegija“ odraslih. Spektar mogućih gubitaka u dječjoj je dobi širok, a uključuje osobe, stvari, igračke.
- Djecu ne možemo „zaštititi“ od gubitaka, pa ni od gubitaka koji su vezani za umiranje i smrt.
- Djeca su vulnerabilnija kada žaluju, a žalovanje u djece nema vremensko ograničenje.
- Odrasle su osobe izrazito važne djetetu koje tuguje kako bi mu pružile osjećaj zaštićenosti i sigurnosti, te na djetetu razumljiv način objasnile što se događa u okolini tugujućeg djeteta.

Procesi žalovanja kod djece protječu stupnjevito, prateći njihove razvojne procese. Rastući, sazrijevajući i odrastajući, djeca ugrađuju korak po korak komadiće vlastitog iskustva u mozaik koji je određen njihovom razvojnom razinom, kognicijom, emocijama, kao i ozračjem u njihovim obiteljima kao „alatima“ za razumijevanje gubitka (smrti) u radu žalovanja.

3.1. Često postavljena pitanja

Pitanje: Mogu li djeca i adolescenti žalovati?

Odgovor: Da, djeca i adolescenti mogu žalovati. Djeca pokazuju žalovanje na drukčiji način nego odrasli. Djeca se ne mogu zaštititi od gubitaka, tema smrti i drugih pitanja, jer o tome čuju od druge djece, u školi, iz medija, kroz životno iskustvo itd. Žalovanje u djece se razlikuje od žalovanja u adolescenata.

Pitanje: Trebaju li djeca prisustvovati sprovodu i drugim ceremonijama opraštanja?

Odgovor: Djeca mogu imati psihološke koristi od sudjelovanja na sprovodima, kao znak ritualiziranog opraštanja u kojemu sudjeluje i njegova obitelj i šira zajednica.

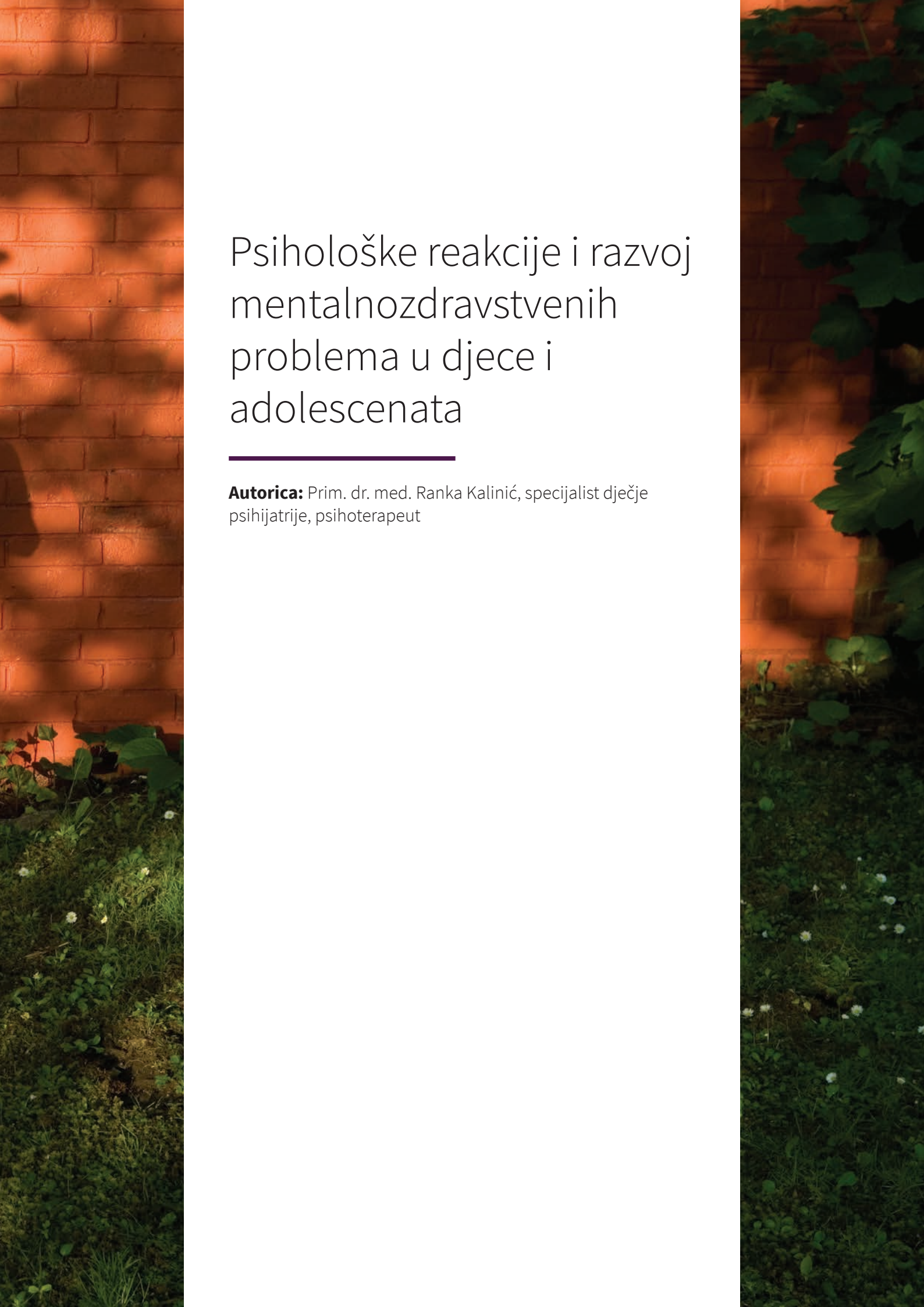
Pitanje: Trebaju li odrasli odgovarati djeci na pitanja vezana uz smrt bliske osobe?

Odgovor: Djeca imati pitanja a odrasli trebaju djeci na njih odgovarati na način koji je sukladan razvojnom stupnju djeteta odnosno jezikom koji je djetetu razumljiv. Djeca trebaju osjećati da su slobodna pitati, a odrasli trebaju biti sposobni na njih odgovarati onoliko često koliko je djetetu to potrebno.

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-Kovačić D, 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. Willis C. The Greaving Process in Children: Strategies for Understanding, Educating and Reconciling Children's Perception of Death. *Early Childhood Education J* 2002; 29(4):221-225.





Psihološke reakcije i razvoj mentalnozdravstvenih problema u djece i adolescenata

Autorica: Prim. dr. med. Ranka Kalinić, specijalist dječje
psihijatrije, psihoterapeut

1. Prvi dio

Djeca i adolescenti predstavljaju posebno vulnerabilnu grupu stanovništva, koja tokom svog psihofizičkog razvoja nerijetko biva izložena različitim stresogenim ili drugim faktorima rizika, koji mogu dovesti do različitih vrsta psiholoških reakcija, ali i psihijatrijskih poremećaja.

Briga o djeci je zajednička odgovornost i obaveza roditelja i staratelja, ali i institucija i organizacija vaspitno-obrazovnog sistema, sistema zdravstvene i socijalne zaštite, pravosuđa, policije i svih drugih institucija i organizacija na nivou lokalne zajednice. Svi koji radimo sa djecom ili za djecu, smo u zakonskoj, profesionalnoj i moralnoj obavezi da preuzmemo odgovornost u pružanju podrške i zaštite djeci. Ponekada, zbog nepravovremene intersektorske saradnje pojedine institucije ostaju usamljene u rješavanju pitanja interesa djece, a svi zajedno gubimo dragocjeno vrijeme da djetetu pružimo pravovremenu i adekvatnu pomoć. Savremeni uslovi života i rada značajno utiču na funkcionisanje porodice, što je postavilo veće zahtjeve i obaveze prema institucijama sistema da prate razvoj djece i intervenišu u slučaju uočenih promjena u opštem funkcionisanju djeteta, koje mogu značajno uticati na razvoj potencijala djeteta, odnosno na dalji psihofizički razvoj. Briga o djeci zahtijeva holistički pristup, blisku intersektorsku saradnju i sveobuhvatni mehanizam podrške u svim fazama njihovog odrastanja.

1.1. Reakcija na težak stres i poremećaji prilagođavanja

Po definiciji, poremećaj prilagođavanja je reakcija na nekakav stresor ili traumu, što znači da reakcija na traumu određene osobe predstavlja njen pokušaj da se bori sa tom traumom (Popović-Deušić, 1999). Da bi se ovaj proces razumio, mora se uzeti u obzir cjelokupna ličnost u okviru koje se fenomen događa, a ne samo trenutno stanje te osobe.

Osnovni elementi *razvojnog modela odgovora na traumu* uključuju sljedeće: pretraumatsko stanje osobe i njenog neposrednog socijalnog okruženja; vrstu traume; osobine traumatske epizode; posttraumatsko stanje (Popović-Deušić, 1999).

Pretraumatsko stanje određuje i pretpostavlja vrstu i jačinu odgovora neke osobe na traumu. Veoma su važni pol te osobe, uzrast, temperament i prethodna traumatska iskustva. Studije reakcija ljudi na različite vrste traumatskih iskustava ističu značaj pola, naročito kod djece: djevojčice su otpornije na akutne efekte traume od dječaka (Popović-Deušić, 1999). Veoma važan faktor je i uzrast djeteta u trenutku dejstva traume. Što je dijete mlađe, njegovi odgovori na stres su manje adaptivni. Kako dijete postaje starije, repertoar mogućih odgovora se povećava. Odgovor na stres u velikoj mjeri zavisi od mehanizama odbrane jedne osobe. Bazični tipovi mehanizama odbrane su podijeljeni u četiri grupe: zreli, neurotični, nezreli i psihotični.

Ranije traumatsko iskustvo obično čini osobu osjetljivijom na aktuelnu stresnu situaciju. Čak i kada su vremenski veoma udaljena i različitog tipa, ponovljena traumatska iskustva imaju tendenciju da se akumuliraju. Jedini izuzetak od ovog pravila su male traume koje je osoba savladala uspješno i potpuno. U borbi sa stresom su važne i osobine traume. Dvije značajne osobine traume su njen intenzitet i dužina trajanja. Akutna, vremenski ograničena i jedna epizoda traume (tzv. "šok trauma") je manje štetna od povratne traume koja je hronična, dugotrajna i koja se ponavlja („rastegnuta trauma“), navodi Popović-Deušić (1999).

Traumatska epizoda se sastoji od višestrukog razvojnog slijeda događaja koji se mogu podijeliti na: **(1) početnu fazu:** karakteriše se šokom i poricanjem; **(2) srednju fazu:** u ovoj fazi se vrši direktnija konfrontacija sa traumom; **(3) završnu fazu:** usmjerena je ka ponovnom uspostavljanju ravnoteže (posttraumatska ravnoteža).

Rizični faktori koji smanjuju „otpornost“ na stres kod djece su mnogobrojni (biološki, psihološki, socijalni). Protektivni faktori koji imaju zaštitnu ulogu u nastanku psihijatrijskih poremećaja tokom odgovora na traumu su: dobar temperament, porodična podrška i institucionalni (spoljašnji) organizovani oblici pružanja podrške djetetu.

Poremećaji prilagođavanja se pojavljuju u periodu prilagođavanja na značajne životne promjene ili kao posljedica stresnih životnih događaja. Praćeni su stanjem subjektivne patnje, anksioznošću, neraspoloženjem, nesposobnošću da se bori i planira. Početak je obično unutar mjesec dana nakon pojave stresnog događaja. Trajanje simptoma je rijetko duže od 6 mjeseci, osim kada je u pitanju produžena depresivna reakcija (Popović-Deušić, 1999).

1.2. Depresija kod djece i mladih

Depresija kod djece i mladih pominje se još od 17 vijeka, ali se intenzivno proučava od osamdesetih godina prošlog vijeka (za razliku od depresivnih poremećaja odraslih). Do tada je uglavnom prevladavalo mišljenje da djeca ne mogu da razviju depresiju zbog nezrelosti psihičkog aparata, ili su se depresivni simptomi pripisivali „prenaglašenim razvojnim fazama“ („u pubertetu je, proći će to“). Bio je predložen koncept „maskirane depresije“, jer djeca veoma često simptome depresije manifestuju tjelesnim simptomima (bolovi u stomaku, u glavi, enureza, enkompreza, poremećaji ponašanja...). Međutim, ovaj koncept je zapravo pomogao da se boljom procjenom kod većine djece koja se dugotrajno žale na različite tjelesne simptome, ili iznenada promijene dotadašnji obrazac ponašanja, zapravo otkriju simptomi depresivnog poremećaja emocija.

Učestalost depresivnog poremećaja „raste“ sa godinama djeteta (najrjeđi je kod djece predškolskog uzrasta, potom raste učestalost u pubertetu, a naročito u adolescenciji). Uzroci nastanka depresije kod djece i mladih se mogu podijeliti na endogene (genetski faktori) i egzogene (uslovi odrastanja, socijalno okruženje, školsko okruženje, nepovoljni životni događaji, izloženost nasilju...). Dijagnostički kriterijumi kod tipične depresivne epizode uključuju: sniženo raspoloženje, gubitak interesovanja i zadovoljstva, smanjenje energije. Sve ovo dovodi do napuštanja dotadašnjih aktivnosti, povlačenja, povećane zamorljivosti, osjećaja besmislenosti i tuge...

Drugi česti simptomi su: oštećena koncentracija i pažnja; smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje; osjećanje krivice i bezvrijednosti; sumoran i pesimističan pogled na budućnost; ideje o samopovređivanju i samoubistvu; poremećen san; poremećen apetit, najčešće snižen, ali može biti i povišen (Popović-Deušić, 1999).

Postoje i specifičnosti depresije djece i mladih, a koje se moraju imati na umu prilikom dijagnostičke obrade, a to su: iritabilnost (koja može da dovede do nastanka interpersonalnih problema u školi); neprovođenje vremena u igri i drugim oblicima zabave (anhedonija); česte glavobolje i bolovi u stomaku (koji mogu biti uzrok čestih izostanaka sa nastave); žalbe djece i adolescenata da su glupi i da nisu popularni; nagli pad uspjeha u školi (Bojanin, Popović Deušić, 2012).

Komorbiditet (udruženi poremećaji) je više nego pravilo kod djece i adolescenata koji imaju depresivni poremećaj. Najčešće se kao komorbidni poremećaji sreću: poremećaj separacione anksioznosti, fobije sa ponašanjem izbjegavanja, pretjerana anksioznost, opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaj ponašanja, poremećaji ishrane i zloupotreba psihoaktivnih supstanci.

Tok i prognoza depresivnog poremećaja kod djece i mladih najviše zavise od pravovremenog dijagnostikovanja i započinjanja liječenja. Veliki značaj u pravovremenom traženju pomoći ima škola, jer djeca prethodno nabrojane simptome zapravo najviše manifestuju u školskom okruženju. Kako je škola važna za pravovremeno prepoznavanje i sugerisanje roditeljima da zatraže pomoć, tako je važna i za tretman i liječenje. Svrha tretmana i liječenja je što brža redukcija simptoma i vraćanje djeteta uobičajenim aktivnostima (makar i redukovanim), jer je potpuna restitucija time izvjesnija. Najozbiljnija komplikacija depresije je suicid!

Liječenje depresije kod djece i mladih zahtijeva dobru saradnju sa mladom osobom, roditeljima i školom. U medikamentoznoj terapiji se koriste antidepresivi i zavisno od komorbiditeta lijekovi iz drugih farmakoloških grupa (anksiolitici, stabilizatori raspoloženja, antipsihotici). Obavezan vid tretmana predstavljaju psihoterapijske intervencije (porodična terapija, KBT). Definitivno, najbolje rezultate daje integrativni pristup (kombinacija farmakoterapije i psihoterapije).

1.3. Suicidalnost u razvojnem periodu

Samoubistvo i samoubilačko ponašanje mladih predstavlja ozbiljno zdravstveno i socijalno pitanje i značajan problem svakog društva (Bradić i saradnici, 2010). Samoubistvo je rezultat kompleksnih interakcija između velikog broja faktora, uključujući istorijske, psihološke, kulturološke, biološke i socijalne, tako da svaki pristup rješavanju problema samoubistva mora uzeti u obzir sve te faktore. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2005, prema Bradić i sar. 2010), oko milion ljudi godišnje širom svijeta izvrši samoubistvo, a između 10 i 20 miliona ljudi svake godine pokuša samoubistvo. Narocito su zabrinjavajući podaci da samoubistvo i samoubilačko ponašanje među mladima u skorije vrijeme narastaju do alarmantnih razmjera. U epohi kada stopa smrtnosti i razbolijevanja mladih stabilno opada zbog značajnog napretka medicine, tragična je ironija da perzistentno visoka stopa samoubistva i samoubilačkog ponašanja ostaje među vodećim uzrocima smrti ove, inače, snažne i zdrave populacije. Pokušaji samoubistva glavni su uzrok hospitalizacije među adolescentima i mladima uzrasta od 15 do 25 godina, a izvršeno samoubistvo je drugi uzrok smrti u ovoj populaciji, a prvi uzrok su saobraćajne nesreće (Bradić i sar. 2010).

Ne postoji jedinstven stav oko načina na koji se definiše samoubistvo i samoubilačko ponašanje. Bradić i saradnici (2010) opisuju najčešće definicije:

- Samoubistvo je čin namjernog oduzimanja sopstvenog života.
- Pokušaj samoubistva predstavlja veliki broj aktivnosti koje imaju za cilj oduzimanje sopstvenog života, a koje ne završavaju smrću.
- Samoubilačke ideje su razmišljanje o samoubistvu, sa različitim samoubilačkim namjerama, ali ne i smrtnošću.
- Namjerno samopovređivanje čini čitav spektar ponašanja koja mogu, ali ne moraju rezultirati ozbiljnim povredama, a koja nisu usmjerena na oduzimanje života.
- Suicidalnost je ekvivalent samoubilaštvu, a obuhvata sve četiri definisane kliničke kategorije: samoubistvo, pokušaj samoubistva, samoubilačke ideje i namjerno samopovređivanje.

Za ljekare, kao i za druge stručnjake koji rade sa mladima, najvažnije je da odrede šta prethodi samoubilačkom ponašanju, bez obzira kako je definisano.

Oko 4% odrasle populacije namjerno se samopovređuje. Procenat samopovređivanja kod adolescenata u poređenju sa odrasлом populacijom je značajno veći, iznosi 15% i povećava se kod adolescenata koji imaju neki psihijatrijski poremećaj (Bradić i sar. 2010).

1.4. Suicidogeni faktori

Suicidogeni faktori su brojni i raznoliki, što objašnjava raznolike sistematizacije istih. Najprihvatljivija sistematizacija suicidogenih faktora je sljedeća: (1) dispozicija, (2) uzroci, (3) motivi i (4) povod.

Dispoziciju čine genetski faktori i struktura ličnosti. U porodicama gdje se već desilo samoubistvo, potomci su u većem riziku za samoubilačko ponašanje. Crte ličnosti, kao što su impulsivnost, agresivnost, acting-out reakcije značajno povećavaju rizik za samoubistvo.

Uzroci samoubilačkog ponašanja se dijele na endogene i egzogene. Endogeni uzroci su postojeći psihički poremećaji (depresija, BAP, shizofrenija, depresivni poremećaj ponašanja...). Egzogeni uzroci su uzroci koji nastaju u spoljašnjem okruženju adolescenta (u porodici, školi, vršnjačkoj grupi). Najčešći egzogeni uzroci su disfunkcionalni porodični odnosi, izloženost nasilju u porodici ili vršnjačkoj grupi, pripadnost „rizičnim „vršnjačkim grupama...

Motivi, kao suicidogeni faktor mogu biti svjesni i nesvjesni, a za adolescente su tipičniji nesvjesni motivi (autoagresija, autodestruktivnost). Povod za pokušaj suicida je neposredni egzogeni okidač (naprimjer, otac ili majka su ošamarili kćerku jer je zakasnila iz grada, negativna ocjena u školi, raskid emotivne veze...). Povod je uvijek jedan, jednokratno i za suicidanta veoma značajan i snažan doživljaj! Za posmatrača, povod je uvijek „besmislen!“ U praksi se veoma često ne mogu jasno izdvojiti i ograničiti ova četiri suicidogena faktora (često se miješaju i prepliću dispozicija i uzrok, ali isto tako i apel funkcija i autoagresija).

