Vesna Gavrilov-Jerković
Kliničko-psihološki praktikum
– procedura i konteksti kliničke procene –

Recenzent
Prof. dr Mikloš Biro

Izdavač
Futura publikacije
Novi Sad

Za izdavača
Relja Dražić

Korektor
Rastko Gajić

Grafičko uređenje i računarski slog
Rastko Gajić

Tiraž
300

Štampa
Futura publikacije, Novi Sad

ISBN
978-86-7188-108-1

Nisu dopušteni fotokopiranje i snimanje, kao ni drugi vidovi zapisa ovog udžbenika, odnosno njegovih pojedinih delova bez prethodne pisane saglasnosti autora.

Vesna Gavrilov-Jerković

KLINIČKO-PSIHOLOŠKI PRAKTIKUM

– PROCEDURA I KONTEKSTI KLINIČKE PROCENE –

Saradnici:
Veljko Jovanović, Snežana Tovilović, Sandra Janić, Ksenija Kolundžija,
Danijela Budiša, Tijana Pavlović, Olja Đukić, Sandra Čačić,
Ljiljana Vojnović, Biljana Vukelić

Novi Sad, 2008.

SADRŽAJ

PREDGOVOR 9

UVODNA REČ 13

I POGLAVLJE
DEFINICIJA I RAZVOJ POJMA KLINIČKE PROCENE 17

1. ULOGA KLINIČKE PROCENE U PROMOCIJI I RAZVOJU KLINIČKE PSIHOLOGIJE 19
   1.1. Nastajanje discipline – rađanje identiteta psihodijagnostičara 19
   1.2. Popularizacija mentalnog testiranja 21
   1.3. Kritike kliničke procene/opadanje popularnosti kliničke procene..... 22
   1.4. Sadašnje stanje kliničke procene u okviru kliničke psihologije..... 25

2. ŠTA JE KLINIČKA PROCENA? 28

3. TERMINOLOŠKO RAZGRANIČENJE 30

II POGLAVLJE
FAZE PROCESA KLINIČKE PROCENE 33

4. GENERALNA ŠEMA PROCEDURE KLINIČKE PROCENE 35

5. PRVA FAZA: UPOZNAVANJE I POČETNA INTERPRETACIJA 37
   5.1. Ko šalje klijenta?..... 38
   5.2. Zašto naručilac šalje klijenta?..... 38
   5.3. Koja je priroda klijentovog problema? 41

6. DRUGA FAZA: PLANIRANJE KLINIČKE PROCENE..... 43
   6.1. Šta pratiti i u kom opsegu? 44
   6.2. Kojim sredstvima će podaci biti prikupljeni?..... 46
      6.2.1. Standardne tehnike procene..... 46
      6.2.2. Kriterijumi za selekciju tehnika..... 49

7. TREĆA FAZA: PRIKUPLJANJE PODATAKA 56
   7.1. Tok prikupljanja podataka 56
   7.2. Osnovne oblasti posmatranja..... 60

8. OBRADA, INTEGRACIJA I INTERPRETACIJA PODATAKA..... 68
   8.1. Osnovne procedure kliničkog suđenja 69
      8.1.1. Selekcija podataka..... 69

8.1.2. Integracija podataka 73
8.1.3. Interpretacija podataka 79

9. PISANJE IZVEŠTAJA 83
9.1. Osnovna struktura nalaza i mišljenja psihologa 84
9.2. Osnovni zahtevi i preporuke u vezi pisanja nalaza i mišljenja psihologa 87

III POGLAVLJE
FAKTORI KOJI UTIČU NA ODLUKE KLINIČARA 89

10. CILJ I SVRHA ISPITIVANJA 91

11. SADRŽAJ I FORMA KLIJENTOVOG PROBLEMA 94

12. KLINIČAREVO POZNAVANJE TEHNOLOGIJE KLINIČKE PROCENE 98

13. SPECIFIČNOSTI KLIJENTA 100

14. TEORIJSKO OPREDELJENJE KLINIČARA 103
14.1. Planiranje kliničke procene iz psihodinamske perspektive 105
14.2. Planiranje kliničke procene iz kognitivno-bihevioralne perspektive 108
14.3. Planiranje kliničke procene iz eklektičke ili integrativne perspektive 116

IV POGLAVLJE
KONTEKST KLINIČKE PROCENE 123

15. ŠTA ČINI KONTEKST KLINIČKE PROCENE? 125

16. KONTEKST MENTALNOG ZDRAVLJA 127
16.1. Tipične institucije i klijenti 127
16.2. Tipični zadaci psihologa 127
16.2.1. Dijagnostička klasifikacija 129
16.2.2. Dinamska dijagnoza 140
16.2.3. Procena preostale radne sposobnosti 149
16.2.4. Preporuke u vezi tretmana 154
16.3. Neophodna znanja 180
16.4. Specifičnost komunikacije 181

17. FORENZIČKI KONTEKST 183
17.1. Tipične institucije i klijenti 183
17.2. Tipični zadaci psihologa 184
17.2.1. Veštačenje procesne kompetentnosti 187
17.2.2. Veštačenje uračunljivosti 189
17.2.3. Veštačenje duševne zrelosti 190

17.2.4. Veštačenje ličnosti 193
17.2.5. Veštačenje traumatizovanosti 193
17.2.6. Veštačenje o dodeli starateljstva 194
17.2.7. Procena poslovne sposobnosti 203
17.3. Neophodna znanja 204
17.4. Specifičnosti komunikacije 206

18. ZDRAVSTVENI KONTEKST PROCENE 208
18.1. Tipične institucije i klijenti 208
18.2. Tipični zadaci psihologa 211
18.2.1. Klinička procena u svrhu pripreme pacijenta za neku intervenciju 212
18.2.2. Procena psihosocijalnih faktora koji interferiraju sa tokom tretmana 214
18.2.3. Klinička procena efekata bolesti i tretmana na kvalitet življenja pacijenta i njegove porodice 216
18.2.4. Klinička procena rizičnih navika i životnog stila 217
18.2.5. Klinička procena pacijentove spremnosti da menja nezdrave životne navike 219
18.2.6. Racional potrebe za kliničkom procenom u zdravstvenom kontekstu 221
18.3 Neophodna znanja 222
18.4. Specifičnost komunikacije 223

19. KONTEKST SOCIJALNE ZAŠTITE 225
19.1. Tipične institucije i klijenti 225
19.2. Tipični zadaci psihologa 228
19.3. Neophodna znanja 230
19.4. Specifičnost komunikacije 231

REFERENCE 233

PRILOG 243

PREDGOVOR

Zamislite da treba da napišete priručnik o zaljubljivanju, da naučite nekoga kako da se zaljubi, kako da navede drugog da se zaljubi u njega i šta treba da radi da bi ta zaljubljenost trajala. S jedne strane postoji mnogo različitih teorija o tome zašto se ljudi zaljubljuju i šta se dešava kada se zaljubimo. Međutim, te teorije su često veoma nepraktične i ne odnose se ni na koga od nas pojedinačno. One se odnose na ljude uopšteno! Čitajući ih saznaćemo mnogo o tome šta je ljubav, šta se dešava sa našim hormonalnim sistemom kada se zaljubimo ili o tome koja je svrha ljubavi u funkcionisanju pojedinca ili vrste. Ali ta saznanja nam neće mnogo pomoći da znamo kako da se ponašamo kada smo stvarno zaljubljeni pa da to bude na naše zadovoljstvo, niti će nas naučiti šta treba da radimo da bismo se zaljubili ili odljubili. Pri tome se ne radi o tome da su te teorije loše. Ne, radi se upravo o tome da se one odnose uopšteno na ljude, a ne na nas. Takođe, postoje brojna istraživanja koja su se bavila zaljubljivanjem, ljubavlju, relacijama, ako je jedan partner ovakav a drugi onakav, ako su mu roditelji ovakvi a naši onakvi, kakvi su onda mogući ishodi, da treba da imate ovakve ili onakve kukove ili ramena, da treba da budete bujna crnka ili zabavni intelektualac da biste povećali verovatnoću da budete atraktivni, i sl. Pa ipak, ako biste hteli da napišete neki priručnik o toj praksi zaljubljivanja ili o veštini zavođenja ili odbijanja, o koracima koje treba slediti, o stilu koji treba primeniti, o uslovima od kojih zavisi koju proceduru poštovati, što su poneki autori, psiholozi, pedagozi i ini i činili, to je nešto sasvim drugo. Jer je to teren na kome se čini kao da je svako svoj majstor i kao da one suptilne stvari koje su verovatno presudne za uspešnost zaljubljivanja ne mogu da uđu ni u jednu knjigu i uvek postoji opasnost da ili skliznete u banalnosti ili da ostanete na apstraktnom i univerzalnom nivou teorija.