Značaj autoagresije, odnosno samopovređivanja, je naročito izražen u adolescenciji. Samopovređivanje je čin namjernog oštećenja tjelesnih tkiva, koje ima za cilj da promijeni/kontrolise trenutna osjećanja adolescenta, kao što su bol, osjećaj napuštenosti, bijes... (Bradić sar. 2010). Najčešći načini samopovređivanja u populaciji adolescenata su posjekotine, kidanje kože, nanošenje opekotina (gašenje cigarete na koži), grebanje, urezivanje, čupanje kose. Samopovređivanje i pokušaj samoubistva mogu izgledati pomiješano, ali u suštini njihov smisao nije isti. Međutim, adolescenti koji se samopovređuju češće pokušaju suicid. Kombinacija depresivnih i agresivnih simptoma je zapravo takozvana "letalna kombinacija" (Popović-Deušić, 1999). Dakle, adolescent koji živi u disfunkcionalnoj porodici, koji ima predispoziciju, koji je loše adaptiran u vršnjačkoj grupi, koji se osjeća manje vrijednim i očajnim, koji je sklon samopovređivanju je pod visokim rizikom za suicid.

Faktori rizika koji doprinose samoubistvu su: prethodni pokušaji samoubistva; članovi porodice koji su počinili samoubistvo; prethodna bolnička liječenja zbog problema u mentalnom zdravlju; nedavni veliki stresovi, naprimjer gubitak ili razvod roditelja, teška bolest u porodici, gubitak prijatelja, preseljenje...; društvena (socijalna) izolacija (osoba nema društvenu alternativu niti vještinu da bi izabrala bilo šta drugo osim samoubistva); zloupotreba psihoaktivnih supstanci (alkohol i druge psihoaktivne supstance značajno smanjuju kontrolu nad vlastitim ponašanjem); izloženost nasilju u porodici ili školi; dostupnost oružja ili lijekova u kući.

Promjene u ponašanju adolescenta/ice koji su znakovi upozorenja za okolinu (roditelje, prijatelje, školu) su: malodušnost ili agresivnost koje se ranije nisu uočavale u ponašanju (zapravo, izrazita promjena u ponašanju); nemogućnost koncentracije; izostajanje sa nastave; gubitak interesovanja za uobičajene aktivnosti (npr. nakon niza godina prestaje trenirati omiljeni sport); preokupiranost smrću i umiranjem; poklanjanje dragih i omiljenih stvari i predmeta; poteškoće sa spavanjem, smanjen apetit, povećana upotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci; povjeravanje najboljem prijatelju/ici o „besmislenosti i bezvrijednosti života“; povjeravanje prijatelju/ici o suicidalnim namjerama i insistiranje da to ostane njihova tajna zbog „nepovjerenja prema odraslima“.

1.5. Šta možemo preduzeti?

Roditelji: informisati se o ponašanju svog djeteta u školi, u društvu, s kim i kako provodi vrijeme van kuće. Ako uoče iznenadne promjene u ponašanju i emocijama svog djeteta bez odlaganja potražiti stručnu pomoć (psiholog, psihijatar).

Prijatelji: shvatiti ozbiljno namjere svog druga ili drugarice. Ohrabriti ih da potraže stručnu pomoć i ponuditi im pratnju ako treba. Obavezno razgovarati sa odraslom osobom od povjerenja (roditelj, nastavnik, trener) o namjerama druga ili drugarice!

Odgovornost odraslih je da edukuju mlade ljude da svaka „tajna“ ne smije ostati tajna, i o posljedicama koje će imati prijatelj/ica, koji je znao za namjere druga ili drugarice, a nije potražio savjet od starije osobe.

Intervencija kod suicidalnog učenika u školskom okruženju može uključivati slijedeće: smiriti trenutnu kriznu situaciju; suicidalnog učenika ne ostavljati samog; provjeriti da li kod sebe ima oružje ili lijekove-oduzeti ih, ali bez fizičkog okršaja; potražiti pomoć psihologa ili psihijatra; psiholog ili psihijatar trebaju procijeniti rizik od suicida; u slučaju postojanja rizika pozvati Službu hitne medicinske pomoći, policiju i roditelje!

Šta se može reći učeniku sa suicidalnim namjerama i šta se može učiniti: treba ga aktivno slušati; ohrabrivati pozitivno razmišljanje; pomoći mu napisati popis njegovih dobrih osobina i kvaliteta; pomoći mu napraviti plan za poboljšanje školskog uspjeha; uključiti učenika u pozitivne aktivnosti u školi i zajednici; razgovarati sa roditeljima kako bi bolje razumjeli kako se njihovo dijete osjeća

1.6. Prevencija samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih

Veliki broj istraživanja o samoubistvu usmjerava se na doba adolescencije, u kojem mladi treba da riješe najvažniji razvojni zadatak, da oforme zdrav identitet. Za neke adolescente, nažalost, samoubistvo je izbor identiteta (Bradić i sar. 2010).

Ovakva erupcija epidemije samoubistva u adolescenciji veoma je zabrinjavajuća i zahtijeva maksimalne napore u osmišljavanju i pokretanju efikasnih programa prevencije za mlade. Istraživanja o samoubistvu (Bradić i sar. 2010) pokazuju da postoji kontinuum u autodestruktivnom ponašanju, pa se ne samo izvršeno samoubistvo, već i pokušaj samoubistva, namjerno samopovređivanje i samoubilačke ideje, moraju pažljivo istražiti i proučiti u okviru prevencije i pravovremenog liječenja mladih koji su ugroženi.

Samoubistvo i pokušaj samoubistva mladih uvijek imaju ozbiljne posljedice i uticaj na porodicu, prijatelje i širu društvenu zajednicu. Ono što ohrabruje i daje mogućnost za intervencije u cilju smanjenja i sprečavanja samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih je spoznaja da ove pojave predstavljaju rezultantu multidimenzionalnog konflikta. U isto vrijeme dok suicidalni adolescent ima intenzivnu želju da umre, on također želi da nastavi da živi (Bradić i sar. 2010). Zajedno sa idejom smrti kao nečemu privlačnom, postoji i intenzivan strah od smrti. Ova delikatno uspostavljena ravnoteža daje mogućnost prebacivanja težišta od samoubilačkog ka nesamoubilačkom ponašanju. Samoubistvo je privremeno stanje uma. Intenzivna osjećanja očaja, pesimizma, beznadežnosti i percepcije smrti kao jedinog rješenja, u populaciji adolescenata su kratkog vijeka. Ako se adolescentu može pomoći da preživi ovaj period i prođe kroz suicidalno stanje uma, on može izaći iz neposredne opasnosti. Ova činjenica omogućava da se interveniše uspješno. Slično tome, predisponirajući faktori za samoubistvo, kao što su rani gubici, zlostavljanje i precipitirajući faktori,

kao što su razočerenje u ljubav ili kriza u školi, mogu se promijeniti ili efikasno riješiti, čime se smanjuje opasnost od pokušaja samoubistva (Bradić i sar. 2010).

S obzirom da skoro uvijek kod adolescenata koji su ugroženi postoji kontinuum u autodestruktivnom ponašanju, intervencije bi trebalo započeti dovoljno rano. Mnogi stručnjaci smatraju da prevencija samoubistva treba da počne u preadolescentnom dobu. Školsko osoblje treba da bude upoznato sa teškoćama koje dijete može imati, a koje mogu voditi samoubistvu, da bi moglo na vrijeme da se interveniše. Sposobnost da se primijete znaci i simptomi samoubilačkog razmišljanja, trebalo bi da bude prioritet u školama i zajednici. Porodične intervencije od ogromnog su značaja, posebno zato što roditelji mogu da doprinesu pokušaju samoubistva svog djeteta. Efikasna strategija bila bi obučiti roditelje da na adekvatan način komuniciraju sa svojom djecom i da im pomognu u rješavanju problema (Bradić i sar. 2010).

Drugi, nespecifični faktori koji veoma često služe kao uspješna barijera protiv samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih, jesu mnogobrojni činoci socijalne podrške. Uspješna socijalna podrška ima ulogu izolatora koji ublažava efekte spoljašnjeg i unutrašnjeg stresa. Intervencije koje pomažu povezivanje mladih i povećavaju samopoštovanje, mogu smanjiti potencijalne pokušaje samoubistva (Bradić i sar. 2010). Ove intervencije mogu biti sprovedene u školama i široj društvenoj zajednici.

Konačno, ranjivost adolescenata na stres može biti umanjena, a njihova rezilijentnost direktno podržana kroz različite psihološke tehnike, kao što su vještine rješavanja problema, upravljanje negativnim emocijama i porast samopoštovanja. Sve ove vještine dobra su prevencija i važan izvor zaštite od stresa koji može voditi ka samoubistvu (Bradić i sar. 2010).

1.7. Liječenje suicidalnog adolescenta/ice

Svaki pokušaj samoubistva je hitno stanje! Ozbiljnost pokušaja samoubistva procjenjuje psihijatar (način, ozbiljnost povreda, da li je planiran ili spontan..). Odluku o tretmanu (ambulantno ili hospitalno) donosi psihijatar na osnovu procjene o aktuelnom tjelesnom i psihičkom stanju i procjene roditeljskih kapaciteta (negativno i obeshrabrujuće ponašanje roditelja pogoršava situaciju). Hospitalizacija je nekada jedino rješenje da se mlada osoba fizički izdvoji iz okruženja koje je za nju stresogeno i provokativno.

Za svakog pojedinog pacijenta se pravi individualni terapijski plan, koji uključuje medikamentoznu terapiju, psihološke intervencije, te socijalne intervencije. U liječenju suicidalnog adolescenta obavezna je saradnja zdravstvenog, obrazovnog i socijalnog sektora, jer nakon završenog bolničkog liječenja, adolescent se mora vratiti u svoje porodično, školsko i socijalno okruženje. Od načina na koji ga prihvate porodica, škola i vršnjaci u mnogome zavisi dalji tok i prognoza .

Zaključak

Očigledno je da mnogi faktori rizika, naročito oni koji djeluju u djetinjstvu i adolescenciji, nisu specifični samo za samoubilačko ponašanje, već za mentalne poremećaje u cjelini. Teškoće, kao što su seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, nasilje u porodici, napuštanje školovanja, nezaposlenost roditelja i neadekvatnost zdravstvenog sistema koji ne prepoznaje vulnerabilnost i potrebe mladih, izuzetno su važni i zahtijevaju povećan oprez i angažman, ne samo zdravstvenih radnika već društvene zajednice u cjelini. Ipak, ne zahtijevaju svi faktori rizika podjednaku pažnju. Većina istraživanja o samoubistvu adolescenata ističe veliku važnost prisustva različitih mentalnih poremećaja, psiho-socijalnih faktora i tjelesne bolesti, ali i činjenicu da nijedan od ovih faktora nije sam po sebi dovoljan da objasni samoubilačko ponašanje. Čak i kod adolescenata kod kojih postoji akumulacija ovih faktora, način na koji svaki adolescent ponaosob doživljava sopstveno okruženje, kao i interpersonalne stresore i odnose, od presudnog je značaja u aktiviranju samoubilačkog ponašanja (Bradić i sar. 2010).

2. Drugi dio

2.1. Pitanja koja se često postavljaju

Za francuskog pisca i mislioca Kamiija (Albert Camus) pitanje samoubistva najvažnije je od svih pitanja: *“Takav čin priprema se u tišini srca, isto kao neko veliko djelo. Ni sam čovjek za njega ne zna. Jedne večeri on puca ili se utapa... Crv je u čovjekovom srcu. Tamo ga treba tražiti. Ovu smrtonosnu igru koja vodi od lucidnosti suočene sa životom do bjekstva van uma treba pratiti i razumjeti”* (Bradić i sar. 2010).

Uprkos tome što nauka i filozofija traže i nalaze odgovore, fenomen samoubistva ostaje nedorečen i nedokučiv, a pitanja o samoubistvu opstaju. Ona su poput ovog tragičnog čina univerzalna i slična u svim kulturama. Pitanja o samoubistvu koja se često postavljaju ista su u svim zemljama koje se susreću sa ovim problemom.

★ **Da li pitanja o samoubistvu povećavaju rizik od samoubistva?**

Rezultati istraživanja u saglasnosti su sa zapaženom kliničkom opservacijom da pitanja o samoubilačkom ponašanju ne povećavaju rizik za samoubilačko ponašanje adolescenata i mladih, već često smanjuju anksioznost i dovode do olakšanja (Bradić i sar. 2010).

★ **Da li je liječenje suicidalnih adolescenata i mladih drugačije?**

Samoubilačko ponašanje treba uvijek shvatiti krajnje ozbiljno. Zbog specifičnosti adolescencije i razvojnog procesa koji je u toku, uloga mentalnih poremećaja u samoubilačkom ponašanju adolescenata, manje je uočljiva nego kod odraslih. Zato prvenstveno treba obaviti dobru procjenu suicidalnog adolescenta u smislu otkrivanja mentalnih poremećaja koje treba liječiti. Liječenje adolescenata koji su pokušali samoubistvo ili se samoubilački ponašaju je kompleksno, zahtijeva krajnji oprez i zasnovano je na trostruko specifičnom pristupu. Prva specifičnost vezana je za rad sa adolescentima koji se u mnogo čemu razlikuje od rada sa odraslima. Druga specifičnost proizlazi iz složene i nedokučive prirode samoubistva. Treća specifičnost sastoji se u tome što u najvećem broju slučajeva treba uključiti cijelu porodicu u liječenje, ostvariti saradnju sa školom i nadležnom socijalnom službom (Bradić i sar. 2010).

★ **Kako se liječi samopovređivanje u adolescenciji?**

Studije i kliničke opservacije ukazuju da je fenomen samopovređivanja danas sveprisutna pojava. Precizna definicija samopovređivanja bila je dugo težak zadatak za istraživače i kliničare, tako da i danas ne postoji jasan stav u vezi sa terminologijom i liječenjem samopovređivanja. Sve do nedavno samopovređivanje je u literaturi označavano kao pokušaj samoubistva. Savremeni teoretičari i istraživači, međutim, danas govore o samopovređivanju kao činu koji se razlikuje od akutne, generalizovane samodestrukcije (Bradić i sar. 2010).

Samopovređivanje se najčešće dovodi u tijesnu vezu sa graničnim poremećajem ličnosti, traumom u ranom djetinjstvu, naročito seksualnom zlostavljanju, disocijativnim poremećajem, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, a ponekad su dio poremećaja ishrane. Samopovređivanje se smatra činom agresije i načinom pražnjenja narasle tenzije kod osobe koja ima ozbiljne psihičke probleme. Stoga, adekvatno liječenje mentalnog poremećaja, farmakoterapijskim i psihoterapijskim metodama, u najvećem broju slučajeva daje zadovoljavajuće rezultate.

★ ***Da li su ugovori o „neizvršavanju samoubistva“ korisni?***

Većina terapeuta koji liječe suicidalne pacijente sklapaju ugovor da adolescent neće tokom liječenja pokušati ili izvršiti samoubistvo i da će tražiti pomoć u kriznim situacijama. Iako se ovaj ugovor često koristi, ne postoje dokazi o njegovoj efikasnosti. Ipak, u većini slučajeva adolescenti se drže obećanja koje daju terapeutu. U ugovor se mogu uključiti i roditelji adolescenta. Ugovor o „neizvršavanju samoubistva“ ne treba da bude jedini oslonac terapeutu tokom liječenja suicidalnog adolescenta (Bradić i sar. 2010).

★ ***Koja je uloga interneta u liječenju samoubistva?***

Nešto više od dvije decenije, internet je postao primarni izvor informacija o gotovo svim aspektima zdravlja. Adolescenti i mladi će prije koristiti internet i dva puta više biti na online povezivanju, nego što će kontaktirati ljekara.

U odnosu na samoubistvo, korištenje interneta opisano je kao „mač sa dvije oštrice.“ S jedne strane, on se može koristiti kao sredstvo informisanja o najefikasnijim načinima izvršavanja samoubistva, dok se sa druge strane može koristiti kao sredstvo za dobivanje korisnih informacija o programima samopomoći. „Čet rums“ (chat rooms) sve više se koriste umjesto telefonskih kriznih linija. Ostaje otvorena dilema da li to doprinosi smanjenju ili stimulisanju samoubilačkog ponašanja. Internet programi samopomoći koriste kognitivno-bihejvioralne principe koji su fokusirani na simptome anksioznosti i depresije. Ipak, nedostaju supervizije i kriterijumi na osnovu kojih bi se procijenio kvalitet intervencije (Bradić i sar. 2010). Da li takve intervencije imaju efekat na samoubilačka ponašanja per se, ostaje da se odredi. Sigurno je da već postoji, i da će sve više postojati povećano interesovanje za istraživanja u toj oblasti.

★ ***Da li su istraživanja o samoubistvu korisna?***

Pitanje se ne odnosi na specifične istraživačke projekte, već na ad hoc ispitivanje o pojedinačnim samoubistvima, koja se mogu javiti tokom kliničke prakse. U vođenju psihološke autopsije samoubistva postoje dva važna pitanja na koje bi trebalo odgovoriti: često i najprisutnije pitanje je da li se samoubistvo moglo spriječiti (Bradić i sar. 2010). Gotovo, bez izuzetka odgovor je „ne.“ Premda su faktori rizika predvidljivi, kada se razmotre prikupljeni podaci, nijedan od njih, bilo pojedinačno ili u kombinaciji, nije pouzdan u predviđanju pojedinačnih slučajeva samoubistva.

Mnogo važnije pitanje je da li su postupci tokom liječenja bili u okvirima dobre prakse. To je ključno mjesto gdje objektivan istraživač treba da procijeni da li je došlo do primjene adekvatnih mjera i da li je samoubistvo bilo neočekivan ishod, bez obzir na činjenicu da je liječenje bilo optimalno. Sa druge strane, ako je liječenje bilo zahtjevno i komplikovano, posebno treba obratiti pažnju na vođenje uredno pisane dokumentacije. Čak iako su svi primijenjeni postupci tokom liječenja suicidalnog adolescenta bili u okvirima dobre prakse, ne postoje garancije da do samoubistva neće doći (Bradić i sar. 2010).

Stručnjaci koji učestvuju u procjeni liječenja nakon počinjenog samoubistva, treba da ukažu na eventualne propuste u liječenju, imajući u vidu delikatnost ovog zadatka. Neodgovarajuća, oštra kritika, može biti destruktivna i za terapeuta kao pojedinca, i za cijeli tim, naročito kada postoje sistemski nedostaci koji postavljaju previsoke zadatke osoblju. Fokus treba usmjeriti na one oblasti koje se mogu poboljšati, a nikako na sadržaje koji bi provocirali i produbili krivicu profesionalaca.

2.2. Prikaz slučaja

Dječak u dobi od 12,2 godina, prvi put dolazi u pratnji bake na pregled u Centar za zaštitu mentalnog zdravlja. Iz heteroanamnestičkih podataka (uzetih od bake), doznaje se da je pregled preporučila psihologica iz škole zbog oskudnih vršnjačkih relacija, povlačenja, pada školskog uspjeha, čestih izostanaka sa nastave zbog navodne glavobolje. Baka također navodi da je dječak izgubio oca u uzrastu od 14 mjeseci, a da je majka izvršila suicid kada je dječak imao 7 godina, nakon čega je baka dobila starateljstvo nad dječakom. Po njenim riječima, nisu imali bližih srodnika, a unuka opisuje kao poslušno i mirno dijete. Nije pokazivao interesovanje za vannastavne aktivnosti, a najviše je volio da crta. Do 6. razreda je bio vrlo-dobar učenik, a polugodište 6. razreda je završio sa tri negativne ocjene. Baka je navela da je dječak nakon majčine sahrane odbijao da odlazi na groblje sa njom.

Nakon dijagnostičke procjene (psihijatrijski intervju, psihološko testiranje, izvještaj iz škole) postavi se dijagnoza depresije i ordinira se adekvatna medikamentozna terapija. Ostvari se dobra saradnja sa školom, a i baka se uključi u suportivni psihoterapijski tretman. Dječak je uključen u likovnu sekciju, koju je redovno pohađao, a većina njegovih crteža je bila na školskim izložbama. U terapijskom procesu koji je trajao 4 godine se postigne zadovoljavajuća remisija, dječak/adolescent uspješno završi osnovnu školu i upiše se u željenu srednju školu. Adaptacija na novo školsko okruženje i novu vršnjačku grupu je bila obilježena nizom teškoća (postoje indicije da je bio žrtva vršnjačkog nasilja, ali je on to negirao). Tokom cijelog tretmana, negirao je suicidalne misli i ideje.

Za novogodišnje praznike, adolescent je hospitalizovan, nakon što je popio tablete (sa namjerom da se ubije). Tokom hospitalnog tretmana, između ostalog je procijenjeno da baka nema dovoljno kapaciteta za brigu o unuku (zbog starosti i nekoliko hroničnih oboljenja), te nadležni Centar za socijalni rad predloži smještaj adolescenta u Dom za djecu bez roditeljskog staranja. Nekoliko dana nakon smještaja u Dom, adolescent je izvršio samoubistvo skokom sa visine.

Ako izvršimo analizu ovog prikaza uočava se prisustvo nekoliko suicidalnih faktora:

- dispozicija (pozitivna porodična anamneza na suicid)
- uzroci (postojanje depresivnog poremećaja emocija kao endogeni uzrok i teškoće prilagođavanja na novo školsko okruženje, vršnjačko nasilje kao egzogeni uzrok)
- motiv (nesvjesni vezan za fazu razvoja)
- povod (u ovom slučaju povod je bio smještaj u Dom).

Značajno je napomenuti da se prvi pokušaj suicida desio za novogodišnje praznike. Praznici kod usamljenih adolescenata (koji već imaju faktore rizika za suicid) izazivaju osjećaj usamljenosti, odbačenosti, nepripadanja... i strah od takve budućnosti!

2.3. Preporuke za rad sa suicidalnim adolescentima

Mlade ljude treba tretirati sa poštovanjem i krajnje ozbiljno shvatiti njihovu patnju, uvažavajući sve probleme na koje se žale i način na koji ih doživljavaju. Adolescenti koji pokušaju samoubistvo često ne dolaze redovno na kontrole i terapiju. Od velikog je značaja redovno pratiti rizičnog adolescenta, ostvarivanjem komunikacije između stručnjaka na različitim nivoima zdravstvene zaštite i obrazovnog sistema. Čak i kada je terapija bila uspješna, adolescenti koji su imali pokušaj samoubistva, veoma su ranjivi i osjetljivi na ponovnu mogućnost iznenadne pojave samoubilačkih misli i osjećanja. Zato je važno pravovremeno upozoriti adolescenta i roditelje na tu mogućnost i za nju ih pripremiti. Neophodno je identifikovati šta u samom samoubilačkom procesu i njegovoj dinamici dozvoljava povratak autodestruktivnog ponašanja. Tek tada se može smatrati da su terapijske intervencije postigle svoj cilj i da je adolescent bezbjedan (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.





Utjecaj različitih konteksta na rast i razvoj djece i adolescenata

Autorica: Prof. dr. sc. Dubravka Kocijan Hercigonja, dr. med.,
dječji neuropsihijatar, psihoterapeut, supervizor



1. Teorijski dio

Da bi razumjeli utjecaj različitih faktora na rast i razvoj djece moramo krenuti od selfa koji ima različite definicije, ali se sve svode na označavanje vlastite procjene sebe u odnosu na vanjski svijet. Self je ekspresija slike o sebi i pod utjecajem je brojnih faktora. Ako je self pozitivan osoba će imati mogućnost svladavanja životnih izazova, razumijevanje problema te poštovanje vlastitih interesa i potreba. Dakle on je suma stavova koji ovise o našim percepcijama, mišljenju, osjećajima.

Pozitivna i negativna iskustva kreiraju self u pozitivan i negativan što počinje već u najranijem djetinjstvu. Osoba tijekom cijelog života procjenjuje sebe, tko je, što želi i kako želi živjeti, naravno u zavisnosti od uzrasta. Kod beba self se razvija kroz self anatomiju, kod predškolske djece self je baziran na opserviranim atributima u djetetovom okruženju, a kod školske djece self uključuje refleksiju okruženja dok se kod adolescenta uključuje seksualni aspekt selfa, introspekcija i integracija. Ljudi sa zdravim selfom vjeruju u vlastite vrijednosti, prihvaćaju se takvi kakvi jesu, vjeruju u vrijednosti i principe, osjećaju se sigurni. Razvojno doba djetinjstva i adolescencije predstavlja značajno razdoblje u životu čovjeka te su karakteristike i vjerovanja koja je izgradio kroz taj period od presudnog značenja za funkcioniranje tijekom čitavog kasnijeg života (Winnicott, D.W.,1960.). Ako su zadaci koje taj period postavlja uspješno riješeni to će osoba adekvatnije funkcionirati u kasnijem životu.

Proces sazrijevanja ličnosti dinamičan je proces. Psihički potencijali podložni su stalnim promjenama i pod značajnim su utjecajem okruženja koje kroz same faze razvoja imaju različito značenje (Winnicott, D.W.,1965). Radi lakšeg razumijevanja, a s obzirom na to da je razvoj dinamičan proces, najčešća je podjela u period od 0-2 godine od 3-7 godina, od 8-12 godina te faza adolescencije. Svaka od tih faza ovisi o utjecajima okruženja koji se mijenjaju u zavisnosti od uzrasta i potreba.

U najranijoj dobi odnos majke i primarne obitelji od neprocjenjive je važnosti što potvrđuju brojna istraživanja o privrženosti (attachment) i refleksiji istog na razvoj djeteta (Bowlby, J., 1969.,1973). Na kvalitetu privrženosti utječe somatsko i psihičko funkcioniranje majke tijekom trudnoće, što može podrazumijevati prihvaćanje ili odbacivanje trudnoće koje je često pod utjecajem vlastitih stavova, ali i stavova okruženja (neželjena trudnoća, strahovi hoće li dijete biti zdravo ili oštećeno, spol djeteta). Važnu ulogu imaju i psihički problemi majke tijekom trudnoće, depresivnost, anksioznost psihotična stanja i slično. Na kvalitetu odnosa majke i djeteta tijekom trudnoće i nakon poroda utječe obiteljska dinamika, stavovi okruženja te kulturološke karakteristike. Istraživanja pokazuju da postoji sigurna, nesigurna i dezorganizirana privrženost (Bowlby, J., 1969.,1973, 1980.) koja se reflektira i na psihički i na organski razvoj djeteta te ukazuje na usku međusobnu povezanost psihičkih i organskih-razvojnih karakteristika djeteta. Neki od faktora koji utječu na kvalitetu privrženosti su, dakle, psihičko stanje majke, dinamike obitelji i njezine kulturalne specifičnosti, kako obitelji tako i okruženja.

Dolazak u vrtić bitno mijenja dječji način življenja, te je refleksija okruženja i usaglašenosti obiteljskih stavova (koji su do polaska bili jedini bitni) s novim okruženjem, stavovima, zahtjevima i strukturom. Da li će dijete separaciju od obitelji radi polaska u vrtić doživjeti kao traumu ili će isto biti poticaj za proširenje interesa i druženja pa kroz to i razvijanja samopouzdanja, vjerovanja u svoje sposobnosti, prihvaćanja boravka izvan obitelji, u zavisnosti je od prethodne faze razvoja roditeljskih odnosa, edukacije i suradnje odgajatelja te usklađivanja roditeljskih i odgajateljskih stavova, a sve s ciljem poticanja djetetovih kapaciteta, zadovoljavanja djetetovih potreba te razvijanja osjećaja sigurnosti (Buljan Flander, G., Kocijan Hercigonja, D., 2003).

Da bi pristup bio adekvatan važno je poznavanje djetetovih potreba vezanih uz fazu razvoja, poznavanje odnosa i razvoja u obitelji do polaska djeteta u vrtić, a posebice važno je znati što se krije ispod određene simptomatologije posebice separacionih problema, odnosno strahovi od gubitka, dobivanje raznih informacija i različiti pristup i poruke od za dijete najvažnijih osoba, a to su roditelji pa zatim bake i djedovi. Neophodno je da odgajatelji u vrtiću imaju prave podatke o djetetu, a za to je potrebna pozitivna suradnja i povjerenje između roditelja i odgajatelja što uključuje i savjetovanje.

Školski period donosi jednu sasvim novu dimenziju u djetetovom razvoju - od strukture, pravila odnosa, rivaliteta, procjenjivanja sebe kroz postupke i očekivanja kako od obitelji tako i od učitelja i vršnjaka. U tom periodu djeca koja su bila po procjeni obitelji i vrtića adekvatnog ponašanja i bez odstupanja, ukoliko nema za dijete adekvatnog pristupa, vrlo često mogu razviti ponašanje u kojem se procjenjuju manje vrijedni, manje sposobni. U tom slučaju povlače se od okruženja ili počinju ispoljavati neadekvatne oblike ponašanja.

Ono što je bitno u tom školskom periodu je prepoznati djetetove sposobnosti, poticati ih i isticati, a sve u adekvatnom odnosu roditelj - učitelj. To često zahtjeva i kontinuiranu edukaciju i savjetovanje roditelja kao i nastavnika.

Adolescentni period je posebice izazovan kako za roditelje tako i okruženje, ali isto tako i za samog adolescenta jer mora uskladiti očekivanja obitelji, škole, okruženja sa svojim bio-psihološkim promjenama i potrebama. Stvaranje vlastitog identiteta koji često nije u skladu s porukama koje je dobivao kroz razvoj niti s očekivanjima roditelja i okruženja dovodi do brojnih problema u odnosima, slici o sebi te vrlo često to ozbiljnih psiholoških kriza pa i poremećaja.

Kao što je vidljivo iz prikazanog u fokusu našeg funkcioniranja moraju biti djeca i mladi te kroz suradnju roditelja, odgajatelja, učitelja i okruženja važno je modificirati naše ponašanje, odnose, poticaje i očekivanja. Polazeći od navedenog moramo postaviti pitanje što se nalazi iza djetetovog ponašanja, koji je optimalni pristup, kako pomoći djetetu da razvije samopouzdanje i izražava svoje potrebe. Zanima nas što se krije iza otpora, srama, agresije i potiskivanja vlastitih potreba.

Pitanje koje se često postavlja je pitanje odgovornosti, nerijetko se ista prebacuje drugome - od roditelja do odgajatelja i učitelja, okruženja i slično. Dijete se stavlja u poziciju da važne osobe u njegovom životu svojim stavovima, očekivanjima, nedovoljnom suradnjom utječu na dijete i njegovu sliku o sebi, što je bitno za njegovu cjeloživotno funkcioniranje (Williams, L., 1994).

Rezultati brojnih istraživanja ukazuju na neophodnost jasnih standarda uz obavezno uključivanje i usaglašavanje obitelji, škola i okruženja. Posebno je važno usklađeno djelovanje obitelji i škole uz jasno definirana pravila, strukture kao i funkcioniranja obitelji i škole.

Uz usklađene stavove obitelji, škole i okruženja potrebno je razvijati postupke koji vode ka stvaranju pozitivne slike o sebi, pozitivno rješavanje konflikata, razvijanje odgovornosti i empatije. Neophodno je organizirati učinkovito strateško partnerstvo svih sudionika bitnih za djetetov razvoj što zahtjeva kontinuiranu edukaciju odgajatelja, učitelja i roditelja.

Posebno je važno naglasiti stavove WHO (World Health Organization) koja smatra da je mentalno zdravlje stanje blagostanja u kojima pojedinac ostvaruje svoje potencijale što znači da se može nositi s normalnim životnim stresovima, može produktivno raditi i produktivno doprinijeti zajednici.

Ako dijete odrasta u uvjetima gdje važne osobe tijekom njegovog razvoja koriste suprotne pristupe, strukturu i preko djeteta rješavaju svoja nezadovoljstva i nezavršene procese, dijete neće razviti socijalne vještine, funkcionirat će iz pozicije loše slike o sebi s problemima kako u prepoznavanju tako i iskazivanju emocija, izbjegavat će komunikacije i funkcionirat će iz pozicije negativnih očekivanja od budućnosti.

Djetetu trebaju važne odrasle osobe koje mu daju podršku i potiču njegove odnose s vršnjacima, koje potiču učenje socijalnih vještina u rješavanju problema te razvijanju i poticanju aktivnosti koje dijete prihvaća, a ne koje su potreba roditelja, učitelja ili okruženja.

Dijete i njegova dobrobit su na prvom mjestu, a roditelji, odgajatelji i okruženje trebaju kroz suradnju isto poticati, a ne rješavati svoje probleme, nezavršene procese ili vlastita dokazivanja kroz dijete. Kontinuirana edukacija, suradnja, razmjena iskustava i posebice poticanje i razumijevanje kao i usklađivanje, baza su za pravilan razvoj mentalnog zdravlja.

2. Praktični dio

Da bi mogli kvalitetno funkcionirati i pozitivno utjecati na razvoj djece važno je poći od vlastitih spoznaja i iskustva kroz vlastiti razvoj i utjecaje iz kojih smo izgradili vjerovanja i stavove. Za početak važno je da kroz rad u malim grupama osvijestimo sjećanja na osobe tijekom našeg razvoja koje su imale pozitivan utjecaj na stvaranje slike koju imamo o sebi i na koji način, kao i na osobe koje su imale negativan utjecaj na naš razvoj, stavove, vjerovanja. Polazeći od našeg današnjeg funkcioniranja važno je osvijestiti što nam je trebalo tijekom razvoja i polazeći od sebe danas kao odrasle osobe sa svim svojim vjerovanjima, načinom funkcioniranja, odnosima, zadovoljstvima i nezadovoljstvima, što bi voljeli da je bilo drugačije i da li bi danas sa svoje sadašnje pozicije, spoznaje i znanja mogli procijeniti kada je problem nastao kako se manifestirao i kako smo ga rješavali. Ovdje je važno naglasiti koje smo mehanizme obrane koristili kako bi rješavali konflikt i stres i kako je isto utjecalo na naš razvoj psihičkog stanja. Važno je isto osvijestiti kako naš nesvjesni dio (jer mehanizmi obrane su nesvjesni procesi) ne bi utjecao na naš odnos sa djecom i mladima s kojima radimo. Nadalje je vrlo bitno da neke svoje nezavršene procese ne pokušavamo završiti kroz rad s djecom identificirajući sebe u njima, bilo u pozitivnom smislu zaštite, podrške koju mi nismo imali/biti bolji roditelj od njihovih/ ili postavljajući se kritički jer, naprimjer, imaju sve što mi nismo imali, a ne znaju to cijiniti. Na temelju navedenih situacija vidimo koliko je važno da osobe koje rade s djecom i mladima imaju jasnu sliku o sebi kako bi mogli biti objektivni i efikasni, a što obavezuje da radimo na sebi i da smo pod stalnom supervizijom i kontinuiranom edukacijom.

Navedeno je najbolje prikazano u primjerima iz prakse.

★ Prikaz slučaja 1

U sukobu roditelja, roditelji često preko djeteta rješavaju svoje probleme dokazujući se okruženju tko je bolji roditelj, a tko je odgovoran za raspad obitelji. Tijekom svog rada susretala sam se sa djecom sa izrazito niskim samopouzdanjem, sa osjećajem krivnje i odgovornosti za obiteljsku dinamiku. Djeca su često potiskivala svoje potrebe i pokazivanje emocija, što rezultira razvojem brojnih somatskih smetnji, promijenjenog odnosa prema vršnjacima, negiranjem vlastitih potreba jer je njihov zadatak pomoći roditeljima. Takva djeca kasnije postaju žrtve okruženja, budu zlostavljana, ne traže pomoć, ne iskazuju svoje potrebe jer to nisu zaslužili. Rezultat su nove traume i brojne somatske smetnje i bolesti jer tijelo reagira do razvoja ozbiljnih bolesti, posebice na imunološkom području.

★ Prikaz slučaja 2

Djeca često kroz bolest nesvjesno povezuju roditelje jer dok su oni bolesni, roditelji surađuju i vode brigu i uključeni su u pomoć djetetu. Dok traje bolest nema svađa i razgovora o razvodu. Tu spoznaju dijete prenosi u život da u situacijama koje ga opterećuju i ne može ih riješiti reagira s brojnim tjelesnim reakcijama i kasnije ozbiljnim bolestima što postaje nesvjesni model funkcioniranja u kasnijem životu. Takve osobe rješavaju probleme kroz bolest i otpisivanje zrelih mehanizama rješavanja problema u određenim životnim situacijama. Porast brojnih somatskih problema u osnovu su u velikom dijelu manifestacija tjeskobe, depresije. Bolest takvoj osobi opravdava neuspješnost, stavljanje u podređeni položaj vezano uz socijalne odnose. Takve osobe dobivaju veću pažnju kroz bolest i na taj način ne aktiviraju svoje kapacitete niti ostvaruju rezultate koji su primjereni njegovim sposobnostima. Danas se susrećemo sa sve većim bojem psihosomatskih poremećaja koji u velikom dijelu imaju u pozadini opisanu dinamiku nastanka.

★ Prikaz slučaja 3

Problem samoozljeđivanja djece vrlo je prisutan posebice kod adolescenata, a uzroci su vrlo različiti od kažnjavanja roditelja za koje procjenjuju da su im nevidljivi pa samoozljeđivanjem kažnjavaju roditelje za njihov, po njihovoj procjeni neadekvatan pristup i nerazumijevanje, a istovremeno pokušavaju ih usmjeriti da ih drugačije vide (Kocijan Hercigonja, D., Folnegović-Šmalc V., 1999). Međutim samoozljeđivanje može imati i drugi vrlo ozbiljan uzrok - rješavanje traumatskih slika kroz bol. Pacijentica koja je imala učestale potrebe za povređivanjem ruku, što je dovelo do organskih promjena i deformiteta podlaktica, proglašena je psihozom s obzirom na procijenjeno ponašanje prilikom samopovređivanja. Isto je bio rezultat kontinuiranog seksualnog zlostavljanja od strane bliskog člana obitelji, a obitelj je nije zaštitila već optužila za manipulaciju. Identifikacija djece, posebice adolescenata sa grupom vršnjaka neprihvatljivog ponašanja često je oblik traženja zaštite, ali i kažnjavanja okruženja. Takvih i brojnih drugih primjera nalazimo svakodnevno u radu, a nažalost okruženje reagira prema iskazanoj simptomatologiji te razvija negativne stavove ne pokušavajući naći uzroke istog.

3. Integracija teorijskog i praktičnog dijela

Pitanja koja moraju biti polazište za kvalitetan rad s djecom i mladima:

1. Koje su aktivnosti važne za pravilan razvoj mentalnog zdravlja?
2. Koji su faktori odgovorni za razvoj negativne slike o sebi?
3. Kakva suradnja treba biti prisutna između osoba i institucija važnih za djetetov razvoj i njegovo kasnije funkcioniranje u životu?

Temeljem iznesenog, kako u teorijskom tako i praktičnom dijelu, prikazano je koliko je značajna uloga svih osoba koje su u kontaktu s djetetom i utječu na njegovu sliku o sebi. Self koji je ekspresija slike o sebi kroz koji procjenjujemo sebe u odnosu na vanjski svijet te ako je isti pozitivan osoba će razumjeti probleme, imati uvid kako u vlastite potrebe tako i mogućnosti da ih savladaju, vjerovat će u vlastite sposobnosti i respektirat će svoje potrebe i interese. Isto nije prisutno ukoliko osoba ima negativni self. Početak izgradnje selfa počinje u odnosima s važnim osobama od samog početka života i slike koja se stvara iz tih odnosa, što je naravno u zavisnosti od faze razvoja (Winnicott, D.W., 1960., 1965).

Vrlo je jasno da svaka odrasla osoba funkcionira iz ugrađenih vlastitih iskustava i funkcioniranja što prenosi u svoje odnose u kasnijem životu. Vrlo je bitno da osobe koje rade s djecom i mladima imaju spoznaju o pozitivnim i negativnim iskustvima iz svojeg života i refleksiji istih na vlastiti život kako privatni tako i profesionalni. U radu s djecom isti trebamo temeljiti na pozitivnim iskustvima, a da bi to mogli realizirati neophodno je da imamo uvid u svoje potrebe, zadovoljstva i nezadovoljstva. Važno je da budemo kontinuirano uključeni tijekom svog života i rada jer je isto važno za naš profesionalni i privatni život.