Delimično slična, a ipak sasvim drugačija stvar je ako hoćete da napišete praktikum o upravljanju avionom. I ovde ste svesni toga da samo čitanje vašeg praktikuma neće nikoga načiniti uspešnim pilotom. Ništa od pilotiranja dok vaš učenik ne sedne u tu spravu. Trenažeri mogu pomoći, ali samo je pravi avion prava mera i pravi test. Ali ipak, ovde se radi o veštini koju je moguće pretočiti u niz koraka i procedura koje, ako se po-

štuju, značajno povećavaju verovatnoću da vaš čitalac ne sruši avion. I ta verovatnoća neće ni na koji način biti smanjena činjenicom da je vašem pilotu tog jutra kada je trebao da poleti izrasla bubuljica na sred nosa i sva ona fina strategija iz priručnika o zaljubljivanju ode u propast. Da li će se avion možda malo tresti, da li će vaš pilot možda malo grublje sleteti, to su sitnice koje će prevazići praksom.

Iako nema delatnosti koju čovek obavlja a koja na neki način nije zavisna od subjektivnog faktora ili od sklopa kontrolabilnih i nekontrolabilnih okolnosti, ipak se ljudske delatnosti razlikuju po tome u kojoj meri se mogu svesti na veštinu podložnu pravilima a u kojoj meri izmiču učenju kroz priručnike kao što možemo videti poredeći zaljubljivanje i pilotiranje.

E, pisanje praktikuma kako da nekog osposobite da postane uspešni klinički procenitelj se nalazi negde između priručnika o zaljubljivanju i priručnika o upravljanju avionom, ili još tačnije podrazumeva da svaki čas šetate sa jednog na drugi teren. Povremeno ste na terenu pisanja o zaljubljivanju, svesni da pišete o nečemu što je rečima neopisivo i što mnogo više zavisi od inteligencije, osećaja, senzibiliteta i nedefinisanog talenta psihologa da zapaža detalje, da bude otvoren za novo, da može da promeni ugao gledanja, da povremeno bude marsovac koji se čudi i koji uspeva da vidi ono što drugi ne vide, od stepena njegovog razumevanja i sposobnosti da komparira, apstrahuje, integriše psihološke modele i činjenice, od njegove intelektualne fleksibilnosti i tolerancije na različitost, na neizvesnost, na nelogičnost jer se podaci sa kojima radimo u procesu kliničke procene često čine upravo takvi: nejasni, nepovezani, iznenađujući, nelogični...Ponekad, opet, ćete biti na terenu pisanja o upravljanju avionom, usmereni na to da što detaljnije opišete korake i uslove pod kojima se neka procedura sprovodi i svesni da su tada, u tom slučaju, to veštine koje se mogu naučiti i sprovoditi nezavisno od ličnog talenta praktičara i koje će ga učiniti kompetentnijim na njegovu i dobrobit njegovih klijenata i saradnika.

Praktikum koji se nalazi pred vama prvenstveno je namenjen studentima psihologije na različitim nivoima studiranja, ali se nadamo da će i psiholozi praktičari naći nešto za sebe novo i korisno čime mogu da dopune svoju praksu. Po svojoj nameni i sadržaju on se nadovezuje na udžbenike iz kliničke psihologije i srodnih disciplina i predstavlja njihovu dopunu a ne zamenu jer se ne bavi teorijskim modelima procene kao procesa ili teorijskim modelima varijabli koje kliničar procenjuje. Ne bavi se ni prikazom tehnika i instrumenata za prikupljanje podataka jer je to oblast koja zahteva mnogo veći prostor, te smo odlučili da tu temu obradimo u posebnoj publikaciji. Ovaj praktikum je prvenstveno usmeren na tipična pitanja svakodnevne prakse psihologa, na proceduru sprovođenja procene i različite probleme vezane za tu proceduru i na empirijske podatke koji daju na-

učnu težinu opisanoj proceduri. To znači da je naše očekivanje da student ili drugi čitalac već dobro poznaje teorijske okvire i koncepte na kojima se zasniva klinička psihologija i metode kojima se služi. Neskrivena namena praktikuma je da bude štivo koje će studentima pomoći prvo, da što spremniji odu na kliničku praksu koja je obavezan deo njihove edukacije, odnosno, da imaju predstavu o tome šta ih tamo čeka, koje će zadatke verovatno sprovoditi i koje korake treba da preduzmu da bi taj zadatak ostvarili i drugo, da im bude štivo koje će konsultovati dok su na praksi. Njegova skrivena namena je da mu se vraćaju i posle, kada se zaposle i kada se nađu pred nekom profesionalnom dilemom.

Praktikum se sastoji od četiri veće celine i priloga. Prva celina se odnosi na definisanje istorijskih okvira u kojima je nastajala i razvijala se klinička procena kao profesionalna delatnost psihologa i kako je vremenom menjala svoje značenje i polje primene. Cilj ovog dela je da se prikaže da je u pitanju delatnost koja je zavisna od širih istorijskih prilika kao i da se predstavi kao aktivnost kojoj i dalje predstoje prilagođavanja i promene. Verujemo da je sposobnost da prepoznamo uslovljenost našeg znanja vremenom u kome živimo i zavisnost od kulturnog konteksta važna pretpostavka kvalitetnog rada jer nam omogućava da ne robujemo onom što je trenutno kao i da ga ne precenjujemo pogrešno misleći da se razvoj neke ideje ili koncepta završava sa nama i da smo mi dostigli odgovore. Ovaj deo obrađuje i pojam kliničke procene i komparira ga sa srodnim pojmovima koji se mogu sresti u obimnoj svetskoj literaturi posvećenoj psihološkoj proceni. U drugoj celini se opisuje procedura kliničke procene i koraci kroz koje se ona sprovodi od momenta kada se upoznamo sa klijentom i problemom u čijem rešavanju treba da asistiramo do momenta kada interpretiramo dobijene podatke i formulišemo ih u neku formu izveštaja. Pokušali smo da budemo istovremeno što konkretniji ali i fleksibilni ukazujući na to da su predloženi koraci jako pod uticajem brojnih okolnosti koje realno postoje u praksi psihologa i da je često mnogo važnije umeti sebi postaviti adekvatno pitanje nego se samo oslanjati na neka gotova uputstva. Treća celina je posvećena faktorima koji modifikuju proceduru sprovođenja procene. Obradili smo kako one faktore koji proizilaze iz specifičnosti problema koji treba da rešavamo, tako i faktore koji potiču od kliničara kao što je njegova kompetentnost i teorijsko opredeljenje iz kojeg koncipira svoju praksu. U poslednjoj, četvrtoj celini smo predstavili najčešće kontekste u kojima se sprovodi klinička procena i kako ti konteksti utiču na proceduru sprovođenje procene. Najveći prostor je dat zadacima koje psiholog sprovodi u kontekstu mentalnog zdravlja i to iz više razloga. Prvo, nastavni predmeti, za koje je ovaj praktikum pisan, se prvenstveno bave mentalnim zdravljem i zadacima koje psiholog ostvaruje u ovom kontekstu, dok se ostali konteksti procene izučavaju u okviru nekih dru-

gih kurseva. Drugo, zadaci koji su opisani u okviru konteksta mentalnog zdravlja su osnova svih ostalih procena i lako se mogu primeniti sa malim korekcijama u ostalim kontekstima. I treće, onaj deo procene koji je potpuno specifičan za neki drugi kontekst podrazumeva mnogo više specijalističkih znanja koja se ne mogu predstaviti u ovakvom jednom praktikumu. Zato su ostali konteksti procene predstavljeni do nivoa da psiholog početnik ima jasnu sliku o tome šta su njegovi zadaci ukoliko se zaposli u nekoj takvoj instituciji i da neke osnovne zadatke odmah može i da sprovede, da zna koje su to teme koje se razmatraju u takvom kontekstu i koje su specifičnosti i potrebe klijenata sa kojima će raditi, da zna osnovne principe i specifičnosti na kojima će graditi svoju praksu i da zna koje su to oblasti koje treba dodatno da usavršava da bi povećao svoju kompetentnost. Na kraju teksta, u prilogu, prikazan je jedan ceo studentski dosije, odnosno studija slučaja. Namera nam je bila da na ovaj način konkretno prikažemo sve opisane korake procedure kliničke procene.

Kroz veći deo teksta su provučeni primeri. Jedan broj primera potiče iz prakse autora, ali značajan deo potiče i iz prakse naših psihologa koji su bili spremni da svoje iskustvo podele sa čitaocima. U pitanju su psiholozi, vešti profesionalci sa višegodišnjim iskustvom u oblasti za koju su dali prilog. Deo primera je preuzet is studentskih dosijea jer oni u najvećoj meri ilustruju šta je ono što je potrebno uraditi u okviru ispunjavanja ispitnih obaveza. Uglavnom su takvi materijali vizuelno odvojeni i dati kao ilustracija teme o kojoj se govori dok su primeri autora najčešće sastavni deo teksta. Nekada su primeri dati u celini, ali su često dati u znatno skraćenoj i kondenzovanoj verziji sa isticanjem samo najbitnijeg. Ovom prilikom se zahvaljujemo svim kolegama i koleginicama na ukazanom poverenju, spremnosti i naporu koji su učinili da bi ovaj tekst učinili životnijim. Njihova imena su istaknuta uz svaki primer.

Da završim sa jednom ličnom notom. Namera mi je bila da napišem tekst kakav sam i sama priželjkivala dok sam bila student i dok sam pravila svoje prve korake u kliničkoj svakodnevici. Sada kada ga procitam, mislim da sam samo u nekim delovima to uspela i da je ostalo mnogo stvari koje zaslužuju veću pažnju. Ali, valjda je to tako sa pisanjem svakog praktikuma i svake knjige. Nije lako staviti tačku i reći to je to, jer što više izučavamo neku oblast, sve nam je jasnije koliko je još tema ostalo ne samo nezavršenih nego i nenačetih. U nadi da će biti uskoro obrađene u nekim novim izdanjima, sad ipak stavljamo tu tačku.

Vesna Gavrilov – Jerković

Sombor, Novembar, 2008.

UVODNA REČ

Zaposlili ste se kao psiholog na odeljenju ili u ambulanti psihijatrije. Šta možete da očekujete kao najčešće poslove? Na primer, da procenite da li je pacijentkinja koja je hospitalizovana pre mesec dana kao paranoidni sindrom spremna da bude otpuštena. Ili, da procenite da li je mladić koji je pronađen pre dva dana u haustoru jedne zgrade i koji ne uspostavlja kontakt sa osobljem, psihotičan ili mentalno usporen ili je nešto treće u pitanju. Ili ćete možda biti angažovani da uradite psihološku eksploraciju pacijentkinje koja u poslednjih mesec dana telesno deteriorira a bez potvrde o organskoj etiologiji. A možda će rukujući psihijatar očekivati da procenite koji tretman bi bio tretman izbora za opsesivnog pacijenta koji ne reaguje na medikamente. Vrlo verovatno je da ćete znatan deo vremena provoditi i procenjujući preostalu radnu sposobnost osoba koje se spremaju za invalidsku penziju. Takođe će se od vas očekivati da procenite koliki je suicidalni rizik kod osobe koja aktivno najavljuje takvu mogućnost. Ako ste ubedili svoje radno okruženje da posedujete i terapijska znanja i veštine, velika je verovatnoća da će znatan deo vašeg radnog vremena biti ispunjen procenom podobnosti pacijenata za individualni ili grupni tretman, procenom problematike vaših klijenata i pravljenjem plana tretmana kao i sprovođenjem psihološkog tretmana i povremenom ili još bolje, stalnom procenom njegove efikasnosti. Iskustvo nam govori i da što ste duže zaposleni kao psiholog na psihijatriji, to je veća verovatnoća da ćete povremeno biti pozivani od strane suda da veštačite, odnosno da procenjujete npr. uračunljivost vašeg klijenta u trenutku izvršenja nekog krivičnog dela ili da npr. svedočite o poslovnoj sposobnosti stare osobe koja po proceni porodice neadekvatno raspolaže svojom imovinom.

Nije baš velika verovatnoća, ali možda ste srećković pa ste se zaposlili na nekom odeljenju somatske medicine, kao što je hirurgija, ginekologija, dečije odeljenje ili odeljenje interne medicine. U tom slučaju ćete često biti angažovani da procenite spremnost pacijenta za učešće u nekoj dijagnostičkoj ili terapijskoj proceduri i da na osnovu te procene preduzmete korake da biste pomogli pacijentu da kvalitetno sarađuje sa medicinskim osobljem. A možda ćete se baviti i procenom zdravstvenog ponašanja

vaših pacijenata da biste im pomogli da uspostave zdravije navike. Često ćete se baviti i procenom podrške koju pacijent ima u članovima porodice ili ćete procenjivati kapacitete porodice da prihvati bolest ili gubitak svog člana. Biće i situacija da ćete sprovoditi kompletnu psihološku eksploraciju kada rukujući lekar proceni da postoji izvesno psihopatološki izmenjeno ponašanje pacijenta.

Možda ste se ipak zaposlili u osnovnoj školi. Vrlo verovatno ćete povremeno dobijati zadatak da procenite šta je razlog zaostajanja nekog deteta u savlađivanju školskih obaveza ili da procenite razloge porasta agresivnog ponašanja među učenicima sedmog razreda, ili da pomognete učitelju da napravi plan rada za hiperaktivnog prvaka.

Moguće je da ste „zaglavili" u centru za socijalni rad. Član ste nekog tima, bilo za smeštaj starih lica, bilo za smeštaj dece bez adekvatnog roditeljskog staranja ili za rad sa delikventima ili ste član savetovališta za brak i porodicu. Značajan deo vremena od vas će se očekivati da date ocenu nečije emocionalne, socijalne ili intelektualne zrelosti, da predvidite kvalitet nečije adaptacije u nekim novim životnim uslovima, da date preporuku rešenja za nekog klijenta uzimajući u obzir njegove psihološke specifičnosti, da svedočite o podobnosti različitih zakonskih sankcija za maloletna lica koja su načinila neki prekršaj. Ako spadate u one kreativne, onda ćete najverovatnije organizovati različite preventivne programe i pojedinačne akcije koje treba da povećaju senzibilitet javnosti za potrebe osoba sa kojima vi radite ili da stvore prostor za razvoj i delovanje onih faktora koji doprinose zdravom psihološkom razvoju. Da biste to mogli da sprovedete, između ostalog je potrebno da procenite o kojim potrebama vaše klijentele se radi ili koji način delovanja je najefikasniji.

Moguće je i da ste, daleko bilo, završili u zatvoru. Naravno, kao psiholog! Iako su vam uslovi za rad prilično drugačiji i nema baš mnogo od onoga što ste učili na fakultetu o pravu klijenta na privatnost, ipak u suštini opet radite sličnu stvar. Bavite se procenom verovatnoće da zatvorenik koji se povlači, nema prijatelja, često je zlostavljan od ostalih zatvorenika, izvrši suicid ili procenjujete da li možete imati poverenja u zatvorenika da neće zloupotrebiti priliku da za vikend ide kući ili se od vas očekuje da procenite da li se kod zatvorenika koji već treći dan ne jede razvija neki psihopatološki proces. A možda ćete biti angažovani da procenite okolnosti i dimenzije sukoba i nemogućnosti saradnje nekog vaspitača i zatvorenika i da učestvujete u procesu medijacije.

Možda vam se baš i ne sviđa ideja da se bavite kliničkom psihologijom nego je poslovna psihologija ono gde nameravate da se ostvarite. Ne zavaravajte se! I tu ćete biti viđeni kao neko ko je najkompetentniji da se bavi individualnom procenom i da kreira različita rešenja na osnovu te procene, npr. od vas će se očekivati da procenite koji kandidat će se najbolje

pokazati za koji posao, ili da procenite kako povećati motivaciju nekog zaposlenika da se više uključi u radni proces ili da procenite da li službenici, koja se u poslednje vreme po proceni kolega ekscentrično ponaša, treba neka psihološka pomoć ili da po zahtevu sindikata procenjujete da li je neko žrtva mobinga i sl.

Postoji još mnogo radnih mesta gde se kao psiholog možete zaposliti i još mnogo poslova koje možete vrlo kompetentno obavljati. Ali, šta je zajedničko za ove poslove koje smo upravo nabrojali? U svima njima, od vas se očekuje da pomognete bilo direktno klijentu, a još češće nekoj trećoj osobi, kao što je psihijatar, psihoterapeut, sudija, poslodavac, direktor škole, socijalni radnik i sl. da donese neku odluku u vezi klijenta. Da biste mogli da doprinesete donošenju odluke, od vas se očekuje da u što kraćem roku što detaljnije procenite klijenta i da na razumljiv način svoja saznanja prenesete tražiocu vaše procene. Znači, u svim navedenim poslovima od vas se očekuje da izvršite individualnu psihološku procenu i to specifično, da procenite kapacitete i moguće poteškoće osobe da se adaptira na neke uslove i neke zahteve u životu. Ovakva vrsta procene je poznata kao klinička procena i mada se najčešće i obavlja u kliničkim uslovima i nad kliničkom populacijom, važno je znati da će se njome baviti i psiholog koji nije prvenstveno kliničar. Neke studije pokazuju da čak 91% psihologa koji se bave nekim oblikom primenjene psihologije u svom svakodnevnom radu sprovodi neku vrstu psihološke, individualne procene (Watkins et al., 1995) i da na tu vrstu delatnosti u proseku troše od 10% do 25% svog radnog vremena (Camara et al., 2000; Watkins et al, 1995).

S obzirom na ovako veliku verovatnoću da će psiholog u svom svakodnevnom radu sprovoditi neku vrstu individualne procene svojih klijenata, smatrali smo da je više nego korisno da opišemo kako se ta procedura sprovodi i koje su joj specifičnosti u zavisnosti od toga u kojem kontekstu i za koje svrhe se sprovodi. Potpuno smo svesni činjenice da se veština sprovođenja struke ne može naučiti samo iz knjige i da je za sticanje konkretnih kompetencija nužno sa jedne strane iskustvo, a sa druge strane mnogo šire poznavanje i razumevanje psiholoških koncepata i činjenica od nekih procedura, i da se naša struka ni ne sme svesti na procedure. Ali, isto tako verujemo da niti samo iskustvo niti samo poznavanje psiholoških modela neće dati kompetentnog psihologa ako ne postoje neka, makar okvirna i makar fleksibilna uputstva o tome kako teorijsko znanje transponovati na rešavanje konkretnog slučaja. Bez tog mosta između prakse i teorije uvek postoji opasnost da funkcionišemo ili kao samo malo obrazovaniji laici sa diplomom koji se u radu sa klijentima više oslanjaju na savete koje su naučili od svoje mame nego na principe svoje matične nauke, jer ne znaju kako da ih primene u praksi, ili kao nepraktični teoretičari koji znaju svašta o raznim teorijama i konceptima i pretpostavkama na kojima su ti koncepti

konstruisani i provereni, ali ne znaju kakve to sad veze ima sa čovekom koji se nalazi ispred njih i koji očekuje neki konkretan odgovor na brojna pitanja koja ga muče.