Nadalje je vrlo bitno da imamo znanje koje će nam pomoći u prepoznavanju što se nalazi ispod određenih oblika ponašanja kao što je navedeno u nekim primjerima. Ovdje je neophodno naglasiti da mehanizmi obrane koji su samo spomenuti, a zahtijevaju znatno više prostora, mogu biti obrane, ali i manifestacija ozbiljne psihičke bolesti, naprimjer disocijativni poremećaji, što samo potvrđuje stavove koji traže kontinuiranu edukaciju, ali i suradnju profesionalaca različitih profila kako bi u suradnji i kroz edukaciju mogli djeci i mladima osigurati optimalnu pomoć. Kod navedenog neophodno je naglasiti da promijenjeni uvjeti življenja vezani uz promjene u obiteljskoj dinamici, socijalnim i obiteljskim odnosima kao i promjenama na globalnom planu zahtijevaju kontinuiranu edukaciju i suradnju (Dodik Čurković, K. i sur.,2013).

Zaključno, temeljem iznesenog vrlo je jasno da su kontinuirana edukacija, posebice supervizija, osvještavanje vlastitih problema, osobna terapija samo neki od elemenata bitnih za daljnji rad, ali i naše osobno i profesionalno funkcioniranje. Isto treba utjecati na obavezno uključivanje u radionice u kojima se radi na prepoznavanju elemenata koji ukazuju na mentalne probleme te metoda kako iste rješavati. Jedan od primjera je osnivanje edukacija o zaštiti mentalnog zdravlja kroz radionice i poslijediplomsku kontinuiranu edukaciju. Kao jedan od primjera navodim program zaštite mentalnog zdravlja koji započinje kao poslijediplomski studij na Učiteljskom fakultetu u Zagrebu kao i edukacija koja se provodila na Medicinskom fakultetu u Zenici te edukacije koje provodi UNICEF i BHIDAPA.

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.





Porodica i kriza

Autorica: Prim. mr. med.sc.Azra Arnautović, grupna analitičarka, integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dipl.psih.Sabina Zijadić Husić, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dr.sc.Mirela Badurina, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica



1. Uvod

Postoje različite definicije i podjele porodica u zavisnosti koja naučna disciplina obrađuje temu. Porodica je osnovna ćelija-zajednica društva koja ima reproduktivnu, odgojnu, egzistencijalnu i zaštitnu ulogu. Svi članovi u njoj trebaju ostvarivati svoja temeljna prava. "Porodica je univerzalna društvena institucija i nerazdvojni pratilac ljudskog društva i čovjekovog postojanja. Zasniva se na braku i odnosima srodstva, čiji članovi, po pravilu, žive u zajednici. To je društvena grupa vezana krvnim srodstvima i vezama koje su različite prirode, od običajno-vjerskih do pravno ekonomskih" (Fočo, 2000, str.199). Možemo reći da je porodica najstariji oblik zajednice i temelj postojanja. Ona je nezamjenjiva sredina u kojoj se čovjek formira kao ličnost od rođenja do odraslog doba i u kojoj živi zadovoljavajući neke od svojih najbitnijih potreba koje se samo u porodici mogu zadovoljiti. Razvojem društva i porodica je mijenjala svoj oblik, funkciju, ulogu za pojedinca i članove u njoj. Sve više se smanjuje njena odgojna uloga i povećava se utjecaj zajednice u kojoj egzistira. U ovom radu ćemo se baviti porodicom u krizi i krizom u porodici te tretmanom tih porodica.

1.1. Funkcije i vrste porodice

U globalne funkcije porodice autori Sociology of the Family (Hammond, Cheney i Raewyn, 2015) ubrajaju:

1. Ekonomsku funkciju – materijalna, novčana podrška, hrana, odjeća, sklonište.
2. Emocionalnu funkciju – podrška, intimnost, drugarstvo, pripadnosti.
3. Funkciju socijalizacije djece - podizanje djece, roditeljstvo.
4. Funkciju kontrole seksualnosti - definiranje i kontrola kada i s kim se ulazi u vezu ili naprimjer brak.
5. Funkciju kontrole reprodukcije/razmnožavanja - definiše vrste odnosa u kojima se djeca trebaju/mogu roditi.
6. Funkciju dodjeljivanja statusa - rase, religije, srodstva, itd.

Postoje razne podjele vrsta porodica. Porodična struktura ne pokazuje da li je porodica funkcionalna ili ne, već jednostavno ima veze s njenim oblikom i članovima, sa historijskim, ekonomskim i kulturnim kontekstom.

Prema funkcionalnosti se dijele na **funkcionalne i nefunkcionalne**. Funkcionalna porodica - ima fleksibilnu strukturnu moć sa podjelom autoriteta, jasnim porodičnim pravilima, jasnim međugeneracijskim granicama i stilom koji potiče udruživanje. Članovi porodice imaju svoju individualnost i sposobnost da odrede bliskost i distancu, mogu da podnesu neslaganja i neizvjesnost, slobodno i spontano komuniciraju, prihvataju različitosti i osjetljivosti drugih. Humor, nježnost i briga su sastavni dio porodične atmosfere. O konfliktu se govori otvoreno, a problemi se identifikuju i rješavaju (Goldner-Vukov, 1988). Za razliku od **disfunkcionalne porodice** – čiji članovi nisu u stanju da se prilagode novonastalim uslovima života i ne mogu da se suoče sa stresom bez većih posljedica. U takvim porodicama postoje krajnosti u načinu povezivanja njenih članova, granice između članova su ili sasvim izbrisane ili su članovi veoma udaljeni jedni od drugih. Disfunkcionalna porodica je najčešće ili izolovana od spoljašnjeg svijeta, bez jasno formiranog porodičnog identiteta i sa rigidnim pravilima, ili su granice toliko otvorene da se nekritički prihvata sve što dolazi izvana.

Prema porijeklu, porodice se dijele na **primarnu i sekundarnu**. **Primarna porodica – takozvana porodica porijekla** – je ona u kojoj se rađa, raste, razvija, uči i koju sačinjavaju dvije ili tri generacije krvnih srodnika. **Sekundarna porodica** – nova porodica, stvorena porodica nakon izlaska iz primarne, naprimjer po sklapanju braka i predstavlja izbor člana porodice.

Opšta podjela porodica uključujući i spomenute:

1. **Nuklearna porodica** (biparentalna): to je tipična porodica, odnosno porodica koju su stvorili otac, majka i njihova djeca.
2. **Jednoroditeljska porodica**, takozvana samohrana porodica. Jedan od roditelja preuzima brigu o porodičnoj jedinici, a samim tim i o odgoju djece. Obično je majka ta koja ostaje s djecom, iako postoje i slučajevi u kojima djeca ostaju s ocem. Kada se samo jedan roditelj brine o porodici, to može postati vrlo veliko opterećenje, zbog čega im je često potrebna pomoć drugih bliskih rođaka, poput djeda i bake. Uzroci formiranja ove vrste porodice mogu biti razvod, preuranjena uloga majke (maloljetna), udovstvo (zbog smrti partnera) itd.
3. **Usvojiteljska porodica** - odnosi se na roditelje koji usvoje dijete. Iako nisu biološki roditelji, oni imaju veliku ulogu odgajatelja, koja je u svim aspektima jednaka ulozi bioloških roditelja.
4. **Porodica bez djece** – karakteristika ove vrste porodice je nepostojanje potomaka. Postoje razni razlozi zašto u jednoj porodice nema djece, ali ono što definiše porodicu nije prisustvo ili odsustvo djece.
5. **Porodica razdvojenih roditelja** - roditelji su se razdvojili nakon krize u njihovoj vezi. Iako odbijaju zajednički život, moraju nastaviti ispunjavati svoje dužnosti roditelja. Za razliku od samohranih roditelja, u kojima jedan roditelj nosi odgovornosti i obaveze odgoja djeteta, odvojeni roditelji dijele funkcije, iako je majka u većini slučajeva ona koja živi s djetetom.
6. **Složena porodica** – karakteristika joj je to što se sastoji od nekoliko nuklearnih porodica. Najčešći uzrok je taj što su se druge porodice stvorile nakon prekida braka. Na primjer sin, osim što živi s majkom i njenim novim partnerom, ima i porodicu oca i njegove nove partnerice, a možda ima i polubraču i polusestre.
7. **Homoparental porodica** – karakterizira zajednički život istospolnih partnera, sa ili bez djece.
8. **Proširena porodica** – ovaj tip porodice karakteriše to što u istom domaćinstvu žive su roditelji, rođaci, bake i djedovi itd.

Porodica bi trebala biti sigurno mjesto za rast i razvoj djeteta i svih članova koji ju čine. Harmonični odnosi koji bi trebali vladati imaju za cilj zdravu izgradnju svake individue kao člana u toj zajednici.

1.2. Porodica i kriza ali i kriza porodice

Kroz razvoj društva, historijski možemo reći da je porodica proživljavala i preživljavala razne krize i promjene, mijenjajući svoje oblike i funkcionalnost, načine međusobne komunikacije, uloga i položaja članova u njoj uopšte. **Porodica u krizi** – je porodica koja je izložena ili vanjskim ili unutarnjim faktorima koji utiču da ona slabo ili nikako ne funkcioniše. **Kriza** je psihičko stanje uzrokovano događajem kojeg uobičajeni mehanizmi suočavanja problemima nisu više efikasni. Ono što pojedinca dovodi u krizu je **krizni događaj** koji je iznenađan, neočekivan, rijedak izrazito uznemirujući, stresan za većinu ljudi u okruženju, nadilazi uobičajene mehanizme odbrane. Tu spadaju: rat, zemljotres, poplave, politike, ekonomska kriza, nezaposlenost, siromaštvo, pandemija, epidemije... Ovi krizni događaji dolaze izvana i djeluju na pojedinca, a posljedično i na porodicu kao sistem. U samoj porodici postoje također faktori rizika koji dovode do krize. U njih spadaju: poremećeni partnerski odnosi, narušena porodična hijerarhija, preljuba, razvod braka, ovisnosti pojedinih članova, bolest člana porodice, ponašanje djece u određenim razvojnim dobima (npr. ovisnosti adolescenata, delinkventna ponašanja itd), siromaštvo, bogatstvo, nove tehnologije, nasilje...

Porodična kriza predstavlja stanje povišene tenzije, period u kom se dugoročni ciljevi pauziraju, odlažu, a istorija prethodnih konflikta obično preuzima porodičnu scenu. Često, posljedica porodične krize je regresija na poljima komunikacije, izražavanja emocija, porodičnih dogovora i planova, a takođe i ispoljavanje simptoma kod nekog od članova. Krize u porodici mogu biti: **predvidive - očekivane**, kao što je naprimjer, odlazak adolescenta iz porodice na studije i **nepredvidive - neočekivane**, kao što je npr. smrt člana porodice, gubitak posla i slično. Suštinski, svaka kriza u porodici dešava se jer pokreće njene članove da izmjene uloge, unesu fleksibilnost, angažuju vještine rješavanja problema, angažuju svoje sisteme podrške, odreknu se, ili izmjene individualne ili zajedničke ciljeve.

Suočavanje sa problemima i izazovima u porodici zahtijeva vještinu prilagođavanja, prevladavanja i adaptacije na nove uslove koji po inerciji stvaraju krizu unutar nje. Kriza uvijek jednako podrazumijeva mogućnost raspada porodice ili njenog rasta i daljeg razvoja. U današnjem vremenu, modernog doba, eri tehnološkog i informacijskog napretka jedan od najtežih poslova je upravo odgoj djece. Roditelji sve manje imaju vremena da se bave svojom djecom, pa tu prazninu popunjavaju televizija, računari, mobilni telefoni i druge stvari koje izuzetno utiču na rast i razvoj djece. Stilovi roditeljstva kombinacija su roditeljskih ponašanja koja se pojavljuju u više situacija, stvarajući odgojnu klimu (Berk, 2015).

Prema brojnim istraživanjima smatra se da postoje dvije temeljne dimenzije roditeljstva: emocionalnost i kontrola (Brajša-Žganec, 2003). S obzirom na te dvije dimenzije odgoja postoje **četiri tipa roditeljskog stila odgoja**: autoritativni, autoritarni, permisivni (popustljivi) i indiferentni (zanemarujući).

- Autoritarni – strogi odgojni stil, fokus je na granicama i kontroli, cilj je poslušnost, često uključuje kazne. Posljedica ovog tipa odgoja je da su djeca nesigurna, nepovjerljiva, mogu biti agresivna, neprestano brinu kako udovoljiti roditelju ili autoritetu.
- Autoritativni – dosljedni odgojni stil, kombinuje roditeljsku kontrolu i emocionalnu toplinu, očekivanja su u skladu sa dobi i sposobnostima uz ljubav i podršku. Djeca koja rastu sa ovim odgojnim stilom su samopouzdana, sigurna, odgovorna, znatiželjna (Čudina-Obradović, Obradović, 2006).
- Permisivan – popustljiv odgojni stil, podrazumijeva emocionalnu toplinu ali slabu kontrolu, zahtjevi su premaleni a primarno se zadovoljavaju sve djetetove želje. Djeca u ovom stilu odgoja, postaju nesigurna i nesnalažljiva, nerijetko i agresivna kad se suoče sa preprekom.
- Indiferentan – zanemarujući odgojni stil, podrazumijeva slabu kontrolu i emocionalnu hladnoću, roditelji su uglavnom zaokupljeni sobom a ne djetetom. Posljedica je da su djeca neposlušna, niskog samopouzdanja, sklona rizičnim ponašanjima (Berk, 2015).

2. Šta mi profesionalci radimo sa porodicama u krizi i sa krizom?

U zavisnosti od krizne situacije i djelovanje profesionalaca se razlikuje. Ukoliko su u pitanju krize koje dolaze izvana a povezane i sa kontekstom u kojem porodica živi, veoma je važna procjena situacije i mogućnosti djelovanja. Važno je da profesionalac pokaže razumijevanje, strpljenje u komunikaciji i smirenost kako bi osobama, odnosno porodici obezbjedio uslove sigurnosti i smirenja simptoma koji su nastali krizom. U masovnijim kriznim situacijama koriste se vještine fizičkog zbrinjavanja, a u psihološkom smislu krizne intervencije koje predstavljaju skup preventivnih postupaka pomoću kojih se ljudima pomaže, daje podrška da lakše prebrode ono što su doživjeli. Glavni ciljevi ovih kriznih intervencija su stabilizacija stanja - smanjenje intenziteta stresa – traume; normalizacija reakcija na krizni događaj; ponovno uspostavljanje prilagođenog funkcionisanja; trijaža. Intervencije koje se najčešće koriste u ovom smislu su debriefing ili sažeta integracija traume, defuzing - rasterećenje i demobilizacija (Arambašić, 2012). U ovakvim situacijama je neophodan multidisciplinarni i intersektoralni pristup. Trijaža usmjerava koje će se službe uključiti.

Za druge situacije u kojima se porodica nađe i obrati stručnoj službi potrebno je imati na umu osnovne karakteristike porodice: cjelovitost, samoregulirajući kapacitet i sposobnost transformacije, a značajni su i porodične vrijednosti, struktura i funkcije, bez predrasuda. Prvi susret sa porodicom je često presudan za dalji rad i intervencije. Na prvom intervjuu veoma su važne vještine komunikacije, empatičnost i prisutnost-svjesnost, dobar kapacitet za slušanje te mnogo strpljenja. Potrebno je da se stvori jedan siguran i povjerljiv seting. Sve vrijeme profesionalac radi opservaciju toga gdje ko sjedi, kako se ponaša, kako prisutni razgovaraju međusobno i sa stručnjakom. Prati se i boja glasa, kojim redoslijedom prisutni pričaju, postoji li hijerarhija, da li neko dominira, kako ispoljavaju emocije i sve drugo što je vezano za datu situaciju. Tijekom tog prvog susreta uzima se anamneza, pokušavaju uočiti resursi članova i porodice u cjeline te postići dogovori. Zatim se daje tzv. domaći zadatak u cilju normalizacije stanja i boljeg funkcionisanja svih i porodice kao cjeline. Dogovara se o narednom susretu ili se već u prvom razgovoru uoči potreba za upućivanjem u druge discipline, npr. medicinska obrada, psihoterapija, centar za mentalno zdravlje, škola i slično. U narednom susretu se ponovo opsrevira, razgovara o postignutim rezultatima, promjenama i svime sa čime dolazi porodica. U nekim slučajevima porodica ili pojedini članovi se tek nakon drugog ili trećeg susreta mogu poslati na druge tretmane.

2.1. Šta nam koristi?

Dosadašnja iskustva u radu, oslanjajući se na teoriju, pomažu nam da razumijevamo probleme koje definišemo kao porodičnu krizu, a u razrješavanju istih mogu biti od koristi sljedeći koraci:

1. Uzimanje anamneze, definisanje problema i cilja;
2. Procjena porodične dinamike;
3. Procjena i definisanje unutarnjih i vanjskih resursa porodice, koji mogu biti podrška u rješavanju krize;
4. Intervencije usmjerene na "Ovdje i sada";
5. Praćenje intervencija koje umanjuju tenzije i jačaju porodične resursa;
6. Zajedničko kreiranje planova, usmjerenih na budućnost.

Navedeni koraci omogućavaju članovima porodice novo korektivno iskustvo u razumijevanju i razrješavanju krize, a time i podržavaju zdrave obrasce ponašanja i komunikacije.

Terapijske tehnike pomažu u osvještavanju i razumijevanju porodičnog sistema. Samim osvještavanjem porodica, odnosno njezini članovi često postaju motivisani za promjenu i koriste lične sposobnosti kako bi se promijenili. To je najbolji način uvođenja promjene jer je spontan. Međutim, ponekad osvještavanje nije dovoljno iz dva razloga. Ponekad članovi porodice nemaju razvijene druge vrste ponašanja ili nisu svi spremni na promjenu. Tako oni koji nisu spremni za promjenu stvaraju otpor koristeći stare obrasce ponašanja, sprečavaju promjenu, umanjujući važnost osviještenih obrazaca blokiranja rasta i razvoja. U takvim slučajevima stručnjak treba raditi u dva smjera: ojačavati članove spremne na promjenu, te nastaviti raditi na otporima članova koji ih pružaju.

Stručnjak mora biti otvoren prema porodici i gledati je bez predrasuda, kako bi mogao formirati i mijenjati hipoteze i tražiti sve potrebne informacije. U tom smislu može koristiti razne tehnike spontanosti, pridruživanja, planiranja, tehnike promjene. Do promjene dolazi korištenjem vještina kao što su: stavljanje naglaska na disfunkcionalne obrasce; korištenje tehnike «paradoksa»; te balansiranje; konstrukcije, sheme, i rituali; komplementarnost, vježbe relaksacije, crtanje i slično. U daljem psihoterapijskom tretmanu porodice u krizi najčešće se koristi Sistemska porodična terapija a sve više i ABFT-porodična terapija bazirana na privrženosti. U radu sa porodicama korisno je koristiti i genogram. Često to nije moguće u prvom ili drugom susretu u kriznoj situaciji, a nekada nam genogram postaje jedina mogućnost za promjenu situacije. Genogram je instrument koji grafički prikazuje porodicu. U genogramu su određenim

univerzalnim simbolima, predstavljeni članovi porodice, njihove relacije, zdravstveno stanje. Mogu biti prikazane i druge važne karakteristike – vjenčanja, razvodi, bolesti, smrti, drugi dijelovi porodičnog stabla, emocionalna povezanost i slično, što članovima porodice sa kojima radimo daje vidljivije, razumljivije i prihvatljivije uvide. Konstrukcija i analiza genograma su složena aktivnost koja zahtijeva određeni stepen obrazovanja za rad sa ovim instrumentom.

3. Primjeri iz prakse

3.1. Primjer 1.

U junu 2020. godine, telefonskim putem nam se obratio klijent Haris, 37 godina, sa upitom za pregled psihologa, psihoterapeuta. Navodi uznemirenost i narušen ritam spavanja. Navodi želju da na prvi susret dođe sa suprugom. Na inicijalni susret supružnici dolaze zajedno.