Ideja da damo doprinos povezivanju psihologa teoretičara, psihologa istraživača i psihologa praktičara, pa makar u jednoj uskoj oblasti kakva je klinička procena, ali očigledno vrlo rasprostranjenoj, je ideja kojom ćemo se rukovoditi na stranicama koje slede.

I POGLAVLJE

DEFINICIJA I RAZVOJ POJMA KLINIČKE PROCENE

Sadržaj poglavlja:

- Uloga kliničke procene u promociji i razvoju kliničke psihologije
- Nastajanje discipline – rađanje identiteta psihodijagnostičara
- Popularizacija mentalnog testiranja
- Kritike kliničke procene
- Sadašnje stanje kliničke procene u okviru kliničke psihologije
- Šta je klinička procena?
- Terminološko razgraničenje

Ciljevi poglavlja:

- da student dobije informacije o toku razvoja kliničke procene, o spoljašnjim uslovima koji su uticali na takav razvoj i na to koje je današnje mesto kliničke procene u okviru savremene kliničke psihologije,
- da student prepozna šta čini kliničku procenu specifičnom vrstom procene i kako je ovakva procena povezana sa drugim vrstama psihološke procene.

1. ULOGA KLINIČKE PROCENE U PROMOCIJI I RAZVOJU KLINIČKE PSIHOLOGIJE

Razumevanje kliničke procene je neraskidivo vezano za razumevanje njene uloge u razvoju kliničke psihologije. Zato ćemo se na kratko osvrnuti kako je klinička procena ustanovljena, kako je tekao njen razvoj u okviru razvoja kliničke psihologije i koji su trendovi danas prisutni kada je u pitanju ova vrsta delatnosti kliničkih psihologa.

1.1. Nastajanje discipline – rađanje identiteta psihodijagnostičara

Postoji izvesno neslaganje različitih autora oko datuma i događaja koji bi mogli označiti nastanak kliničke psihologije kao posebne psihološke discipline, što govori o tome da je među ranim psiholozima polako i postepeno sazrevala svest o potrebi uspostavljanja nove oblasti i da su se izvesna znanja i shvatanja morala akumulirati. Najčešće se navodi ime Lightnera Witmera (Biro, 2003) kao začetnika kliničke psihologije, prvenstveno zbog njegove aktivnosti oko osnivanja prve psihološke klinike 1896. godine pri pensilvanijskom Univerzitetu i pokretanja prvog časopisa iz ove oblasti pod nazivom Psihološka klinika 1907. godine, gde prvi put u svom uvodnom članku i spominje ime kliničke psihologije (Trull, 2005). Witmer je poznat i kao prvi predavač kursa iz kliničke psihologije.

Treba uzeti u obzir da je u to vreme bilo prilično teško psiholozima da se zaposle bilo gde izvan univerziteta. Psihologija je u svojim najranijim danima bila isključivo akademska delatnost i u to vreme se nisu prepoznavale niti odobravale ideje da psiholozi izađu iz laboratorija i da se bave nečim drugim osim otkrivanjem osnovnih elemenata svesti. U tom smislu, pojava discipline koja je nudila veštine i praktična znanja, bila je više nego dobrodošla za utemeljivanje i proširenje profesionalnog identiteta tadašnjih psihologa kao i za njihovo ekonomsko preživljavanje. Svest o potrebi formiranja ovakve discipline i mogućnostima da akademska psihologija nađe svoje mesto u svakodnevnom životu ljudi potcrtana je i revolucijom u oblasti psihijatrije i inicijativom Emila Kraepelina 1913. godine da se sprovede sistematska klasifikacija mentalnih poremećaja koja se zasniva

na razlikovanju egzogenih i endogenih faktora koji doprinose pojavi i održavanju pojedinačnog mentalnog poremećaja. To je bio snažan podsticaj da se počnu pronalaziti načini za uključivanje psihologa u oblast mentalnog zdravlja i u oblast izučavanja psihopatoloških fenomena jer su u to vreme psiholozi već posedovali izvesne metode procene psihičkih struktura i funkcija koje su se pokazale kao superiornije od do tada dominantne naturalističke procene koje su primenjivali psihijatri. Osim toga, psihološke metode su se mogle primenjivati grupno što je skraćivalo i pojeftinjavalo proces procene. Opšta društvena i naučna klima tog vremena, koja je istovremeno iznjedrila i pojavu društvene brige za ljude sa neobičnim ponašanjem i istakla sve veće poverenje u nauku i naučne metode saznavanja sveta i rešavanja raznih životnih problema, doprinela je velikom iskoraku psihologije iz akademske i salonske uštogljenosti i samodovoljnosti. Ali, kao što ćemo malo kasnije videti, popularizaciji psihologije i krajnjem uobličavanju kliničke psihologije, nažalost, najviše su pogodovala ratna vremena i potrebe država uključenih u rat da obezbede masovnu, brzu, jeftinu a ipak pouzdanu i valjanu selekciju potencijalnih boraca, kao i posleratna vremena koja su donosila narasle potrebe za organizovanjem masovnije psihološke i psihijatrijske asistencije.

I pored toga što se u literaturi pojava kliničke psihologije vezuje za prvu psihološku kliniku namenjenu tretmanu dece sa problemima u učenju, ipak se bez imalo rezerve može reći da su kliničku psihologiju zaista utemeljile i proslavile aktivnosti vezane upravo za kliničku procenu i trebaće da prođe nekoliko decenija od osnivanja Witmarove klinike da se psihološki tretman stabilno i trajno veže uz profesionalni identitet kliničkih psihologa.

Za Trulla (2005), suština kliničke psihologije se i pored kumovanja Witmera ipak oduvek ogledala u njenom angažmanu u oblasti kliničke procene. Najverovatnije da je bitan faktor za ovakav razvoj situacije i to da su se pokušaji ranih psihologa da procene normalno ponašanje i njegova odstupanja donekle mogli uklopiti u ideju o psihologu prvenstveno naučniku, tako da se takva delatnost u početku nije mnogo razlikovala od one akademske, laboratorijske koja je već bila legitimna delatnost psihologa. Drugi faktor je bio taj da je konstrukcija tehnika za kliničku procenu i u Americi i u evropskim državama u značajnoj meri bila i naručivana i podržavana od strane države jer je prepoznato da angažman psihologa na polju procene donosi značajne uštede, kako vremenske, tako i materijalne.

Rudimenti ovog angažmana naziru se još u drugoj polovini devetnaestog veka, u radu sir Francis Galtona, koji je uložio značajan napor da u svojoj antropometrijskoj laboratoriji primeni kvantitativne metode na razumevanje razlika među ljudima, s tim što je njegov interes bio okrenut merenju senzornih i motornih veština i reakcionog vremena.

Ovu tradiciju je nastavio Wundtov asistent James McKeen Cattell, tvorac termina mentalni test, baveći se istraživanjem reakcionog vremena kao načina da se priđe istraživanju inteligencije. Upotrebljavajući bateriju od deset testova, Cattell je pokušavao da dopre do postojanih mentalnih procesa, verujući da se njegov metod može upotrebiti kako za razne selekcije i treninge, tako i za otkrivanje mentalnih bolesti.

1.2. Popularizacija mentalnog testiranja

Pa i pored nesumnjivog doprinosa ova dva strastvena istraživača, omasovljenje i prava prekretnica u statusu mentalnog testiranja se ipak vezuje za pojavu Alfreda Bineta koji je u saradnji sa Theodore Simonom 1908. godine razvio prvu skalu za merenje inteligencije uvodeći u igru termin normi, odstupanja od normi i jasno definisane principe za klasifikaciju i procenu inteligencije dece. Omasovljenje je bilo obezbeđeno činjenicom da je u vreme kada se Binet bavio istraživanjem inteligencije u Francuskoj sprovođena reforma osnovnoškolskog obrazovanja koje je postalo obavezno, te je trebalo obezbediti jedinstven i pouzdan način da se selekcionišu deca koja su sposobna za redovno pohađanje škole od onih koja to nisu, što je povereno Binetu i njegovim saradnicima. (Berger, 1984)

Od značaja je spomenuti da je u ovom periodu, tačnije 1905. godine Carl Jung počeo da upotrebljava metod asocijacije reči kao način da otkrije nesvesne komplekse, čime je doprineo napretku u oblasti procene ličnosti kao i popularizaciji ovakve metode procene koju je istina upotrebljavao i Galton još 1879. Ovo je bio važan događaj jer je najranija forma procene bila isključivo kroz klinički, nestrukturirani intervju, kojim su se prikupljale informacije o istoriji klijenta, dijagnozi ili njegovoj strukturi ličnosti. Uvođenje prave upitničke forme ispitivanja zarad utvrđivanja znakova psihopatološkog funkcionisanja ipak se vezuje za ime Roberta Wudwortha, koji 1917. godine konstruiše Arak personalnih podataka, prvi inventar neurotskog ponašanja kao instrument trijaže za potrebe američke vojske u proceduri regrutovanja vojnika pred kraj Prvog svetskog rata. Iste godine petočlani komitet APA-e biva angažovan od strane Medicinskog departmana Armije da kreira sistem za klasifikaciju vojnika na osnovu njihovih sposobnosti, što rezultira konstrukcijom poznatih Alfa (verbalni) i Beta (neverbalni) armijskih testova za grupno ispitivanje inteligencije (Trull, 2005). Ovim se polako stvarala mogućnost da se različiti testovi kombinuju i da se počnu stvarati baterije različitih tehnika za psihološku procenu. Takođe, ovi prvi kompleksni i brižljivo konstruisani instrumenti za procenu inteligencije i psihopatoloških adaptacija pokazali su odlične rezultate ispunivši očekivanja svojih naručilaca i konstruktora tako da su

dunuli vetar u krila ideji da se mentalne strukture, funkcije i procesi mogu meriti, dijagnostikovati, klasifikovati i opisati. Tako su psiholozi nezaustavljivo krenuli u pohod kreiranja i svakodnevne primene različitih načina i metoda za otkrivanje i procenu psihičkog života pojedinca.

Između dva svetska rata, tokom i neposredno nakon drugog svetskog rata beleži se najveći uspon kada je u pitanju konstrukcija novih instrumenata i generalno, metoda za kliničku procenu (Groth-Marnat, 2003). U tom periodu je objavljeno više stotina testova i različitih tehnika koje su trebale da pomognu psiholozima praktičarima da sprovedu proceduru procene kako u cilju detekcije patologije, tako i u cilju opisa strukture ličnosti i detekcije različitih latentnih struktura kojima se pokušavalo razumeti, klasifikovati, predvideti ili kontrolisati ponašanje pojedinca. Osim konstrukcijom novih instrumenata, psiholozi su se u ovom periodu intenzivno bavili i kreiranjem novih metoda za proveru psihometrijskih karakteristika testa, tako da su one dovele do konstrukcije sve sofisticiranijih i psihometrijski superiornijih tehnika. Ovaj period je za oblast kliničke psihologije posebno značajan jer je u njemu nastao najveći broj instrumenata koji su i danas osnovno sredstvo rada kliničkih psihologa, kao što su Wechslerove skale inteligencije, Rorschachov test, Test tematske apercepcije, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), ali i zbog toga što je u tom periodu kreirana i ideja o baterijskom pristupu ispitivanju ličnosti i ideja o studiji slučaja koja je osim izmena u nekim tehničkim detaljima i danas referentni okvir za svakodnevnu kliničku praksu hiljadama psihologa praktičara širom sveta.

1.3. Kritike kliničke procene/opadanje popularnosti kliničke procene

Iako je klinička procena uvek predstavljala suštinsko obeležje identiteta kliničkog psihologa, ona je kao klinička delatnost u okvirima postojećih institucija imala svoje uspone i padove i struktura, način i učestalost njene primene u praksi i važnost koja joj je pridavana se od njene pojave do danas dramatično menjala. Tako je tokom 40-tih i 50-ih godina prošlog veka psihološko testiranje do te mere bilo zastupljeno u svakodnevnom poslu kliničkog psihologa da se psiholog često zvao tester ili samo psihodijagnostičar. Nasuprot tome, od 60-ih godina, situacija se prilično promenila i klinički psiholozi su počeli sve više da se bave i drugim aktivnostima osim procenom i to do te mere da je u jednom momentu izgledalo da je procena prevaziđena aktivnost koju će preuzeti psihološki tehničari. Lubin i njegove kolege (Lubin, Larsen & Matarazzo, 1984) su dali pregled nekoliko izveštaja koji govore o tome koliko su se klinički psiholozi u različitim periodima bavili procenom, pa vidimo da je 44% njihovih profesionalnih

aktivnosti otpadalo na procenu u izveštaju iz 1959. godine, a 29% 1969. godine. Ovi autori navode i razlike u zavisnosti od toga gde rade, pa tako 14% vremena procenom se bave psiholozi u savetovalištima a 31% vremena psiholozi zaposleni u psihijatrijskim ustanovama. Norcross i kolege (Norcross, Karpiak & Santaro, 2004) daju podatke da su 1973. godine psiholozi u proseku provodili svega 10% svog vremena obavljajući procenu da bi od 1986. ovaj procenat počeo malo da raste te da se do 2003. ustalio na nekih 15-20%. Po Camari i saradnicima (Camara, Nathan & Puente, 2000) psiholozi praktičari se u današnje vreme skoro neizostavno i dalje bave procenom ali to varira između 10% i 25% radnog vremena u zavisnosti od toga u kom kontekstu obavljaju svoju praksu.

Različiti autori su se bavili analizom konteksta u kojem se desio ovaj pad značajnosti kliničke procene i najčešće je navođeno više razloga (Korchin, 1976; Trull, 2005; Abeles, 1990). Da pomenemo samo neke od njih:

- Sve veći broj psihologa dijagnostičara je postajao nezadovoljan svojom ulogom pasivne karike u terapijskom lancu i pozicijom laboranta koji nakon iscrpnog i mukotrpnog detektivskog posla prikupljanja podataka i jednako napornog posla dešifrovanja i integracije tih podataka, isporučuje svoje zaključke i preporuke naručiocu procene a da skoro po pravilu onda više ne zna ni šta se dešava sa njegovim izveštajem niti zna šta se dešava sa klijentom i do koje mere je njegov nalaz uticao na dalji tok tretmana klijenta. Ovu reakciju nezadovoljstva je pojačavao i latentni i permanentni sukob uloga psihologa i psihijatara oko definisanja toga šta je čija oblast rada i koje su čije kompetencije, gde su psiholozi uglavnom lošije prolazili zbog svoje saradničke pozicije i lošije pozicioniranosti u hijerarhijskoj strukturi i time u strukturi odlučivanja. I danas se ne retko može čuti ispovest kliničara praktičara, posebno onih koji rade na psihijatrijskim odeljenjima da često imaju doživljaj da rade uzaludan posao, koji je pri tome veoma stresan, jer često njihova procena nema neki preteran uticaj na dalji tok tretmana, koji je uglavnom medikamentozne prirode i za koji je irelevantan suptilan i detaljan izveštaj o ličnosti klijenta, koji je psiholog zgotovio za rukujućeg psihijatra. Ovo je jedan od razloga, uz mnoštvo drugih koji se više tiču nekih globalnih dešavanja i u društvu i u psihologiji i u oblasti mentalnog zdravlja, a kojima se nećemo na ovom mestu baviti, koji je doveo do toga da su klinički psiholozi počeli u značajnijoj meri da proširuju svoj profesionalni identitet, da su počeli da izlaze iz okrilja psihijatrije i da su se više angažovali na razvoju preventivnih programa, edukacije, istraživanja i najviše u oblasti psihoterapije, što im je donosilo mnogo više lične satisfakcije.
- Kritike su dolazile i od strane antipsihijatrijskog pokreta u smislu da je svrha kliničke procene pre etiketiranje zarad medicinske odnosno psi-

hijatrijske getoizacije ljudi koji se ne uklapaju u prosek i da kao takva održava mit o mentalnoj bolesti (Szasz, 1980; Laing, 1977) i omogućava dalju medikalizaciju problema življenja. Po ovim autorima rešenje ljudske patnje je podrazumevalo mnogo širu društvenu analizu i akciju i nije se smelo svoditi na medicinske okvire.

- Često navođen razlog opadanja popularnosti kliničke procene je i kritika koja je dolazila od strane humanistički orijentisanih psihologa i psihoterapeuta, prvenstveno Rogersa i njegovih nedirektivnih terapeuta da je psihodijagnostika takva kako se obavljala, nepotrebna za terapijski proces i zato što za terapiju nije bitno kako terapeut procenjuje klijenta nego kako klijent sam sebe vidi kao i zato što je dijagnostičar tokom procene u ulozi eksperta koji donosi sud o klijentu čiji je zadatak samo da adekvatno odgovara ekspertu. Na ovaj način se po nedirektivnim terapeutima klijent pasivizira i stvara se iluzija da će ekspert nakon što je formulisao dijagnozu uručiti ekspertsko rešenje klijentu i tako mu rešiti problem, što ne samo da se u terapiji ne dešava, nego je po ovim terapeutima pogubno po terapijski proces.
- Slična kritika o nekorisnosti dijagnostike za terapiju je dolazila i od strane biheviorista koji su u to vreme počeli da oformljuju svoj terapijski pravac zasnovan na principima učenja. Po njima je klasična procena ličnosti, kako se do tada sprovodila, nepotrebna jer je fokusirana na latentne strukture ličnosti za koje, po njima, nije postojalo dovoljno dokaza ni da postoje, kao ni da su to faktori koji determinišu nečije ponašanje. Ponašanje je uslovljeno prvenstveno situacionim elementima i sistemom potkrepljenja, tako da je za dobar terapijski plan potrebno posmatrati pojedinca kako se ponaša u nekom konkretnom kontekstu za šta ne mogu poslužiti standardni testovi. Bihevioristi nisu bili generalno protiv procene, nego su smatrali da klasična klinička procena putem testova ličnosti i projektivnih tehnika, koja je u značajnog meri potekla iz psihodinamskog konteksta, nije zadovoljavajuća i da je nužno zameniti je analizom ponašanja, tako da su oni i konstruisali drugačije tehnike kliničke procene.
- Kritike su dolazile i od psihometričara koji su ukazivali na sumnjivu pouzdanost i validnost izvesnih psihodijagnostičkih procedura. U najvećoj meri, ovo se odnosilo na projektivne tehnike, ali i na ceo proces kliničkog suđenja koji je bio nedovoljno jasan, pre implicitan nego eksplicitan i pretežno neformalan. Ovo je bio pretežno stav koji se mogao čuti od akademskih psihologa od strane koje je sproveden takoreći bojkot projektivnih tehnika. Ova kritika je tokom vremena evoluirala i rezultirala pojavom i ponudom nekih novih instrumenata koji paradoksalno teže pronalaze put do psihologa praktičara, posebno onih koji rade u psihijatrijskim institucijama. Izgleda da su praktičari skloniji