Doima se da u partnerskoj dinamici preovladava napetost. S ciljem razumijevanja navedene dinamike i razloga dolaska, nizom postavljenih pitanja, doznaje se da je Haris boravio na privremenom radu u inostranstvu u proteklih deset mjeseci. Zajednički plan je bio da se Harisu nakon godinu dana i stabilizacije radnog i boravišnog statusa, pridruže supruga Maja, 34 godine i dvoje djece, kćerka uzrasta 5 godina i sin uzrasta 1,5 godina. Supružnici su se dobro organizovali i zajednički plan je tekao predviđenim koracima. Supruga Maja je imala podršku Harisove majke u čuvanju djece tokom obavljanja radnih obaveza na poslu. Haris je tokom boravka u inostranstvu, svakodnevno bio u kontaktu sa porodicom putem video poziva. Kako Maja i Haris navode, konačno je njihov porodični život krenuo dobrim putem. Nakon dugogodišnjeg traganja za odgovarajućim zaposlenjem u domovini, i neuspjeha u tom pravcu, odlazak porodice u inostranstvo, izgledao je kao najbolje rješenje.

Početak pandemije i posebno tokom perioda “zaključavanja”, Haris navodi da počinje osjećati tjeskobu, strah i nesigurnost. Navodi da u tom periodu ima podršku supruge. Supruga mu je savjetovala se pokušati smiriti razgovarajući sa kolegama, da je sada cijeli svijet pod stresom i da vjeruje da će napetosti iščeznuti. Međutim, Harisova tjeskoba se usložnjava i on impulsivno daje otkaz na poslu i vraća se kući krajem maja 2020. godine.

Maja navodi da su Harisova majka i ona ovakav postupak procijenile kao nepromišljen i dočekuju ga sa dosta ljutnje. Haris zbog jednostranog raskida ugovora o radu više nema mogućnost povratka na isto radno mjesto. Ta spoznaja ga sada još više destabilizuje. Majka i supruga od Harisa sada, s obzirom na to da nije zaposlen, očekuju da će preuzeti obaveze čuvanja djece, što njemu postaje nepodnošljivo. Navodi da dječiji plač u njemu: “stvara zaglušujuću buku i da ne zna šta da radi”.

Kombinacija svih navedenih simptoma i vanredne okolnosti uputile su na zaključak da je u navedenom slučaju bilo neophodno pristupiti tretmanu multidisciplinarno. Količinu navedene tjeskobe nije bilo moguće stabilizirati samo savjetodavnim pristupom kroz razgovor, pa je Harisu preporučeno pregled psihijatra na koji je on pristao. Psihijatar pri pregledu indicira hospitalizaciju. U međuvremenu, dok je Haris bio na hospitalizaciji, obavljeno je nekoliko savjetodavnih razgovora sa Harisovom suprugom i majkom. Koristeći tehnike spomenute u teoretskom dijelu ovog rada, one su postale svjesne dosadašnjeg umanjivanja Harisovih simptoma i nerazumijevanje razmjera krize u kojoj se Haris našao, ali i one kao članovi porodice koje nisu prepoznale svoj egzistencijalni strah i potisnutu ratnu traumu. Harisova majka je iznijela podatak da je Harisov otac 1994. godine poginuo u ratu. Najvjerovatnije je ovo iznenadno iskustvo straha uslijed pandemije, bilo okidač za otvaranje potisnutog traumatskog iskustva. Porodici su dati savjeti u pravcu pružanja podrške Harisu i stabilizacije iznenadnih okolnosti u kojima su se kao porodica našli. Harisu je nakon hospitalizacije nastavljena psihijatrijska podrška.

3.2. Primjer 2.

U septembru 2021. godine u Terapijski centar BHIDAPA, javlja se Nataša, 42 godine, sa upitom za pružanje psihološke podrške njoj kćerki Lei, 15 godina, zbog teškoća u učenju. Organizuje se inicijalni susret i preporučuje se da Lea dođe u pratnji majke.

Na inicijalnom susretu se uočava da majka bira mjesto nasuprot psihoterapeutice, a Lea sjeda na stolicu nešto dalje od psihoterapeutice i nakon sjedanja, stolicu još malo udaljava od majke. Nakon međusobnog predstavljanja, psihoterapeutica se obraća Lei sa pitanjem da li zna zašto smo danas organizovali susret. Na postavljeno pitanje Lei majka daje odgovor. Psihoterapeutica zainteresirano postavlja pitanje, da li se još nekada događa da majka odgovara umjesto kćerke. Lea se blago osmjehuje i navodi da se to događa, posebno od maja. Na pitanje kako to da Lea primjećuje da je to posebno izraženo od maja, Lea dobiva ozbiljan izraz lica, a majka je prilično oštro pogleda. U ovom trenutku se otvara porodična priča. Majka navodi da je u maju, "prije već" pet mjeseci Lein otac, Natašin suprug, umro od posljedica infekcije Corona virusom. Na upit o detaljima, majka nastavlja govoriti, a Lea kao da spušta glavu između ramena. Na upit psihoterapeutice da li joj je uredu da sada razgovaramo o tatinoj smrti, Lea klima glavom potvrdno i kaže da joj je lakše da o tome mama ispriča, a ona bi samo slušala. Nataša navodi da je pokojni suprug već nekoliko godina imao zdravstvene probleme sa srcem i da je zbog toga bio veoma oprezan i odgovoran tokom pandemije. Ni sada im nije jasno kako se uspio zaraziti, s obzirom da je radio od kuće. Dok Nataša govori, doima se da kontroliše svoje emocije, jer je način na koji iznosi detalje poput objektivnog izvještavanja o događajima (što upućuje na simptome zaleđenosti koji se javljaju početnoj fazi žalovanja nakon gubitka). Nataša i Lea sada žive same i Lea pohađa prvi razred srednje škole. Na pitanje o kakvim poteškoćama učenja se radi, majka navodi da Lea ne može zapamtiti gradivo koje uči i djeluje veoma odsutno. Nakon ovoga uvodnog dijela susreta, psihoterapeutica majku i kćerku informiše o uobičajenoj dinamici susreta i zamoli majku da sačeka tridesetak minuta u čekaonici, kako bi Lea i psihoterapeutica razgovarale bez njenog prisustva. Majka se slaže, a Lea kao da doživljava olakšanje. Nakon majčinog izlaska, na upit o dojmu olakšanja, Lea navodi da joj je teško da priča o tatinoj smrti u maminom prisustvu. Misli da će mami biti teže ako ona spominje tatu. Na upit šta je njoj samoj najteže vezano za tatinu smrt, kaže da joj tata jako nedostaje i da ponekad misli da je ona kriva za njegovu smrt. Na pitanje odakle takva pomisao, kaže da su mladi ponekad nosioci virusa i da sami ne moraju oboljeti, ali da mogu zaraziti starije. O tome je, kaže stalno slušala od početka pandemije i najviše se plašila da bi ona mogla zaraziti tatu koji je već svakako bio rizičan. Dok izgovara navedene rečenice, Lea počinje plakati. Nakon davanja podrške za suze i izražavanje emocija, bez zabrinutosti da će drugoj osobi biti teško, Lea kao da doživljava rasterećenje ovom dozvolom i nastavlja plakati nekoliko minuta. Nakon postupnog umirenja, izjavljuje da nije ovako plakala nikada. "Samo možda ponekad", kada bi se noću probudila i bila sigurna da mama spava.

Na osnovu navedenog i analize dinamike odnosa između majke i kćerke, postavljena je hipoteza da je između njih izgrađen takozvani dvostruki zid šutnje kojim majka i kćerka štite jedna drugu od vlastitih emocija izazvanih gubitkom. Proces tugovanja je otežan zbog primjene obrambenih mehanizama, prvenstveno potiskivanja. Tragom navedene hipoteze, majku i kćerku se pred kraj inicijalnog susreta, kroz psihoedukaciju upozna sa procesom tugovanja i preporučuje se porodična terapija zasnovana na privrženosti. Uz saglasnost Nataše i Lee, obaviješten je stručni tim škole da Lea prolazi kroz proces psihoterapijske podrške i da molimo školu za razumijevanje i podršku. Uz mnogo psihoedukacije o gubitku i procesu tugovanja, Nataši i Lei je data podrška u razumijevanju vlastitih reakcija i time prolaska kroz proces sa mnogo više osjećaja sigurnosti i vlastite kontrole.

Zaključak

U praksi se često događa da se klijenti javljaju sa problemima koji prvobitno nejasno upućuju na krizu (naprimjer, problem sa učenjem, povlačenje, psihosomatika-bolovi u stomaku, glavobolja i slično). Tokom uzimanja podataka u početnim susretima, često se uoči složenost konteksta (neprorađeno traumatsko iskustvo, egzistencijalni strahovi, unutrašnji problemi u porodicama o kojima se ne govori odmah...) koji je doveo do pojave simptoma.

Simptom je u pravilu samo putokaz koji nas upućuje na potrebu istraživanja na koje nas naši klijenti pozivaju.

Literatura

1. Arambašič, 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.





Rezilijentnost: Kriza kao izazov za rast i razvoj

Autorica: Prof. dr. sc. Tatjana Stefanović Stanojević,
psihološkinja

1. Uvod

„*Ono što nas ne ubije, ojača nas*”, napisao je krajem devetnaestog veka izuzetno uticajni i krajnje provokativni nemački pisac i filozof, Fridrih Niče. Početkom dvadesetog veka u romanu: “Kako se kalio čelik”, istu temu opširno je opisao i jedan veliki ruski pisac, Nikolaj Ostrovski.

Primeri u književnosti ima mnogo. U gotovo svakom dobrom romanu glavni junak mora da prođe svoju Scilu i Haribdu, kako bi postao snažan i jak. Literatura, dakle, veruje da postajemo jaki, ako uspemo da preživimo izloženost brojnim nevoljama. Da li je tako i da li su ljudi isto što i čelik? Već biografije dvojice navedenih pisaca otkrivaju psiholozima i tip snage koja se na ovaj način osvaja, ali i cenu koja se podvigom plaća. Fridriha Ničea savremenici opisuju kao: „strastvenoga mrzioca lagodne opojnosti”, dok o Nikolaju Ostrovskom najbolje govori životni moto njegovog junaka, Pavla Korčagina: “Uvek treba biti na liniji vatre”. U životima obojice, nakon nevolja, bilo je mnogo snage, ali više nije bilo radosti. Osvojenu snagu platili su gubitkom radosti.

U tekstu koji je pred vama pitamo se da li postoji i srećnija transakcija? Da li je moguće biti radostan i posle velikih tragedija, i biti jak i bez Scile i Haribde. Šta kaže psihološka nauka? Psiholozi kažu: rezilijentnost. Rezilijentnost je relativno novi psihološki pojam koji bi mogao da ujedini te dve važne životne energije: snagu i radost. Međutim, i sam fenomen rezilijentnosti prošao je trnoviti put od procenjivanja stepena izraženosti psihopatologije do procenjivanja stepena izraženosti proaktivnosti ličnosti.

2. Teorijski dio

2.1. Rezilijentnost: kapacitet za zaštitu, ali i za rast

Iako je rezilijentnost sve prisutnija u psihološkim teorijama i istraživanjima, pregled literature pokazuje kako teorijsku nedoslednost u određenju fenomena, tako i posledične metodološko istraživačke teškoće u procenjivanju nedovoljno jasno opisanog fenomena (Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010).

Najpre, rezilijentnost je pojam za koji ne postoji dogovor oko prevoda u domaćem jeziku, već se odomaćio već postojeći engleski izraz. Najtačniji prevod bi mogao da bude otpornost, vitalnost ili žilavost, ali i samo nepostojanje konsenzusa oko prevoda, prostor je za izvesnu hiperinkluzivnost pojma. Najčešće se rezilijentnost opisuje kao sposobnost ličnosti da adaptivno odgovori na stresne i negativne životne situacije. Međutim opisuje se i kao unutrašnja snaga, doslednost sebi, usaglašenost sa samim sobom u svrhu ispunjenja životnih ciljeva (Nygren B. at al., 2005). Iako su definicije rezilijentnosti pomalo konfuzne i prilično različite, oko osnovnih uslova za razmatranje rezilijentnosti postignuta je saglasnost (Garmezy, 1990; Luthar & Zigler, 1991) Uslovi da bi se uopšte govorilo o rezilijentnosti su:

- 1) izloženost pretnji ili ozbiljnoj nedaći,
- 2) postizanje pozitivne adaptacije uprkos velikim napadima na egzistenciju, rast i razvoj.

Brojnim i raznovrsnim definicijama usudiću se da dodam i sopstvenu: rezilijentnost bi mogla biti naša rano sticana i kasnije razvijana veština, naš alat pomoću koga smo spremniji za životne nevolje.

Takođe, čitaocima smo dužni i skraćeni prikaz dinamike nastanka pojma sa ovako raznovrsnim definicijama. Sve je počelo kada je još uvek u psihologiji vladalo uverenje da izloženost (ranim) bolnim, traumatskim iskustvima nužno i direktno vodi ka neuspehu kasnije adaptacije na životne izazove. Dakle, fokus je bio na psihopatologiji, a posledica istraživanja psihopatoloških reakcija bili su modeli deficita i

definicije u skladu sa time (VanBred, 2001; Luthar, 2006). Rana istraživanja povezanosti traumatskih iskustava i psihopatoloških problema bila su fokusirana na razumevanje maladaptivnog ponašanja, dok su srećnici koji su, uprkos izloženosti ranim averzivnim uslovima, pokazivali adaptivne obrasce ponašanja bili posmatrani kao netipični i otuda neinteresantni.

Novu direkciju u istraživanjima rezilijentnosti dugujemo saznanjima koja stižu iz psihoterapijske prakse, a koja pokazuju da ono što se na nivou statistike opisuje kao beznačajno, na nivou analize slučaja postaje ne samo veoma važno, već i ohrabrujuće, pa i prosvetljujuće. Osim što ukazuju na mogućnost oporavka, psihoterapeuti sve glasnije ukazuju i na kapacitete klijenata koje postojeći patocentrični instrumenti ne identifikuju na pravi način. Psihoterapeuti otkrivaju snagu i radost u klijentima, otkrivaju klijente – heroje. Postepeno, i istraživači počinju da se decentriraju. Rezultati novijih istraživanja otkrivaju da postoje deca koja ipak uspevaju da ostvare rast i razvoj uprkos visoko rizičnim okolnostima u kojima odrastaju (Masten et al., 1990). Naime, ona deca koja su imala kvalitetan odnos sa nekom kompetentnom odraslom osobom, pokazala su se kao dobra u rešavanju problema, učenju, bila su sposobna da se povežu sa drugim ljudima, imala su oblasti funkcionisanja u kojima su bila kompetentna i bila su procenjivana kao efikasna. I sve ta deca pretrpela su traume.

U pokušaju razumevanja uočenih individualnih razlika, teoretičari i istraživači rezilijentnosti bavili su se i (lažnom) dilemom da li je rezilijentnost osobina ličnosti i kao takva manje/više nepromenljiva, (Wagnild & Young, 1993) ili je rezilijentnost proces adaptacije koji se formira i razvija u toku života (Masten et al., 1990). Prevagnulo je uverenje da je rezilijentnost proces adaptacije. Ukoliko je rezilijentnost proces, onda ima nade da veštinu savladamo i da uz prave partnere otkrijemo i prave plesne korake? Značaj pravih partnera vodi ka teoriji afektivne vezanosti i dominantnim figurama u ranom detinjstvu (Bowlby, 2005), ali vodi i ka zoni narednog razvoja u kasnijem periodu, a koja se uvek postiže jedino i samo u saradnji (Vigotski, 1974). Prilikom naglašavanja jednog fenomena neobično je važno ne propustiti ulogu drugih, takođe važnih i takođe neizostavnih fenomena. Kada razmišljamo o rezilijentnosti koja nastaje u krilu afektivne vezanosti, uz niz drugih faktora, ne smemo ipak propustiti i ulogu genetičkih, dispozicionih faktora dece. Pre svega razliku u dečijem temperamentu (Luthar et al., 2000). Ova suptilna međuigra temperamenta deteta i kvaliteta afektivne vezanosti zapravo je mogući ključ za razumevanje rezilijentnosti.

2.2. Afektivna vezanost: kolevka rezilijentnosti

Afektivna vezanost odnosi se na specifičan odnos koji se u najranijem detinjstvu formira između majke i deteta i traje kroz čitav život, kao trajna psihološka veza uspostavljena između dvoje ljudi (Bowlby, 2005). Potreba za vezanošću je bazična kao potreba za hranom ili seksualna potreba i bez nje nema opstanka. Mogli bismo reći i da je vezanost čovekova dispozicija da traži blizinu i kontakt sa drugom osobom i to naročito u specifičnim uslovima pretnje ili ugroženosti. Kao dispozicija, vezanost je, dakle, osobina same osobe i to osobina koja se održava i traje. Menja se teško i samo postepeno, odnosno nepodložna je uticaju trenutne situacije. Ovakvim određenjem, Bolbi nagoveštava ideju o prelasku afektivne vezanosti iz relacionog u individualno svojstvo.

Takođe, da bi se jedan odnos mogao odrediti kao odnos afektivne vezanosti, značajno je prisustvo četiri komponente, koje su manifestne u ponašanju odojčeta u odnosu sa roditeljima: traženje blizine, baza sigurnosti, sigurno utočište i separacioni protest, (Bowlby, 2005). Traženje blizine označava potrebu da se bude u blizini osobe za koju smo vezani. Baza sigurnosti znači da figura afektivne vezanosti predstavlja za dete bezbedno mesto iz koga istražuje sredinu. Odnosi se na kvalitete radoznalog i kreativnog istraživanja. Vaša baza sigurnosti je osoba koja vam pomaže da raširite krila. Sigurno utočište znači potrebu deteta da se vrati u bezbednu blizinu svoje figure afektivne vezanosti kako bi se osiguralo u situaciji kada je suočeno sa

strahom, dakle podrazumeva kvalitete traženja pomoći, utehe, podrške, nege. Vaše utočište je osoba čije vam rame za plakanje najviše prija. I separacioni protest podrazumeva anksioznost koju dete oseća kada je figura afektivne vezanosti odsutna. Ovo znači otprilike da: dete traži blizinu figure vezanosti, kada se oseća sigurnim istražuje sredinu, ali na nagoveštaj opasnosti želi da se vrati u sigurno utočište, negodujući ukoliko figura afektivne vezanosti tada nije prisutna.

Klasifikaciju individualnih razlika predstavice u skladu sa potrebama ovog rada, a to znači iz ugla reagovanja osoba sa razlicitim obrascima afektivne vezanosti na traumu i shodno tome iz ugla kapaciteta deteta da sa majkom razvije rezilijentnost. Dakle, u najranijem detinjstvu bebe su fizički bespomoćne, ali opremljene socijalnim veštinama (slanjem signala odraslima: gukanje, plakanje, socijalnih osmeh u drugom mesecu). Sa druge strane osobe koje se bave detetom uglavnom su uslovljene da na ove signale reaguju. U zavisnosti od načina reagovanja razlikujemo četiri obrasca vezanosti.

2.2.1. Obrasci afektivne vezanosti i razlike u razvoju kapaciteta za rezilijentnost

U takozvanom sigurnom obrascu majka¹ uglavnom dosledno i uglavnom adekvatno reaguje na signale i potrebe deteta, te dete formira pozitivnu sliku² i o sebi i o drugima. Za ovo dete majka je i sigurna baza iz koje može da kreće u istraživanje sveta oko sebe, ali i sigurno utočište kome se vraća čim oseti potrebu. U situaciji izloženosti stresu, majka ima kapacitet da kontejnira detetov stres, pozitivno ga obradi, te stres prerađen u skladu sa uzrastom deteta - vrati samom detetu. Svi se sećamo filma: Život je lep. Iako je ovaj prikaz krajnje pojednostavljen, tako nekako rastu rezilijentna deca. Svi ostali scenariji odrastanja spadaju u grupu obrazaca sa nesigurnim afektivnim vezama.