starijim metodama, iako možda psihometrijski nedovoljno adekvatnim, procenjujući ih praktično adekvatnijim jer daju odgovore, koji su, ne u potpunosti, ali ipak u većoj meri, relevantni za svakodnevnu praksu. Generalno, izgleda da je klinička praksa vrlo slabo povezana sa istraživačkom praksom kao i sa akademskim stavovima (Piotrowski & Zalewski, 1993). Ove kritike su ipak dovele do toga da danas beležimo ne naročito značajan ali ipak izvestan pad upotrebe projektivnih tehnika iako se Rosrchachov test i TAT i dalje relativno često koriste, a nešto ređe, mada i dalje opstaje i crtež ljudske figure (Camara et al. 2000).

1.4. Sadašnje stanje kliničke procene u okviru kliničke psihologije

Kao što kaže Korchin (1976), pored ovoliko kritika i problema, neverovatno je da je klinička procena uopšte opstala. A opstala je. Čak Trull (2005) navodi da je od osamdesetih i devedesetih godina ponovo u delimičnom usponu i da se i na univerzitetima i u praksi beleži porast interesovanja psihologa praktičara za ovu delatnost. Njegova procena je da ima nekoliko značajnih podsticaja za ovu renesansu. Najveći dolazi od reforme psihijatrijskih klasifikacionih sistema i uvođenja poremećaja ličnosti kao nozološke kategorije koja počinje ozbiljnije da se istražuje i razmatra, a gde psiholozi sa svojim teorijskim, istraživačkim i praktičnim nasleđem imaju šta da ponude. Ovo je rezultiralo i konstrukcijom novog instrumenta namenjenog upravo proceni poremećaja ličnosti. U pitanju je Millon Clinical Multiaxial Inventory. Osim ovog instrumenta stalno se konstruišu različiti inventari ličnosti i skale procene ponašanja koji su usklađeni sa novim klasifikacionim sistemom. Najveća promena je napravljena na planu sprovođenja intervjua u smislu da npr. u Americi i nekim zapadno-evropskim državama postoji pojačan pritisak na psihologe da sprovode strukturirane intervjue koji ciljaju upravo na registrovanje indikatora poremećaja opisanih u novim klasifikacijama (DSM-IV-TR i ICD-X). Ovo ide čak do toga da postoje mišljenja da se testovni pristup može potpuno zameniti ovako ciljano strukturiranim intervjuima, čemu se za sada psiholozi snažno opiru jer ih to ponovo izjednačava sa psihodijagnostičarima i podržava empirijski nepotkrepljeno stanovište o dovoljnosti i nužnosti postavljene dijagnoze psihijatrijskog poremećaja za dalji plan i tok tretmana.

Snažan podsticaj dolazi i od promene finansiranja psihoterapijskih procedura u Americi i zemljama zapadne Evrope u smislu da se finansijski podržavaju oni terapijski pravci koji uspevaju empirijski da dokažu svoju efikasnost. Ovo je dovelo i do popularizacije istraživanja u oblasti psihoterapije i do značajnih promena u oblasti psihološkog tretmana, ali ono što je za nas ovde značajno, to je da je dovelo do ponovnog prepoznavanja

potrebe da se klijentovo funkcionisanje procenjuje i pre tretmana i posle tretmana da bi se napredak mogao argumentovati. Takođe je prepoznato kroz brojna istraživanja i da se efekti tretmana mogu povećati adekvatnim informisanjem terapeuta o rezultatima procene i pravljenjem adekvatnog plana tretmana na osnovu sprovedene kliničke procene pre tretmana. Ovo je dovelo do konstrukcije novih instrumenata i novih baterija koje daju odgovore specifične upravo za potrebe sprovođenja psihološkog tretmana (Beutler et al., 1994; Beutler et al. 2004).

Izvestan podsticaj potiče i od snažnog razvoja i zaokreta ka temeljnim istraživanjima u oblasti psihologije ličnosti koja je iskoračila iz esejskog pristupa, te nedvosmislene empirijske demonstracije od strane Coste i McCraea (1988) da se crte ličnosti mogu izdvojiti i da se pokazuju kao relativno stabilne strukture koje opstaju i kroz vreme i kroz različite situacije, te da se putem njih može predvideti nečije ponašanje, što je dovelo do reafirmacije procene stabilnih i latentnih psiholoških struktura i konstrukcije novih instrumenata, od kojih je najviše popularnosti doživeo NEO-Personality Inventory.

Kao značajan faktor, koji je i olakšao posao psiholozima a i doprinosi njegovoj većoj pouzdanosti, spominje se i razvoj kompjuterske tehnologije i prepoznavanje mogućnosti uvođenja kompjuterske asistencije, ne samo u istraživačke projekte, nego i u dijagnostičku proceduru, kako u procesu administriranja instrumenata, još i više u procesu integracije i interpretacije dobijenih rezultata. Danas se upotreba kompjuterske tehnologije i upotreba Interneta, te odvijanje kliničkih procedura na daljinu ističu kao jedan od pravaca za koji se očekuje da će obeležiti kliničku psihologiju budućnosti (Trull, 2005).

Još je jedna pojava doprinela povratku psihologa proceni. Napred je rečeno da su psiholozi praktičari, u izvesnoj meri nezadovoljni svojim statusom laboranata u psihijatrijskom kontekstu počeli proširivati granice primene kliničke psihologije prepoznavši da znanja i veštine koje imaju zahvaljujući ovoj disciplini mogu plasirati i izvan uskih okvira psihijatrije. U početku, to je bila prvenstveno oblast psihoterapije i savetovanja, što je rezultiralo prelaskom velikog broja psihologa u privatnu praksu. Ali vrlo brzo, psiholozi su se počeli uključivati u neke granične oblasti, koje se nisu tako direktno bavile mentalnim zdravljem, ali za čije je adekvatno odvijanje klinička psihologija imala mnogo rešenja. Tako su se u najvećoj meri počele razvijati oblasti zdravstvene psihologije, neuropsihologije, komunalne psihologije, razvojne kliničke psihologije i forenzičke psihologije. I u ovim oblastima je ubrzo postalo jasno da su znanja i veštine kliničke procene dobrodošle a ponekad i nužne te da je jedan od najvećih doprinosa koje psiholozi mogu da daju upravo i dalje oblast kliničke procene. Oblasti kao što su forenzička psihologija i neuropsihologija, a u

značajnoj meri i razvojna klinička psihologija su se i formirale kroz primenu principa kliničke procene u specijalnim oblastima. Ovo je dovelo do razvoja novih tehnika prilagođenih ovim novim klijentima, kao što su npr. neuropsihološke baterije (najpoznatije su Luria-Nebraska neuropsihološka baterija i Halstead Reitan neuropsihološka baterija, po Galić, 2002) ili razvoj forenzičkih formi intervjua (npr. Inventar za procenu kompetentnosti po Trull, 2005), dijagnostičkih kriterijuma za procenu psihopatologije u periodu odojčeta i ranog detinjstva (Zero to three, 2005), različitih ček lista simptoma ili disfunkcionalnog ponašanja i sl. Razvoj neuropsihologije, razvojne psihologije, psihologije percepcije, psihologije ličnosti, kognitivne psihologije, znanja iz oblasti socijalne psihologije, doprineli su tome da su primenjeni psiholozi danas kompetentni (a na zapadu i veoma dobro plaćeni) stručnjaci čije se mišljenje uzima u obzir u mnogim oblastima života koje se graniče sa oblašću mentalnog zdravlja i koje uključuju potrebu procene i razumevanja psihosocijalnog funkcionisanja nekog konkretnog pojedinca.

Poglavlja koja slede imaju za cilj upoznavanje studenata psihologije sa osnovnim koracima i principima po kojima se ovakva procena sprovodi i sa osnovnim kontekstima u kojima se klinička procena sprovodi, sa najčešćim zadacima koje klinički psiholozi rešavaju putem kliničke procene da bi stekli bazu na kojoj mogu dalje da se izgrađuju prvenstveno kao psiholozi sa osetljivošću za kliničku primenu psihologije.

2. ŠTA JE KLINIČKA PROCENA?

Danas među kliničkim psiholozima postoji značajna saglasnost oko toga šta je klinička procena i šta bi trebalo da budu osnovni ciljevi ove procedure. Tako npr. Bagby, Wild i Turner (2003) definišu psihološku procenu koja se odvija u kliničkim uslovima kao proces rešavanja problema u kojem se putem intervjua, psiholoških testova i drugih tehnika dolazi do odgovora na neko pitanje zbog kojeg se procena i preduzima. Po Maruishu (1994) primarna svrha psihološke procene u kliničkim uslovima je procena kognitivnog i afektivnog funkcionisanja pacijenta, procena ponašanja, personalnih karakteristika, slabosti i snaga, a sa ciljem da se o pacijentu definiše određeno mišljenje, dijagnoza, da se predvidi njegovo ponašanje i da se daju preporuke o tretmanskim rešenjima. Smith (1998) ističe da je funkcionalna korist kliničke procene u tome da preko nje dobijamo detaljnu sliku o pacijentovim simptomima, ali da ona isto tako treba da nam pruži informacije i o stabilnim personalnim karakteristikama pacijenta, njegovim mehanizmima odbrane, interpersonalnom stilu, self-konceptu i osnovnim verovanjima. Lilienfeld, Wood i Garb (2001) kao osnovne ciljeve kliničke procene navode obezbeđivanje detaljnog opisa pacijentovog problema, omogućavanje uvida u osnovne interpersonalne i situacione faktore koji su doprineli pojavi i održavanju problema i predviđanje ishoda bilo da je uključena ili da nije uključena neka intervencija u vezi pacijentovog problema. Na osnovu ovih stavova o kliničkoj proceni, možemo da kažemo da se, najopštije rečeno, klinička procena odnosi na proces prikupljanja podataka o psihosocijalnom funkcionisanju pojedinca ili male grupe pojedinaca koji se nalaze u stanju trajne ili privremene disfunkcionalnosti a u svrhu donošenja neke odluke relevantne za tog pojedinca ili grupu.

Klinička procena se uvek sprovodi u situacijama kada su pojedinac ili grupa koji se posmatraju u stanju neke psihološke nemoći, poteškoće ili potrebe i kada je za razrešenje te poteškoće ili potrebe nužno sprovesti neku intervenciju. Klinička procena se tada sprovodi kao procedura koja treba da obezbedi informacije na osnovu kojih će se doneti odluka o najadekvatnijoj intervenciji. Ona je uvek vođena nekim specifičnim pitanjem o klijentu i uloga kliničara psihologa je da organizuje proces procene tako

da, putem različitih metoda i tehnika koje su mu na raspolaganju, kao što su intervju, posmatranje, skale procene, inventari ličnosti, projektivne tehnike, testovi inteligencije, baterije za procenu psihoorganiciteta i sl. i putem oslanjanja na postojeće teorijske modele i psihološke činjenice, dođe do odgovora na to pitanje. Možemo reći da se klinička procena sprovodi da bi se prikupile istovremeno i široke i fokusirane i detaljne informacije o osobi koja se procenjuje, konkretno da bi se obezbedila:

- evaluacija osobinih psiholoških snaga i slabosti,
- konceptualizaciju problema zbog kojeg se procena i sprovodi i
- navođenje smernica za prevazilaženje problema.

3. TERMINOLOŠKO RAZGRANIČENJE

Termini koji su srodni kliničkoj proceni i čak se u literaturi veoma često alternativno koriste, kao sinonimi, su termini psihološke ili individualne procene, psihodijagnostičke procene i psihološkog testiranja. Iako postoji značajno preklapanje u značenju ovih pojmova, ipak je moguće istaći i neke razlike.

Psihološka ili individualna procena u suštini je širi pojam od kliničke procene i obuhvata je. Ona se prvenstveno odnosi na procenu toga koje je mesto pojedinca koji se procenjuje u odnosu na populaciju kojoj pripada a po pitanju neke osobine ili nekog sklopa osobina, sposobnosti ili sklonosti. Slično kliničkoj proceni i psihološka ili individualna procena se često sprovodi sa ciljem donošenja neke odluke relevantne za pojedinca, npr. može da se sprovodi sa ciljem procene da li ili koji od prijavljenih kandidata je najadekvatniji za neko rukovodeće mesto ili da li kandidat poseduje sposobnosti neophodne da bude primljen na neki posao ili na neko stručno osposobljavanje i sl. Ono što razlikuje kliničku procenu od psihološke procene je činjenica da se klinička procena uvek sprovodi sa osobom koja ima izvesnu poteškoću ili je u nekom psihološkom zastoju. Takođe, razliku vidimo i u odnosu na svrhu procene. Svrha kliničke procene se ogleda u široj spoznaji i razumevanju konkretnog klijenta i njegove poteškoće ili zastoja, uvek u kontekstu njegovog razvoja i njegovog okruženja. Ova procena se ne može svesti na opis klijenta nego uvek u sebe uključuje interpretiranje svih prikupljenih podataka kroz prizmu traženja i formulisanja odgovora na specifično pitanje zbog kojeg se procena i sprovodi i davanja preporuka u vezi rešavanja referentnog klijentovog problema a zarad uspostavljanja, očuvanja ili unapređenja njegove dobrobiti. Psihološka procena se može ali i ne mora sprovoditi sa ovakvom svrhom. Istaći ćemo još jednu razliku, a to je da za razliku od psihološke procene koja se može obavljati i grupno, bez direktnog kontakta ispitivača i ispitanika, klinička procena se uvek sprovodi individualno i u direktnom kontaktu sa ispitanikom. Jedino odstupanje od ovoga vidimo u slučajevima kada se sprovodi psihološka autopsija (procena osobe koja je preminula) ali i tada se podaci uzimaju

kroz direktan kontakt sa osobama iz njenog okruženja i vrši se procena dokumenata ili drugih rukotvorina i produkata pokojnog ispitanika. Ono što je zajedničko za ova dva pojma je uticaj psihometrijske tradicije, psihološke teorije kao opšti okvir za sprovođenje i razumevanje procedure i rezultata procene i sama metodologija procene.

Sa druge strane, *psihodijagnostička procena* je dugo vremena upotrebljavana da se označi procedura koju danas uglavnom nazivamo kliničkom procenom. Međutim, još je Korchin (1976) primetio da je korisno napraviti distinkciju ova dva pojma i termin psihodijagnostika ostaviti za jedan aspekt kliničke procene koji se odnosi na široku i sistematsku proceduru procene pojedinca sa ciljem opisa klijenta preko termina nozoloških kategorija. To znači da iako su svrha kliničke i psihodijagnističke procene uglavnom isti, odnosno i psihodijagnostička procena ima za krajnju svrhu razumevanje pojedinca sa ciljem donošenja neke odluke i dobrobiti klijenta, one se razlikuju u širini cilja. Cilj dijagnostičke procene je klasifikacija klijenta u neku od nozoloških klasa, dok se klinička procena može sprovoditi i sa ovim ciljem, ali ona može biti organizovana i iz drugih razloga. Na primer, možemo biti angažovani da pratimo promene u asertivnom ponašanju kod klijenta koji je na psihoterapijskom tretmanu ili da procenimo kakav je kapacitet klijenta da razvija otpor da bismo doneli odluku koju vrstu tretmana da preporučimo. U ovim situacijama dijagnostička kategorija kojoj klijent pripada ili nam je već poznata ili procenjujemo da je od sekundarne važnosti. Ova razlika između kliničke procene i psihodijagnoze je slična razlici koju je Holt (1968, po Korchin 1976.) pravio između karakterološke dijagnoze, koja ima za cilj da opiše klijentovu strukturu i dinamiku ličnosti i simptomatske dijagnoze, koja ima za cilj da na osnovu markatnih osobina, žalbi i simptoma kategoriše klijenta putem psihijatrijske dijagnoze. Klinička procena u sebe obuhvata obe ove procedure i u tom smislu, ona je šira od dijagnostičke procene koja pokriva samo jedan njen aspekt (Berger, 2003).