Obrasci izbegavajuće afektivne vezanosti: Majke koje uglavnom dosledno ne odgovaraju na signale i potrebe deteta, već se o njemu staraju u skladu sa tajmingom koji je njima odgovarajući ili im je preporučen, čine da deca prođu kroz trijas simptoma³. Deca najpre protestuju i uporno plaču jer se majka ne odaziva, zatim tuguju i bivaju očajna, a onda ulaze u fazu poricanja da je majka (drugi) tako neophodna za njihov rast i razvoj. Ubuduće i ne šalju signale, kako ne bi prolazili kroz pakao odbijanja. Ubuduće se oslanjaju jedino i samo na sebe. U situaciji izloženosti traumi pomoć i ne očekuju, bore se baš kao junaci romana sa početka ovog teksta. I plaćaju opisanu cenu, postaju oklopljeni i neosetljivi. Iako je prikaz krajnje pojednostavljen, tako nekako rastu finansijski uspešni i samodovoljni ljudi. Lideri vrlog novog sveta.

Obrasci ambivalentne ili preokupirane afektivne vezanosti: Postoje i majke koje na signale i potrebe dece reaguju selektivno. Budući da je potreba za drugima primarna, njihova deca ulažu svu svoju energiju u procenjivanje majčinih reakcija i posledično slanje signala na koje će biti odziva. Uskoro shvataju da će mama biti tu ukoliko su neješni, trapavi ili bolešljivi. Odigravaju jednu ili sve tri manjkavosti i dobijaju majčinu usplahirenu i preplavljujuću pažnju. Ova deca imaju u repertoaru čitav arsenal ponašanja ili emocija kojima u slučaju potrebe vraćaju majku sebi i tako reuspostavljaju kontrolu nad situacijom. I ovaj prikaz je krajnje pojednostavljen, ali tako nekako zaista rastu nesigurni, anksiozni i neutešni ljudi. Nerazvijanje rezilijentnosti ovde je u funkciji obezbeđivanja spasioca koji dolazi iz spoljašnjeg sveta. Veština koju nose iz detinjstva je održavanje sposobnosti da važne stvari ne nauče da rade sami.

¹ Figura koja se dominantno bavi detetom je obično majka, što naravno ne isključuje čitavu hijerarhiju drugih figura

² U literaturi se navode termin slika o sebi i drugima, ali i URM ili Unutrašnji Radni Model (sebe i drugih)

³ Protest, Očaj, Poricanje

Obrazac dezorganizovane afektivne vezanosti: I na kraju, postoje i deca čije odrastanje je obeležio strah. Ne samoća, ne tuga, ne bespomoćnost, već strah da neko njihov ili oni sami neće preživeti. Ova deca su u osobi koja se njima bavi imala i figuru koje se plaše jer ih recimo zlostavlja. Bili su mali i slabi, ne nikako nisu mogli da pobeđu ovu figuru. Jedni način da prežive bila je disocijacija, razvijanje sposobnosti da se u situaciji stresa ili traume – prave mrtvima. Ova deca su morala da prestanu da razumeju da sve to što ih boli i plaši ima veze sa namerom osobe koja se o njima stara. Takođe su iz detinjstva krenula bez rezilijentnosti, ali za razliku od dece iz prethodne grupe i bez poverenja u spasioce iz spoljašnjeg sveta. Razvili su odbrambenu inhibiciju kapaciteta za mentalizaciju, rekli bi psihoterapeuti. *“Odustajem da razumem, osećam, mislim, verujem, nastavljam samo da živim i da nastojim da preživim”*. Iako je prikaz krajnje pojednostavljen, tako nekako odrastaju prestravljeni dezorganizovani ili disocirani ljudi. Rastu kao kandidati za psihopatologiju širokog spektra.

Postoje li bolja rešenja? Da li ljudi sa obrascima nesigurne afektivne vezanosti mogu postati rezilijentni na način koji nije opisan u delu: *“Kako se kalio čelik”*. Da li osobe iz svih nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti i dalje imaju mogućnost da budu i radosne i snažne. Uprkos ignorisanju roditelja, preplavljujućoj i uznemiravajućoj brizi ili konkretnom zlostavljanju, uprkos razvojnim ili šok traumama možemo li se i dalje nadati sopstvenom pravu na rast i razvoj.

Psihološka nauka, psihološka istraživanja i psihoterapija povodom ovog pitanja su ujedinjeni. Kažu da rešenje postoji. Zove se mentalizacija. Rešenje nije magični štapić, ali teorijski je dobro utemeljeno, statistički potvrđeno i psihoterapijski provereno.

2.3. Mentalizacija ili kako da mislimo o osećanjima i osećamo o mislima

Mentalizacija je koncept razvijen početkom devedesetih godina prošlog veka od (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991) i od tada privlači veliku pažnju istraživača. Danas se veliki broj autora bavi mentalizacijom, kao i ovom konceptu srodnim pojmovima: teorijom uma, refleksivnom funkcijom itd. Fonagi i njegovi saradnici tvrde da različiti koncepti kao što su teorija uma ili metakognicija u suštini mogu biti svedeni na kapacitet, „refleksije“, odnosno razmišljanja o iskustvu. Ova kompetenca se definiše se kroz dve ključne sposobnosti:

1. da umemo da prepoznamo i imenujemo sopstvena psihička iskustva i damo im smisao,
2. da razumemo da je ponašanje drugih, takođe, objašnjivo njihovim mentalnim stanjima (stavovima, namerama, planovima, željama, osećanjima) što ga osmišljava i čini predvidljivim.

Drugim rečima, mentalizacija je sposobnost stvaranja i korišćenja mentalnih reprezentacija sopstvenih i emotivnih stanja drugih ljudi (Fonagy et al, 2004). Kada se radi o vremenu nastanka fenomena, Fonagi i saradnici smatraju da se još tokom ranog detinjstva odigrava prelaz sa teleološkog na mentalistički model ponašanja. Ovo znači da će trogodišnje dete ponašanje drugih ljudi interpretirati samo na osnovu vidljivih posledica, a petogodišnje dete bi trebalo da je u stanju da razume da nečije ponašanje može biti zasnovano na verovanju koje čak i ne mora da odgovara realnosti, već je uslovljeno njihovim mislima, osećanjima, znanjima itd.

Poreklo sposobnosti za mentalizaciju delom je filogenetska datost, urođeni kapacitet, a delom nastaje iz odnosa sa roditeljima. Prema Fonagiju u osnovi refleksivne funkcije leži nervna struktura, sistem za procesiranje socijalnih informacija, ili interpersonalni interpretativni mehanizam, a ovaj mehanizam nastaje iz odnosa afektivne vezanosti.

2.3.1. Obrasci afektivne vezanosti i razlike u mentalizaciji

Afektivna vezanost deteta za značajne druge zapravo predstavlja kontekst u kome se razvija mentalizacija. Naime, da bi se ova refleksivna funkcija razvila neophodna je sigurna vezanost deteta sa majkom, jer samo u tim uslovima dete može relativno slobodno da istražuje um druge osobe. Hanak (2012) kapacitet za mentalizaciju shvata kao komponentu afektivne vezanosti koja se formira u sigurnoj afektivnoj interakciji sa majkom. Takođe, kod ove dece ne dolazi do česte aktivacije sistema vezanosti, što im povećava mogućnost praktikovanja sposobnosti mentalizacije u kontekstu odnosa sa roditeljem. I zaista, u savremenom svetu funkcija afektivne vezanosti nije preživljavanje i zaštita *mladunaca*, već pre razvoj socijalne kognicije, to jest, veštine da adekvatno saradujemo sa drugim ljudima.

Obilje istraživanja pokazuje da su sigurno vezana deca uspešnija u tumačenju ponašanja drugih njihovim mentalnim stanjima i uspešnija na zadacima kojima se ispituje teorija uma (McElwain & Volling, 2004), čak i kada je kontrolisan kalendarski uzrast, socijalna zrelost i verbalni mentalni uzrast dece. Ovi nalazi dobijeni su i u domaćoj sredini i potvrđuju povezanost razvijenosti teorije uma i sigurne afektivne vezanosti kod deteta (Stefanović Stanojević, 2014), kao i refleksivne funkcije deteta i sigurnog obrasca vezanosti staratelja, odnosno slabije izraženih dimenzija izbegavanje i anksioznost kod majke (Stefanović Stanojević et al., 2015).

Pokušajmo sada da promislimo i o obrascima nesigurne afektivne vezanosti. Šta se tamo dešava sa mentalizacijom kao ontogenetskom datošću?

*Obrazac izbegavajuće afektivne vezanosti i mentalizacija tipa: **Ne osećaj!*** U ovoj grupi su deca koja su se češće suočavala sa razvojnim, a ne šok traumama. Snaga razvojnih trauma je u njihovoj kumulativnosti. U slučaju dece iz ove grupe akumulirala su se iskustva nereagovanja, nezainteresovanosti, neempatisanja, ignorisanja potreba... Sa majkom koja dosledno ne reaguje na signale deteta, proces ogledanja je izostajao, te dete nije imalo priliku da upoznaje unutrašnji svet. Unutrašnji svet je ostao neprepoznat i nekontejniran, ali sačuvan od velikih lomova. Razvijena je strategija bivanja u odnosima u kojima nema psihološke razmene. Najčešći mehanizmi odbrane u ovom slučaju su mehanizmi gašenja. Podrazumevaju različite strategije idealizacije odnosa vezanosti i neutralizacije, minimizacije i izolacije afekata. U afektom obojenim situacijama, deca a kasnije i odrasli najčešće imaju pad u sposobnosti mentalizacije. Objašnjenja ljudskog ponašanja su konkretna, na nivou bioloških, socioloških ili religijskih tumačenja.

*Obrazac ambivalentne ili preokupirane afektivne vezanosti i mentalizacija tipa: **Ne misli!*** I ova grupa dece češće je suočavana sa razvojnim traumama (u odnosu na šok traume), ali drugačijeg kvaliteta. U njihovom slučaju akumulirala su se poruke da su nesposobni, trapavi, jadni, bolešljivi, jednom rečju zavisni od tuđe nege i pomoći... U fazi ogledanja, doživljaj preplavlivanja se pojačavao, što je naravno sprečavalo mogućnost razumevanja, kognitivne obrade. Ovo dete je koristilo mehanizme odbrane iz domena kognitivnih prekida. Budući da njime vitlaju emocionalna pobuđenost, uznemirenost ili ljutnja koje majka nije kontejnirala, kapacitet za kognitivnu obradu je trpeo. Njihov način promišljanja odlikuju usplahirenost i centriranost na opasnost za sebe. Ispitanici s ovim obrascem vezanosti najčešće pokazuju hipermentalizaciju ili preteranu analitičnost. Uvidi su im difuzni i neintegrisani. Preplavljeni su anksioznošću i negativnim očekivanjima, fokusirani samo na svoje misli i potrebe, a sve u cilju da se na vreme pripreme i preduprede odbacivanje.

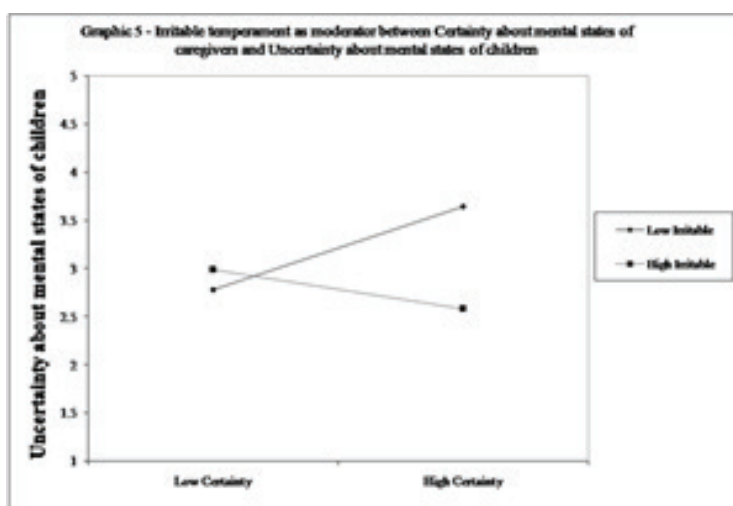
*Obrazac dezorganizovane afektivne vezanosti i mentalizacija tipa: **Pravi se mrtav!*** U ovoj grupi su deca koja su preživela iskustvo šok trauma. Ili deca čije majke kroz generacije prenose šok traumu i proishodeću zaleđenost u odnosima. Kako se to uopšte psihološki preživi? Tako što se aktivira treća grupa mehanizama odbrane, grupa koja omogućava odvajanje, odnosno disocijaciju od traumatskih iskustava. Ovi mehanizmi

štite dete od suočavanja sa nepodnošljivim sadržajem, odstranjujući iz svesti sve što je vezano za odnos s figurom vezanosti, sva bolna sećanja, neispunjene želje i potrebe za ljubavlju i negom, sva razočarenja i strahove. Na taj način dete izbegava nepodnošljivo saznanje da je majka loša, a prebacivanjem krivice na sebe za sva roditeljska odbacivanja, detetu biva omogućeno da ostane u odnosu sa majkom. Disocijacija je cena kojom plaća ostanak u odnosu sa majkom, a posledica je negativna refleksivna funkcija.

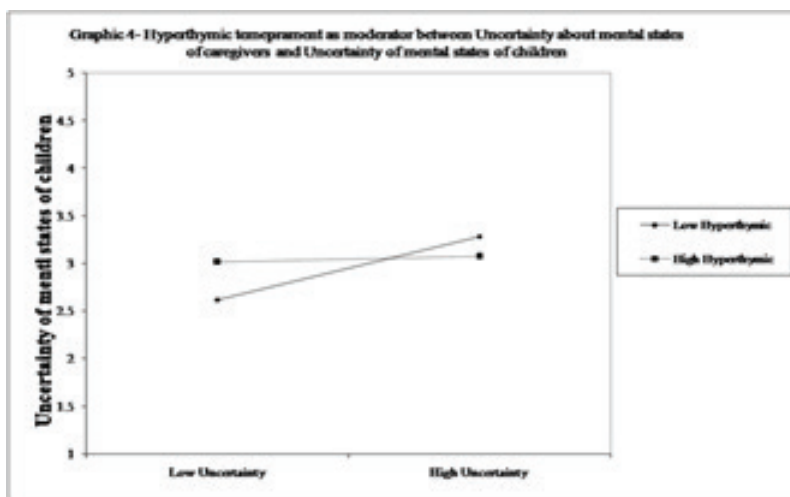
Na osnovu svega navedenog, nameće se hipoteza da bismo razvijanjem kapaciteta za mentalizaciju (u skladu sa obrascem afektivne vezanosti osobe) mogli poboljšavati rezilijentnost odnosno činiti ljude vitalnijima i spremnijima za životne izazove. Hipoteza je proveravana u psihoterapijskoj praksi i daje ohrabrujuće rezultate. Takođe, istraživanja potvrđuju brojne aspekte opisanog modela rada na mentalizaciji. U nedavno publikovanom istraživanju uloge transgeneracijskog prenosa mentalizacije (Jovančević et al, 2001), pored već opisivanih varijabli bio je uključen i temperament deteta kao moderator odnosa. Poglavlje ćemo završiti predstavljanjem dela rezultata iz pomenutog rada. Predstavićemo deo koji se tiče odnosa temperamenta deteta i mentalizacije, jer će tek uvođenjem uloge temperamenta biti zatvoren krug varijabli kojima smo u uvodu najavili da ćemo se baviti.

2.4. Temperament ulazi u igru ili: postoje li laka i teška deca

Temperament kao moderator odnosa između roditelja i dece pominje se u literaturi, navodi u teorijskim okvirima, ali je zapravo najočigledniji u psihoterapijskoj praksi. U želji da ga i istraživački proverimo konstruisale smo potencijalni model odnosa varijabli od kojih zavisi rezilijentnost (Jovančević, Tošić Radev & Stefanović Stanojević, 2021). Model se odnosi na pitanje transgeneracijskog prenosa obrazaca afektivne vezanosti, sa proverom medijatorskih i moderatorskih efekata: temperamenta i mentalizacije. Uzorak je činilo 388 ispitanika (194 dijade majka – dete). Budući da je rad publikovan i dostupan čitaocima, za potrebe ovog poglavlja predstavićemo samo rezultate koji se odnose na ulogu temperamenta:



Grafikon br.1: Uloga iritabilnog temperamenta



Grafikon br.2: Uloga hipertimičnog temperamenta

Rezultati otkrivaju da određene vrste temperamenta, tačnije iritabilni i hipertimični temperament, predstavljaju statistički značajne moderatore odnosa kapaciteta za mentalizaciju kod staratelja i njihove dece. Dakle, potvrđena je fina među igra između temperamenta deteta i ponašanja roditelja. U slučaju iritabilnog temperamenta deteta, roditelj prepoznaje da je njegova uloga veća i odgovornija te dodatno razvija kapacitet za mentalizaciju, dok je u slučaju deteta sa lakšim temperamentom roditelj opušteniji i manje intenzivno radi na mentalizaciji. Uzimajući u obzir karakteristike osoba hipertimičnog temperamenta, a pre svega prirodnu otpornost osoba sa ovim temperamentom (Dembińska-Krajewska & Rybakowski, 2014), možemo zaključiti da nesigurnost u mentalna stanja primarnih staratelja ima manje negativan efekat na onu decu koja su po svojoj prirodi “laka”, tačnije, otpornija na razne životne stresove, i to upravo zbog ove njihove karakteristike.

3. Praktični deo

Umesto zaključka, tekst o rezilijentnosti završićemo predstavljanjem instrumenata za procenu varijabli od kojih rezilijentnost zavisi:

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

Skala se sastoji od 36 čestica koje se procenjuju na likertovoj skali od 1 (U potpunosti se ne slažem) do 7 (U potpunosti se slažem), a čestice su:

1. Više volim da ne pokazujem kako se osećam duboko u sebi.
2. Plašim se da će bliske osobe prestati da me vole.
3. Lako mi je da s drugima podelim svoje misli i osećanja.
4. Često brinem da će bliske osobe prekinuti odnos sa mnom.
5. Teško mi je da dopustim sebi da zavisim od bliskih ljudi.
6. Često brinem da me bliske osobe zapravo ne vole.
7. Osećam se prijatno kada sam blizak/bliska s drugima.
8. Često brinem da bliskim osobama neće biti stalo do mene kao što je meni do njih.
9. Nije mi prijatno da drugima “otvaram dušu”.
10. Često poželim da su osećanja bliskih osoba prema meni jednako jaka kao i moja osećanja prema njima.
11. Više volim da ne budem previše blizak/bliska s drugima.

12. Mnogo brinem za svoje odnose.
13. Postaje mi neprijatno kad neko poželi da se mnogo zbliži sa mnom.
14. Kada nisam u kontaktu s osobama koje su mi važne, brinem da bi se one mogle zainteresovati za nekog drugog.
15. Poprilično mi je lako da se zbližim s nekim.
16. Kad bliskoj osobi pokažem šta osećam prema njoj, bojim se da ona neće osećati isto prema meni.
17. Nije mi teško da se zbližim s nekim.
18. Retko brinem da bi neka osoba koja mi je bliska mogla da prekine odnos sa mnom.
19. Obično s bliskim osobama razgovaram o svojim problemima i brigama.
20. Neke bliske osobe me čine nesigurnim/nesigurnom u sebe.
21. Znači mi ako mogu da se obratim bliskoj osobi kada mi je to potrebno.
22. Ne brinem često da ću biti odbačen/a.
23. Bliskim osobama poveravam skoro sve.
24. Smatram da meni bliske osobe ne žele da budu prisne sa mnom onoliko koliko bih ja to želeo/želela.
25. S bliskim osobama detaljno razgovaram o svemu što me muči.
26. Ponekad osobe koje su mi bliske promene svoja osećanja prema meni bez ikakvog očiglednog razloga.
27. Uznemirim se kad mi neko postane previše blizak.
28. Moja želja da budemo veoma bliski ponekad uplaši ljude i udalji ih od mene.
29. Osećam se prijatno kad zavisim od drugih.
30. Plašim se da kada me neko dobro upozna, neće mu/joj se svideti kakav sam.
31. Lako mi je da zavisim od bliskih osoba.
32. Naljutim se kada ne dobijam dovoljno nežnosti i podrške od bliskih osoba.
33. Lako mi je da budem nežan/nežna prema bliskim osobama.
34. Brinem da ne vredim koliko i drugi.
35. Bliske osobe zbilja razumeju mene i moje potrebe.
36. Čini mi se da me bliske osobe primećuju samo kada sam ljut/a.

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

Skala se sastoji od 54 čestica koje se procenjuju na likertovoj skali od 1 (U potpunosti se ne slažem) do 7 (U potpunosti se slažem), a čestice su:

1. Misli drugih ljudi su misterija za mene.
2. Lako mi je da shvatim šta neko drugi misli ili oseća.
3. Slika koju imam o svojim roditeljima se menja kako se i ja menjam.
4. Vodim računa o tome šta drugi ljudi razmišljaju i osećaju.
5. obraćam pažnju na to kako moji postupci utiču na osećanja drugih ljudi.
6. Potrebno mi je puno vremena da razumem misli i osećanja drugih ljudi.
7. Ja tačno znam šta moji bliski prijatelji misle.
8. Uvek znam šta osećam.
9. Moje trenutno osećanje može uticati na to koliko razumem ponašanja drugih.
10. Mogu da znam kako se neko oseća ukoliko mu pogledam u oči.
11. Shvatam da ponekad mogu pogrešno shvatiti reakcije mojih najboljih prijatelja.
12. Često sam zbunjen oko onoga šta osećam.
13. Pitam se šta znače moji snovi.
14. Nikada mi nije teško da raumem šta je drugim ljudima na umu.
15. Verujem da ponašanje mojih roditelja prema meni ne treba objašnjavati time kako su oni odgajani.
16. Ne znam uvek zašto nešto radim.
17. Primetio sam da ljudi često daju savete drugima koje bi želeli da i sami slede.

18. Stvarno mi je teško da shvatim šta se dešava u glavama drugih ljudi.
19. Drugi ljudi me smatraju dobrim slušaocem.
20. Kada sam ljut, kažem stvari za koje ne znam zašto sam ih izgovorio.
21. Uvek me zanima značenje tuđih postupaka.
22. Stvarno se trudim da razumem osećanja drugih ljudi.
23. Često moram prisiliti ljude da rade ono što želim.
24. Bliske osobe često ne mogu da shvate moje postupke.
25. Osećam da ako ne pazim, lako se mogu umešati u živote drugih ljudi.
26. Misli i osećanja drugih ljudi me zbunjuju.
27. Uglavnom mogu da predvidim šta će neko drugi učiniti.
28. Snažna osećanja često zamagljuju moje razmišljanje.
29. Otkrio sam da ako želim da znam tačno kako se neko oseća, moram da ga pitam.
30. Moja intuicija pri proceni drugih osoba je retko pogrešna.
31. Verujem da ljudi mogu da vide istu situaciju sasvim različito na osnovu sopstvenih uverenja i iskustava.
32. Ponekad uhvatim sebe da izgovaram stvari a ne znam zašto sam ih rekao.
33. Volim da razmišljam o razlozima svojih postupaka.
34. Obično imam dobru procenu o tome šta je drugim ljudima na umu.
35. Verujem svojim osećanjima.
36. Kada se ljutim, kažem stvari zbog kojih mi je kasnije žao.
37. Zbunjuje me kada ljudi pričaju o njihovim osećanjima.
38. Umem da čitam misli drugima.
39. Često osećam da je moj um prazan.
40. Kada se osećam nesigurno, ponašam sena način koji drugima ide na živce.
41. Teško mi je gledam stvari sa tačke gledišta drugih ljudi.
42. Obično tačno znam šta drugi ljudi razmišljaju.
43. Verujem da se moja osećanja mogu promeniti čak i kada su trenutno vrlo jaka.
44. Ponekad radim stvari a ne znam zašto.
45. Obraćam pažnju na svoja osećanja.
46. Tokom rasprave vodim računa o stavovima druge osobe.
47. Moj osećaj o tome šta neko drugi misli je obično veoma tačan.
48. Razumevanje razloga ponašanja drugih ljudi mi pomaže da im oprostim neke stvari.
49. Verujem da ne postoji samo jedan ispravan i tačan način da se sagleda bilo koja situacija.
50. Bolje je voditi se razumom nego intuicijom.
51. Ne sećam se mnogo toga iz detinjstva.
52. Mislim da nema smisla pokušavati pogoditi šta je nekome na umu.
53. Za mene dela govore više od reči.
54. Verujem da su drugi ljudi previše zbunjujući da bih se trudio shvatim.


4. Integracija teorijskog i praktičnog dela ili savet čitaocima

Integracija teorijskog i praktičnog dela u ovako koncipiranom poglavlju zapravo se odnosi na ohrabrivanje stručnjaka da sadržaje iznete u teorijskom delu što više praktikuju i u istraživačkom i psihoterapijskom radu. Uslov za dobar psihoterapijski rad svakako će biti profesionalno urađena psihodijagnostika, a predstavljeni instrumenti procene to omogućavaju. Takođe, budućim istraživačima ovi instrumenti garantuju pouzdanu procenu obrasca afektivne vezanosti i mentalizacije. Najvažnijim mi se čini povezivanje psihoterapijskog i istraživačkog dela, jer često su psihoterapija i psihološka istraživanja potpuno odvojeni entiteti, a jedni drugima imamo šta da damo. Uvidi terapeuta praktično bi trebalo da budu osnova za istraživačke pretpostavke, dok bi sa druge strane istraživački rezultati mogli biti nova i značajna direkcija u psihoterapijskom radu.

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





Supervizija: Kratki pregled

Autorica: Prim. mr. med. sc. Azra Arnautović, grupna analitičarka, integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dipl. psih. Sabina Zijadić Husić, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica;

Dr. sc. Mirela Badurina, geštalt i integrativna psihoterapeutica za djecu i adolescente, supervizorica

1. Uvod

Za potrebe ovog Priručnika, tema supervizije u ovom članku je obrađena na sažet način i sadržava osnovna načela supervizije u psihosocijalnom radu, kao i psihoterapijske supervizije.

1.1. Šta je supervizija?

Postoje mnoge definicije supervizije koje naglašavaju njene različite aspekte: od značaja supervizijskog saveza, edukativnog aspekta, dobrobiti za klijenta kao primarnog u fokusu supervizijskog procesa, profesionalnog usavršavanja supervizanata, do supervizije koju možemo shvatiti kao oblik metaterapije. Supervizija je proces interpersonalne interakcije u kojoj jedna osoba, odnosno supervizor susreće drugu, odnosno superviziranog, sa ciljem povećanja njegove djelatnosti u psihosocijalnom radu sa ljudima (Hess, 1980).

Supervizija je proces u kojem jedan stručnjak ima odgovornost da radi s drugim stručnjakom kako bi se postigli određeni profesionalni, lični i organizacijski ciljevi superviziranog. Ti ciljevi uključuju osiguravanje kompetentnog, odgovornoga i neposrednog rada sa korisnicima, kontinuirani profesionalni razvoj, te ličnu podršku superviziranom (Harries, 1987).

Supervizija je kreativni prostor terapeuta. To je mjesto gdje supervizant dobiva prostor da reflektira o samom sebi i svome udjelu u procesima koji nastaju u interakciji s klijentom. Svrha supervizije je da terapeut u sebi nađe ono što je jedinstveno za njega, njegov vlastiti stil, te da može birati način ponašanja u susretu sa klijentom. Polazeći od toga, supervizija je proces koji potiče razmišljanje i razvijanje kompetencije (Cajvert, 2001).

Supervizija je važna metoda pomoću koje socijalni radnici mogu nastaviti razvijati i poboljšavati svoje vještine nakon završetka formalnog obrazovanja. Služi kao pomoć socijalnim radnicima početnicima, ali i onim iskusnima, u pružanju efikasne pomoći uz naglašavanje prava klijenta (Davis, 1999).

Supervizija je disciplina sama po sebi, obuhvata određene vještine nastale kroz istraživanje koje je blisko povezano sa kliničkim radom i koje je zasnovano na supervizijskoj praksi. Posvećuje joj sve više literature i svjedoci smo nastanka sofisticiranih supervizijskih modela.

1.2. Supervizija u psihosocijalnom radu

U literaturi postoje razni podaci o istorijskim počecima supervizije. Teško je reći kada, gdje i kako je nastao tradicijski model supervizije u socijalnom radu. U Škotskoj je početkom 19. vijeka organizovan rad volontera sa siromašnim porodicama i nakon povratka sa terena sa njima se razgovaralo o svemu što su vidjeli, doživjeli, razmišljali i slično. U njihovom načinu rada možemo prepoznati rane oblike supervizije i savjetovanja, a elementi ove prakse ušli su početkom 20. vijeka i u druge europske države (Ajduković, 2004). Ipak, počecima supervizije u socijalnom radu, kao metoda uvođenja u zanimanje s mentorskim, edukativnim i potpornim elementima, smatra se razdoblje druge polovine 19. vijeka u Velikoj Britaniji i SAD-u (Kobolt i Žorga, 2000). Od te početne faze, supervizija se dalje razvija, prateći potrebe društava u razvoju. Od dvadesetih godina 20. vijeka supervizija postaje dio procesa obrazovanja stručnjaka. Ono što je najznačajnije obilježilo razvoj supervizije u ovoj fazi je uticaj Freuda i psihoanalize. Veliki doprinos širenju psihoanalitičkih spoznaja i integraciji psihoanalize i tada postojećih modela rada sa ljudima, među ostalima, dao je Otto Rank (Pantić, 2004). U praksu socijalnog rada i supervizije uvedena je koncepcija istraživanja lične dinamike, čime se postiže bolje razumijevanje procesa koji se dešava između profesionalca i klijenta. U sljedećoj fazi razvoja

supervizije (treća faza-sociologizacija supervizije) u SAD-u dolazi do teorijske diferencijacije u shvatanju supervizije. Jednim dijelom je i dalje pod uticajima psihoanalize (koja je kroz vrijeme doživjela kritike i odbacivanje) a drugi dio se razvija u sociološko-funkcionalističkom usmjerenju. U ovoj fazi razvoja centralna pitanja su proces učenja, socijalna uloga, socijalni status, interakcije u grupi i radnoj organizaciji, koja ostaju trajno u okviru supervizije. Četvrta faza razvoja - je nazvana fazom diferencijacije i specijalizacije jer je u ovoj fazi najvažnija koncepcija kliničke supervizije, povezana sa diferencijacijom između upravljačke (organizacijske) i autonomije prakse (klinička/profesionalna/konsultativna supervizija), uključuje metode rada na slučajevima, grupni rad, te rad u zajednici u specijaliziranim modelima

Danas se često navodi da je "socijalni rad psihosocijalni rad" ako pod pojmom psihosocijalni podrazumijevamo područje ljudskog iskustva koje je stvoreno u međuodnosu psiholoških obilježja pojedinca i njegovog socijalnog okruženja (Howe, 2002.). Psihosocijalni rad podrazumijeva istovremeno interes za pojedinca i obilježja njegovog socijalnog okruženja.

Psihosocijalni aspekti su posebno značajni za socijalni rad kada postoje problemi među ljudima ili grupama (partnerima, djecom, vršnjacima, stručnjacima). U ovom odnosu supervizija ima značajno mjesto. Kao što je cilj psihosocijalnog rada ojačati pojedinca i unaprijediti njegove resurse, tako je i cilj supervizije ojačati stručnjaka i unaprijediti njegovu profesionalnost u susretu sa korisnicima/klijentima. Supervizor radi sa supervizantom a ne za njega.

Postoje više modela supervizije što ponekad bude zbunjujuće. Uglavnom se mogu grupisati prema kriterijima na: (1) terapijsko-tretmansku teorijsku koncepciju i (2) funkcije i ciljeve procesa supervizije (Bernard i Goodyear, 1998). S obzirom na prirodu psihosocijalnog rada zanimljivija je podjela modela supervizije u pravcu funkcije i ciljeva.

U psihosocijalnom radu danas se koristi: supervizija u edukaciji, razvojno-integrativna supervizija, organizacijska supervizija i konsultacije.

1.2.1. Organizacijska supervizija

Cilj joj je pomoć organizaciji i profesionalcu da ostvari svoje stručne zadaće djelotvorno i kvalitetno u radu sa klijentima/korisnicima. Fokus rada je na sadržaju rada s korisnicima/klijentima, organizaciji rada te radnim vrijednostima organizacije.

1.2.2. Razvojno-integrativna supervizija

Ovaj oblik supervizije usmjeren je na proces u kojem se razvija stručnjak kao "instrument" psihosocijalnog rada, odnosno onaj koji teži boljem razumijevanju: odnosa među ljudima, uzroka nastanka problema, faktora koji otežavaju razvoj i klijenta i stručnjaka. U fokusu supervizije je stručnjak koji reflektira o svom profesionalnom iskustvu.

1.2.3. Supervizija u edukaciji

U okviru ove supervizije cilj je ovladavanje određenim metodama, vještinama i terapijskim pristupima. U fokusu joj je primjena metoda i teorija vezanih uz edukaciju te profesionalni razvoj.

1.2.4. Konsultacije

U konsultacijama cilj je razmjena mišljenja i znanja, te pojašnjavanje nekog konkretnog područja rada ili slučaja, sa fokusom rješavanja problema.

1.3. Psihoterapijska supervizija

Uopšteno govoreći to je proces učenja u kojem psihoterapeut saraduje sa iskusnijim kolegom u cilju poboljšanja sopstvene prakse. Supervizija je disciplina sama po sebi i obuhvata određene vještine nastale kroz istraživanje koje je blisko povezano sa kliničkim radom i koje je zasnovano na supervizijskoj praksi.

Svrha i ciljevi psihoterapije su da se razumiju, promjene, razriješe ili ublaže razlozi klijentove patnje i da mu se pomogne da razvije samospoznaju i doživljaj sebe u širem životnom kontekstu.

Uloga supervizora jeste da stimuliše integraciju supervizantovog ličnog razvoja, znanja i stručnosti kroz proces procjenjivanja interakcije između njega i klijenta. Tada supervizantova dobrobit i razvoj postaju isto važni kao i klijentovi s obzirom da će veća stručnost supervizanta povoljno uticati na klijenta. Supervizija uključuje specifične ciljeve učenja za supervizanta, a kao prvi cilj je unapređenje dobrobiti o kojem se psihoterapeut brine, što se postiže pažljivim razmišljanjem i kritičkim istraživanjem terapijskog odnosa između psihoterapeuta i klijenta.

1.3.1. Tipovi supervizije

Prema Gilbert, M. i Evans, K.(2008) postoje razni tipove supervizije. Jedna od podjela je:

- Orijehtisana na slučaj – terapeut i klijent diskutuju o slučaju koji je „izvan“.
- Pristup centriranja na terapeuta – fokus je na ponašanju, osjećanjima i procesima terapeuta.
- Interaktivni pristup – usmjerava se na interakciju u terapijskom odnosu i na interakciju u supervizijskom odnosu.

1.3.2. Supervizijski stilovi

Supervizijski stilovi se mogu ugrubo podijeliti na dvije kategorije:

- Supervizija koja ima tendenciju ka terapijskom sistemu na način da supervizor i supervizant skupa daju refleksije na zabilješke, snimke i sl. određene terapijske sesije. Ovdje postoje tri modaliteta: refleksija na sadržaj terapijske sesije; istraživanje strategija i intervencija koje koristi terapeut/supervizant; te istraživanje terapijskog procesa i odnosa.
- Supervizija koja ima tendenciju ka terapijskom sistemu kroz uočavanje kako se taj sistem odražava na iskustvo sada i ovdje u supervizijskom procesu. I ovdje postoje tri modaliteta: fokus na terapeutov kontratransfer; fokus na paralelni proces i fokus na supervizorov kontratransfer.

1.3.3. Funkcija supervizije

Hawkins i Smith (2006) razvijaju novi model koji objašnjava tri glavne funkcije supervizije u psihoterapiji:

Razvojna – razvoj vještina, razumijevanja i kapaciteta supervizanta. To se radi kroz refleksiju na istraživanje supervizantovog rada sa klijentima. Pomaže mu se da bolje razumije klijenta, da osvijesti svoje reakcije i odgovore klijentu, da razumije dinamike odnosa između njega i klijenta, da razumije svoje intervencije i posljedice istih, istraži druge načine rada sa ovakvim ili sličnim situacijama klijenata.

Oснаživanje resursa supervizanta da obuhvataju emocije klijenta, odnosno povećavanje svjesnosti supervizanta o tome kako emocije klijenta utiču na njega i kako da ih obuhvati.

Kvalitativna funkcija obezbjeđuje kontrolu kvaliteta u radu sa ljudima. To ne obuhvata samo pitanje da li smo dovoljno obučeni i iskusni da radimo posao već i odgovornost kako naše ranjivosti, pogreške, nedostaci mogu da se etički uklupe u posao koji radimo.

1.3.4. Oblici supervizije

Dijadna supervizija (supervizija u paru) podrazumijeva da supervizor i supervizirani sarađuju u uslovima ponavljajućih seansi (najmanje 1 x 14 dana) tokom nekog vremena, kako bi ostvarili proces koji dovodi do atmosfere povjerenja, odnosno od početnog učenja do prelaska na analizu emocionalne pozadine neke profesionalne interakcije.

Grupna supervizija odvija se u manjim grupama. Grupa je po mogućnosti sastavljena tako da se članovi ne susreću kao kolege u istoj instituciji. Supervizor dolazi izvan institucije. Prednost grupne supervizije je u tome što svaki član dobiva zrcalne poruke od drugih supervizanata u grupi (a ne samo od autoriteta supervizora), prepoznaje kako komunicira horizontalno i vertikalno, te prepoznaje sebe u dinamičari saradnje sa drugima.

Supervizija grupe (tima) potpuno je drugačija od supervizije u grupi. Ovdje se više ne analizira posredno materijal iz profesionalnog odnosa pojedinog supervizanta s klijentom, već se analizira funkcionisanje cijelog tima u akciji. Pojedinač ima manju važnost od djelovanja cijele grupe, odnosno važan je s obzirom na to je li njegov doprinos radu tima podržavajući, otkrivajući, destruktivan, zaštitnički. Važni aspekti su: stepen koherentnosti (povezanosti, pripadnosti), stepen integracije saradnje i takmičenja u timu kao cjelini, unutrašnja struktura tima, stepen diferencijacije i funkcionalnosti uloga, komunikacijski stil u timu, komunikacija tima prema vani itd.

Intervizijom nazivamo uzajamnu superviziju iskusnih kolega u manjoj grupi.

1.3.5. Integrativni relacioni model

Ovaj model podrazumijeva pristup superviziji kroz fokusiranje na dinamiku odnosa u psihoterapiji, zasnovan je na uzajamnosti odnosa. Zasniva se na intersubjektivnoj teoriji i perspektivi (interakcijsko polje 2 osobe), razvojnom istraživanju i dijaloškoj psihoterapiji (JA-TI odnos, JA-TO odnos). Temelji se na konstruktivizmu (konstrukcija, dekonstrukcija i rekonstrukcija osjećanja kroz sadašnjost), fenomenologiji (subjektivni doživljaji bez analiza) i teoriji polja. Ciljevi integrativnog relacionog modela su: razvoj procesa inkluzije i održavanja meta-perspektive. Ovo psihoterapeutu i klijentu omogućava da na obuhvatan način posmatraju interakciono polje (Gilbert i Evans, 2008). U okviru supervizijskog saveza supervizor i supervizant stupaju u proces međusobnog pregovaranja o značenju, tako da supervizant može steći uvid i svjesnost u svoj klinički rad, što posljedično olakšava njegov rad sa klijentom.

Gilbert i Evans (2008) navode da supervizija obuhvata sljedeće:

- dijagnozu i planiranje tretmana, odnosno odgovor na pitanja šta je problem i kakvo je moje mišljenje vezano za situaciju;
- strategije i tehnike za intervencije – šta ću da radim vezano za to?;
- transfer, kontratransfer i paralelni proces – koja se lična pitanja mogu dobiti u terapiji;

- teorija - koje informacije nedostaju;
- etika i profesionalna praksa – šta bi se trebalo desiti?

1.3.5.1. Faze supervizije

Početna faza supervizije počinje s dogovorom za superviziju između supervizora i supervizanta. To uključuje dogovor o dinamici susreta i rada u seansi, pripreme supervizijskog pitanja, etička načela i pravila. Prvi dio pripada upoznavanju. U početnoj fazi supervizant često idealizira supervizora, od njega očekuje zaštitu, čarobna rješenja, pokušava se sjediniti s njim, a istovremeno se boji njegove moći i autoriteta. Supervizant često doživljava nesigurnost, stid, osjećaj nemoći, nudi lažnu sliku, marljivost i poslušnost ili, pak, nastupa opozicijski.

U srednjoj fazi odnos supervizora i superviziranog postaje realističan, kooperativan i kolegijalniji. Supervizor prihvata supervizanta, a supervizant bolje prihvata samoga sebe, dobiva na samopouzdanju te napušta nerealna očekivanja. Postaje neovisniji. Materijal koji donosi na superviziju, supervizant više ne "frizira" i adekvatniji je stvarnoj psihoterapijskoj dinamici. U ovoj fazi supervizant postaje sposoban integritati različite modele i paradigme, tj. kompatibilne elemente u svoj osnovni pristup.

U završnoj fazi supervizant gradi svoj specifičan stil rada, odabira sebi najbližu paradigmu i pristup u koji je integrisao elemente drugih pristupa, te jasnije vidi profesionalnu sliku o sebi. Oblikuje svoju profesionalnu autonomiju, što ne znači da je sam sebi dovoljan, već da postaje ravnopravan sagovornik ostalim stručnjacima. Stoji iza svojih odluka u profesionalnom radu. Počinje sažimati proces supervizije, osvrtni se za dodatnim, drugim mogućnostima, zamjenjivati supervizorovo posmatranje samoposmatranjem. Pokreće se završni proces i proces razdvajanja. Završna faza uključuje i separaciju, stoga supervizant može doživjeti osjećaje potištenosti, a ponekad čak i sve veće neslaganje sa supervizorom, ljutnju prema njemu te tako lakše odlazi. Završna faza uključuje planove za drugačije i dodatne oblike supervizije. Supervizor se u ovoj fazi postupno povlači iz uloge supervizora: u grupi, njegovu ulogu naizmjenično preuzimaju drugi članovi, a u paru supervizor, postaje više konsultant.

1.3.6. Supervizor – potrebne kvalitete

Gilbert i Evans (2000) navode listu kvaliteta koje trebaju supervizori:

- Fleksibilnost između korištenja teorijskih koncepata i različitih intervencija i metoda.
- Prepoznavanje jedne situacije iz više perspektiva.
- Kreiranje radne mape za disciplinu koju superviziraju.
- Sposobnost da radi u različitim kulturama.
- Sposobnost da nosi i obuhvata anksioznost, kako svoju, tako i od supervizanta.
- Otvorenost da uči od supervizanta i iz novih situacija koje se pojave.
- Osjetljivost za pitanja iz šireg konteksta koja utiču kako na klijentov rad, tako i na supervizijski proces.
- Humor, ljudskost i strpljenje.

Nova vještina koja se traži od supervizora je takozvana. „mogućnost za helikoptersko posmatranje“. To je mogućnost da se fokus pomjera između:

- Klijenta kojeg supervizant donosi;
- Supervizanta i njegovih procesa;
- Sopstvenih procesa i „ovdje i sada“ odnosa sa supervizantom;
- Klijenta u njegovom širem kontekstu i da pomogne supervizantu da to postigne;
- Šireg konteksta organizacije i međuorganizacijskih pitanja.

1.4. Etika u superviziji

Etika je filozofska disciplina o idealima dobrog ophođenja, vrednovanju onog što radimo, te procesu donošenja moralnih odluka o pojedincima i njihovim interakcijama u društvu. Etika je skup načela i pravila prema kojima se ponašanje procjenjuje kao dobro ili loše (Kurpius i sur., 1991). Uključuje odgovornost za drugo ljudsko biće (Agelii i sur., 2000) i promišljanje o dva aspekta odnosa: postupanju (kako bi se nešto trebalo ispravno učiniti) i posljedicama (što bi trebalo spriječiti: umanjivanje dobrobiti, ugrožavanje dostojanstva, negativne osjećaje, kršenje prava, štetu) (Hvala, 2003). Budući da se u socijalnom kontekstu ne mogu uvijek postići idealni odnosi, etiku treba posmatrati kao okvir unutar kojeg se odvija željena dobra praksa te ustrajno traganje za pojedinačnim pravilom koje će za konkretnu situaciju ponuditi najbolje moguće rješenje (Bauman, 2004). Cilj etike u superviziji je stvoriti upotrebljiv vrijednosni okvir koji će supervizoru olakšati ophođenje i promociju dobrobiti supervizanta. Pravila, koja uključuju etička prava, načela i standarde, služe kao trajan i pouzdan putokaz za izbor poželjnog postupanja i ophođenja u raznolikosti i neizvjesnosti profesionalnog odnosa.

Etička prava su: poštovanje dostojanstva, jedinstvenosti i autonomija osobe.

Etička načela su: individualni pristup, samoodređenje, ravnopravnost, povjerljivost, neštetnost, dobrobit, lojalnost i pravednost.

Etički standardi su: dvostruki odnos, kompetencija, informirani pristanak, privatnost, povjerenje i sigurnost (Cicak, 2008).

2. Primjer iz prakse

U ovom mini prikazu predstaviti ćemo primjer grupne supervizije. Grupu čine profesionalci različitih profesija (psiholozi, socijalni radnici, pedagozi, odgajatelji, psihoterapeuti).

Na početnoj superviziji uspostavljen je supervizijski dogovor o poštivanju etičkih principa i dinamici rada, te da će ovo biti razvojno - integrativna supervizija, gdje smo radili na jačanju kompetencija stručnjaka. U uvodnom raundu su istražene potrebe supervizanata za ovaj susret. Na osnovu njihovih pitanja i potreba kreirali smo zajedno dinamiku i cilj supervizijskog susreta. Iako je supervizijski odnos, odnos "jednakih" pun poštovanja i uvažavanja, ipak je odgovornost supervizora da prati i kreira dinamiku tako da svaki član supervizijske grupe dobije dovoljno prostora i vremena da se izrazi, da napravi uvid kroz istraživanje i doživi razvoj profesionalnog selfa.

U ovom prikazu biće izdvojen rad sa jednom od supervizantica iz grupe. Supervizantica supervizira rad sa desetogodišnjim dječakom. Dječak ima dijagnozu dijabetesa. Supervizantica radi i sa dječakom i sa

porodicom. Roditelji odbijaju djetetu dati preporučenu farmakološku terapiju za dijabetes. Navode da se plaše da bi inzulin kao terapija mogao štetiti njegovom zdravlju i razvoju. Bolest drže pod "kontrolom". Dijabetes "kontroliraju" posebnim režimom ishrane i fizičke aktivnosti. Dječak jede isključivo hranu pripremljenu kod kuće. Majka tu hranu donosi na školskim odmorima sprečavajući ga pri tome da uzme hranu od druge djece (čips, bombone i slično) i pri tome ometa njegovu socijalnu komunikaciju sa vršnjacima. Roditelji zajednički učestvuju u održavanju navedenog režima odnosa. Otac svakodnevno sa dječakom provodi vrijeme u fizičkim aktivnostima u svrhu balansiranja nivoa šećera u krvi.

Supervizantica, nakon iznošenja navedene anamneze postavlja pitanje: "Kako i na koji način nastaviti podržavati roditelje, jer primjećujem njihovu iscrpljenost?" Ovako postavljeno pitanje može izazvati kontratransfernu reakciju. Svako supervizijsko pitanje može izazvati određene svjesne i nesvjesne reakcije i kod članova grupe i kod supervizora. Uloga supervizora je da prepozna vlastite reakcije i da djeluje iz tog mjesta. Ako supervizor prepozna svoj kontratransfer može djelovati u dva pravca: upotrijebiti ga kao oruđe, intervenciju, za razrješenje supervizantičnog neprepoznatog procesa ili ne uraditi ništa držeći svoj kontratransfer pod kontrolom. U slučaju neprepoznavanja kontratransfera od strane supervizora proces u grupi može krenuti u pravcu zastoja i ulaska u zamke paralelnog procesa i disfunkcionalnih kontratransfernih reakcija. Supervizorica postavlja hipotezu da supervizantica u okviru svojih nesvjesnih procesa ima nerazriješen unutarnji konflikt sa slikom autoriteta. Na osnovu ove hipoteze supervizanticu je upitana - kako bi se osjećala da propituje odluke roditelja o navedenom režimu podrške djetetu. Supervizantica ne propituje odluke roditelja nego nastoji da zadovolji iste, što je u skladu sa njenim supervizijskim pitanjem: "Kako da osnažim roditelje da nastave putem koji su izabrali, jer primjećujem da su se umorili, a i ja sa njima?" Na dodatno pitanje supervizora, šta nju lično najviše umara, supervizantica navodi: "Traženje nove literature za liječenje dijabetesa alternativnim načinom". Svakim novim pitanjem supervizantica potvrđuje hipotezu o njenim nesvjesnim procesima u poslušnosti roditeljima. U superviziji je od izuzetne važnosti da supervizor svojim intervencijama ne probudi stid supervizanta. Odgovornost supervizora je da podrži razvoj profesionalnog selfa stručnjaka, ali i da ima u vidu najbolji interes klijenta sa kojim supervizant radi.

Specifični zadatak supervizora je da iz metapozicije promatra procese supervizanta, njegovog klijenta, ali i vlastite procese koji se dešavaju tokom supervizije. Supervizorica poziva članove grupe da daju svoj feedback.

Članovi grupe dijele svoje kontratransferne reakcije, najviše ljutnju i bespomoćnost i sada "grupa radi" za supervizanticu. Povlačenje supervizorice sa mjesta autoriteta omogućava supervizantici podršku "vršnjaka" a ne "roditelja". Članovi grupe iznose svoju zabrinutost zbog zdravstvenog zanemarivanja djeteta. Supervizantica se sa iznenađenjem susreće sa prirodom djelovanja roditelja. Do sada nije imala dojam niti uvid u činjenicu da roditelji krše postojeći zdravstveni protokol o liječenju svoga sina. Imala je potrebu da podrži zabrinute roditelje, ali nije shvatila da tom podrškom učestvuje u zdravstvenom ugrožavanju djeteta i kršenju zakona. Tek kada je dobila feedback od grupe postala je svjesna da terapiju u kojoj je ona terapeut zapravo vode roditelji, to je terapija bez terapeuta. Osjetila se nevidljivom i uvidjela da ne sjedi na mjestu terapeuta nego poslušnog djeteta. Ovaj uvid i obrat koji je doživjela očigledno je napravio prostor za širenje njene perspektive. Sa ovog mjesta postavila je novo značajno pitanje: "Kako da podržim sebe kao stručnjakinju da zadovoljim najbolji interes djeteta?"

Nakon ovog njenog pitanja supervizorica se uključila sa uputom o važnosti korištenja Konvencije o zaštiti prava djece. Navedena konvencija jasno određuje protokole koje je nužno slijediti kako bi se spriječilo ugrožavanje dobrobiti djeteta. Prema Konvenciji roditelji su dužni djetetu omogućiti adekvatan zdravstveni tretman. Supervizantica je doživjela olakšanje kada je shvatila da se u svojoj ulozi psihoterapeuta može i treba podržati znanjem o protokolima koji pružaju sigurnost i njoj i njenim klijentima. Tokom rada na ovoj temi i ostali članovi supervizijske grupe su izjavili kako su i sami doživjeli olakšanje uvođenjem teme o

protokolima kao zaštiti i sredstvu za držanje jasnih profesionalnih granica.

Ovako je supervizantica dobila podršku grupe da roditelje podsjeti na obavezne protokole i da ih ohrabri u traganju za najboljim sistemom liječenja njihovog djeteta. Da ih podrži u tome da mogu paralelno primjenjivati oba sistema liječenja i porodičnu dinamiku mogu dovesti u balans. Takođe, grupa ju je podsjetila na značaj podrške i prisustva u životu starijeg sina, za kojeg su osjetili da je zanemaren, da i njihov stariji sin treba aktivno prisustvo svojih roditelja.

Kompleksnost i zahtjevnost nekih slučajeva (na primjer, seksualno zlostavljanje, nasilje u porodici, buling, visokokonfliktni razvodi..) dovode do profesionalnog sagorijevanja. Supervizija je jedan od načina zaštite mentalnog zdravlja stručnjaka. Nekada profesionalci nisu u mogućnosti imati 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) *77ie Teaching and Learning of Psychotherapy*. NewYork: International Universities Press.
11. Harries, M. (1987). Discussion Paper on Social Work Supervision. Australian association of Social Workes.
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.) *Sotial work: Themes, issues and critical debats*. 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 Educatin and Supervision*, 31 (1).
19. Pantić, Z. (2004). Povjesni pregled razvoja supervizije. U: Ajduković, M., Cajvert, L (2004). Supervizija u psihosocijalnom radu. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 40-57.

Kratki rječnik pojmova

Afektivna vezanost - noseći termin u teoriji afektivne vezanosti. Autor pojma je osnivač teorije Džon Bolbi. Uvođenjem ovog termina želeo je da suštinski promeni dotadašnje (psihanalitičko) shvatanje odnosa između majke i deteta. Psihoanaliza je ovaj odnos označavala emocionalnom zavisnošću, a Bolbi je tvrdio da se radi o kvalitetu uzajamne vezanosti. Afektivna vezanost je specifičan asimetričan odnos koji se u najranijem detinjstvu uspostavlja između figure koja se bavi detetom i deteta, te u formi unutrašnjeg radnog modela sebe i drugih perzistira kroz odrastanje oblikujući sve značajne relacije sa drugima, ali i ličnost osobe.

Faze razvoja - određena vremenska razdoblja u životu djeteta tijekom kojih dijete ima neke specifične potrebe i zahtjeve i u kojem razdoblju dijete formira neke specifične osobine, kao posljedica interakcije s okolinom. Faze razvoja slijede određeni tijek koji je ustaljen i istovjetan u sve djece.

Identitet - doživljaj vlastitog ja, slika koju pojedinac ima o samom sebi i kontinuiranom postojanju vlastite ličnosti, čije se bitne karakteristike ne mijenjaju s obzirom na vrijeme, mjesto ili situaciju u kojoj se nalazi.

Interdisciplinarne kompetencije – instrumentalni skupovi ponašanja u uspješnom suočavanju s interdisciplinarnim nastojanjima.

Interdisciplinarnost – poseban oblik funkcionalne raznolikosti definiran visokim stupnjem integracije različitih stručnih perspektiva.

Kriza - psihičko stanje uzrokovano događajem u kojem uobičajeni mehanizmi suočavanja sa problemima nisu više efikasni; označava specifičnu psihološku reakciju na situaciju u kojoj je došlo do promjene jednog ili više aspekata materijalne ili sociokulturne realnosti pojedinca ili promjene njega samog.

Krizno stanje – stanje koje narušava individualnu ravnotežu osobe u mjeri da ju ona ne može uspostaviti za uobičajeno vrijeme.

Mentalizacija - sposobnost stvaranja i korišćenja mentalnih reprezentacija sopstvenih i emotivnih stanja drugih ljudi, što olakšava snalaženje u međuljudskim odnosima. Bez nje bismo bili kompletno izgubljeni u svetu determinisanom složenim i konstantno promjenjivim međuljudskim odnosima, koji zahtevaju visok nivo saradnje i razumevanja.

Mentalno zdravlje - stanje dobrobiti, u kojem pojedinac

ostvaruje svoje potencijale, postaje svjestan njegovih ili njenih sposobnosti, nosi se sa normalnim stresom u životu, u stanju je da radi produktivno, te je sposoban da ostvari lični doprinos za svoju zajednicu.

Multidisciplinarnost – znanstveni pristup u kojem dolazi do sučeljavanja različitih disciplina među kojima postoje neke jasno uočljive veze.

Porodica - osnovna ćelija-zajednica društva koja ima reproduktivnu, odgojnu, egzistencijalnu i zaštitnu ulogu. Svi članovi u njoj trebaju ostvarivati svoja temeljna prava.

Prevenција problema sa mentalnim zdravljem – aktivnosti usmjerene na smanjivanje rizičnih faktora i specifične poremećaje, a cilj joj je smanjiti učestalost, rasprostranjenost i ozbiljnost određenih problema.

Privrženost - trajna emocionalna veza uz specifičnu osobu.

Promocija mentalnog zdravlja - podrazumijeva stvaranje individualnih, društvenih i okolinskih uslova koji su osnažujući i koji omogućavaju optimalno zdravlje i razvoj.

Psihosocijalni rad - podrazumijeva istovremeno interes za pojedinca i obilježja njegovog socijalnog okruženja. Danas se poistovjećuje socijalni rad sa psihosocijalnim radom.

Resursi - kapaciteti i mogućnosti pojedinca, porodice i zajednice.

Rezilijentnost - dinamički proces pozitivne adaptacije u kontekstu značajne nedaće. Iako postoje razne definicije, kao i teorije rezilijentnosti, neophodno je da postoje dva uslova da bi o njoj mogli da govorimo i to: 1) izloženost pretnji ili ozbiljnoj nedaći; 2) postizanje pozitivne adaptacije uprkos velikim napadima na razvojni proces.

Rodni identitet - subjektivni osjećaj, iskustvo i doživljaj pripadnosti muškarcima ili ženama. Doživljaj da osoba ima tipičan način razmišljanja, reagiranja i interesa kao i druge osobe istog roda. Rodni identitet ne mora nužno biti istovjetan spolu, premda najčešće jest.

Samoozljeđivanje - namjerno ozljeđivanje vlastitog tijela bez svjesne suicidalne nakane koje rezultira oštećenjem tkiva, bolešću ili rizikom od smrti.

Samopouzdanje - pojedinačna procjene vlastitih sposobnosti, potencijala za uspjeh i mišljenja o sebi u različitim područjima.

Seksualni identitet (seksualna orijentacija) - osjećaj romantične, erotske i seksualne privlačnosti prema osobama određenog spola. Seksualna se orijentacija definira kao homoseksualna, heteroseksualna, biseksualna ili aseksualna.

Self - refleksija ukupne evaluacije ili vlastite procjene sebe u odnosu na vanjski svijet.

Stres - složena psihološka i fiziološka reakcija organizma na stresor.

Stresor - svaki događaj ili situacija koja zahtijeva adaptaciju.

Supervizija - refleksija, reprocisiranje toka profesionalnog rada, usmjerena na stručnjakov unos u profesionalni odnos s klijentom i njegovo razumijevanje procesa.

Supervizor - iskusan stručnjak koji je svoj profesionalni identitet uspio nadograditi psihoterapijskim znanjima, integrirajući ta znanja u okviru edukacije iz supervizije.

Trauma - izravno sudjelovanje, svjedočenje ili suočenost s događajem koji uključuje prijetnju osobnom integritetu ili tuđem tjelesnom integritetu.

Trauma ili traumatska reakcija obuhvata sklop osećanja, misli i postupaka za vreme trajanja zastrašujućeg događaja ili neposredno nakon njega. Neposredna je reakcija na traumatske događaje. Reč je o događajima koji ometaju uobičajen osećaj kontrole koji pojedinac ima nad životom, osećaj povezanosti sa drugima i značenja koja pridaje svetu oko sebe.

Žalovanje je proces koji prirodno slijedi nakon gubitka. Gubitak je univerzalan fenomen, pripada kategoriji očekivanih ljudskih iskustava. Psihološke reakcije na gubitak su individualne.

MITIGATING THE IMPACT OF COVID-19 ON CHILDREN AND FAMILIES

IN THE WESTERN BALKANS AND TURKEY

 **unicef**
for every child



Funded by
the European Union



**Interdisciplinarna mreža
stručnjaka "Ovdje & Sada"**



ISBN 978-9926-8300-4-5

CIP zapis dostupan u COBISS sistemu Nacionalne i univerzitetske biblioteke BiH pod
ID brojem 52007174

Izrada i izdavanje ove publikacije realizuje se u okviru UNICEF-ovog projekta
"Interdisciplinarna mreža stručnjaka "Ovdje&Sada" uz podršku EU.

Primjeri prezentirani u priručniku temelje se na stvarnim iskustvima osoba. Lične informacije su izmjenjene
kako bi se zaštitila njihova privatnost. Sadržaj, stavovi i mišljenja iznesena u ovoj publikaciji
isključivo je odgovornost autora i ne odražavaju mišljenje i stavove UNICEF-a BiH i EU.

Ova publikacija izrađena je uz finansijsku podršku UNICEF-a i EU

Projekat je realizovan uz suglasnost nadležnih ministarstava