Klinička procena se ponekad naziva i *psihološko testiranje* nepotrebno implicirajući ne samo to da obavezno u sebe uključuje primenu standardizovanog psihološkog instrumentarija, nego čak i da se svodi na to. I pored činjenice da se u najvećem broju slučajeva klinička procena sprovodi uz pomoć psiholoških testova, samoopisnih inventara, ček lista ponašanja i skala procene, ona se ne može svesti na upotrebu ovih tehnika i to iz više razloga (Fernandez-Ballesteros, 1997). Jedan od najvažnijih razloga je taj da klinička procena podrazumeva prikupljanje podataka putem više tehnika preko kojih se pokušava sagledati klijent iz više uglova i skoro neizostavno u sebe uključuje i primenu različitih nestandardizovanih naturalističkih

tehnika, kao što su prikupljanje biografskih podataka, sprovođenje nestrukturiranih intervjua, analizu različitih dokumenata klijenta, posmatranje ponašanja u testovoj i vantestovnoj situaciji i sl., a ponekad, u slučajevima kada iz nekog razloga klijent nije dostupan (npr. već pomenuta psihološka autopsija za potrebe forenzičke procene) ili nije podložan testiranju (npr. uzrast za koji ne postoje norme za neki instrument ili ne postoji mogućnost zadavanja psihološkog testa), klinička procena se može sprovesti u potpunosti oslanjajući se samo na različite naturalističke izvore. To znači da je psihološko testiranje izuzetno važan i uvek kada je to moguće i preporučen izvor podataka, prvenstveno zbog toga što povećava pouzdanost kliničke procene kao i zbog toga što daje informacije do kojih je nemoguće doći naturalističkim putem. Npr. kada nas zanima u kom stepenu je ispitanik sličan a u kom stepenu se razlikuje od svog okruženja u pogledu izraženosti neke osobine, sposobnosti ili sklonosti bilo bi vrlo rizično i podložno raznim greškama kada bi kliničar donosio zaključke oslanjajući se samo na svoju procenu, odnosno na naturalističke tehnike. Međutim, psihološko testiranje i pored tako značajnog doprinosa kliničkoj proceni ipak nije ni dovoljan ni uvek nužan izvor za prikupljanje informacija da bi se sprovela adekvatna klinička procena. Naime, i kada se psihološko testiranje sprovodi u okviru kliničke procene, rezultati testiranja se moraju interpretirati i integrisati sa podacima koji su dobijeni drugim metodama.

II POGLAVLJE

FAZE PROCESA KLINIČKE PROCENE

Sadržaj poglavlja:

- Generalna šema procedure kliničke procene
- Prva faza: Upoznavanje i početna interpretacija
  - Ko šalje klijenta?
  - Zašto naručilac šalje klijenta?
  - Koja je priroda klijentovog problema?
- Druga faza: planiranje kliničke procene
  - Šta pratiti i u kom opsegu?
  - Kojim sredstvima će podaci biti prikupljeni? Standardne tehnike procene
  - Kriterijumi za selekciju tehnika
- Treća faza: prikupljanje podataka
  - Tok prikupljanja podataka
  - Osnovne oblasti posmatranja
- Četvrta faza: obrada, integracija i interpretacija podataka
- Peta faza: pisanje izveštaja

Ciljevi poglavlja:

- da student dobije sliku o tome kako teče klinička procena, koji su osnovni koraci koje treba sprovesti i koja pitanja sebi treba da postavlja da bi odbabrao kvalitetne alternative,
- da student prepozna kompleksnu strukturu kliničke procene i imperativ da sa jedne strane respektuje empirijske nalaze koji mu mogu pomoći da izbegne zamke subjektivnog pristupa proceni, sa druge strane da prepozna da je nužna stalna individualizacija postupka , a sa treće da je ovo oblast koja ima još uvek mnogo nerazrešenih i konceptualnih i metodoloških i etičkih tema.

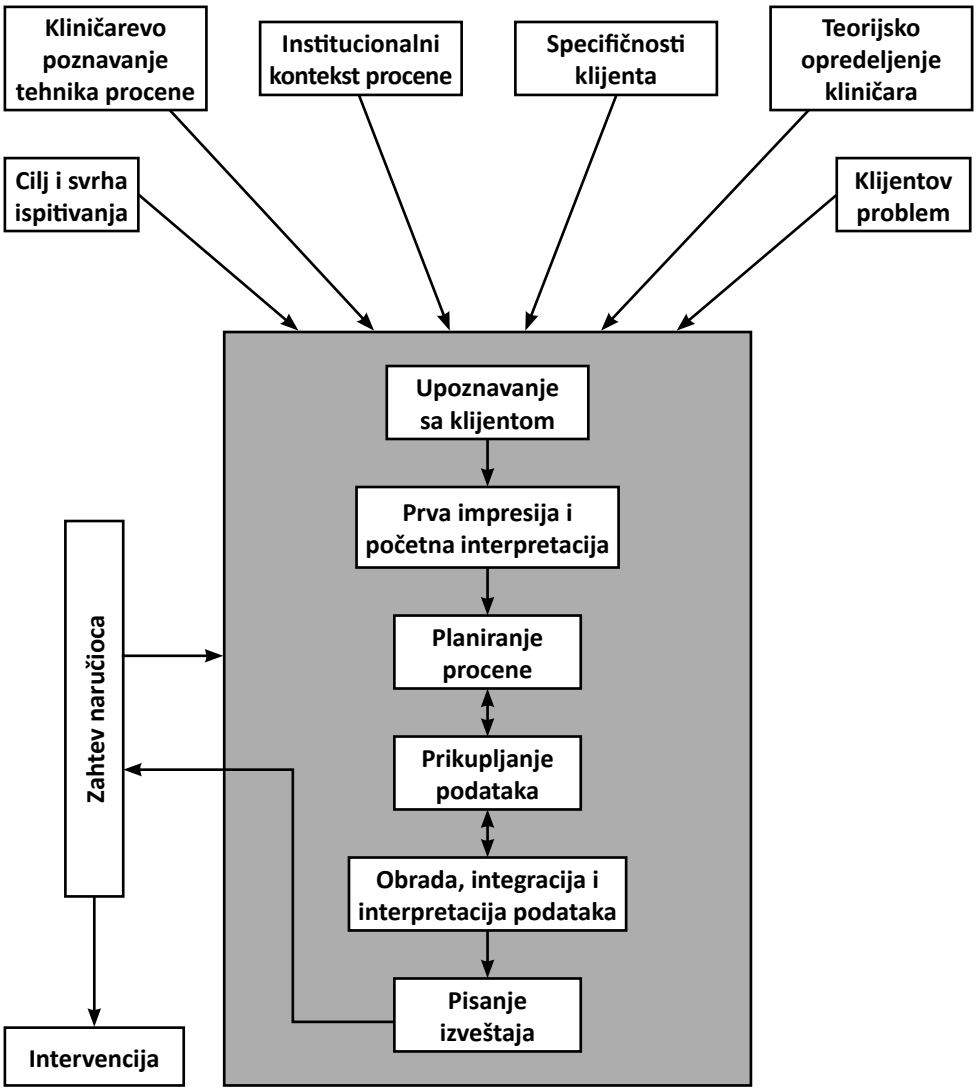
4. GENERALNA ŠEMA PROCEDURE KLINIČKE PROCENE

Klinička procena se može sprovoditi na mnogo različitih načina i iz različitih razloga, u različitim kontekstima i sa različitim klijentima. Zato je teško dati neku opštu šemu sprovođenja procedure procene koja će pokriti sve ove različitosti i svaki pokušaj ocrtavanja ovakve šeme treba shvatiti kao aproksimaciju koju sprovodimo iz edukativnih razloga i treba joj prići krajnje fleksibilno, sa svešću o tome da je suštinska odlika kliničkog pristupa upravo stalna individualizacija postupaka, procedura i interpretacija. Generalno, mogu se istaći neka opšta uputstva (Olin & Keatinge, 1998):

- Odredite koje su vam informacije potrebne da biste odgovorili na zahtev naručioca procene.
- Identifikujte ko sve treba da bude uključen u procenu.
- Pregovarajte sa klijentom o potrebi i proceduri procene.
- Prikupite i proučite svu potrebnu dodatnu klijentovu dokumentaciju (npr. medicinsku).
- Identifikujte oblasti koje treba proceniti.
- Odaberite prikladne tehnike i metode procene.
- Sprovedite procenu i modifikujte je ako je to potrebno.
- Obradite i interpretirajte dobijene podatke.
- Konsultujte se dodatno sa nekim ako je to potrebno.
- Formulišite izveštaj i predajte ga naručiocu
- Obezbedite povratnu informaciju od naručioca o preporukama koje ste dali.

Na osnovu ovakvih uputstava moguće je formulisati osnovne faze kroz koje se sprovodi klinička procena, ne sa namerom da navedemo studente da pomisle da je ovo niz obaveznih koraka koji se u svakoj konkretnoj situaciji moraju sprovoditi, nego sa namerom da im olakšamo razumevanje kliničke procene i da steknu jasnu sliku cele procedure. Ovo će biti šema tipičnog ili najčešćeg ponašanja psihologa kliničara u kliničkom kontekstu u užem smislu u situaciji kada treba da sprovede procenu nekog psihijatrijskog pacijenta, s tim da se ona može primeniti i u svakom drugom kontekstu i sa drugačijim klijentima gde je cilj procene razumevanje klijenta i davanje svrsishodne preporuke za dalje bavljenje njim u cilju rešavanja nekog problema zbog kojeg je i postao klijent.

Slika 1. Generalna šema procedure kliničke procene



5. PRVA FAZA: UPOZNAVANJE I POČETNA INTERPRETACIJA

Za razliku od procene ličnosti pojedinca ili grupe u okviru istraživanja, gde psiholog istraživač traži ispitanike i traži od njih uslugu da učestvuju u ispitivanju, psiholog u kliničkoj proceni najčešće nije inicijator procene. Ova procena se gotovo po pravilu odvija na zahtev nekog naručioca koji treba da sprovede neku intervenciju sa klijentom ili da donese neku odluku o klijentu a za to mu trebaju dodatne informacije o psihosocijalnom funkcionisanju klijenta. U nešto manjem broju slučajeva, klijent se sam pojavljuje kod psihologa sa potrebom za procenom. Uglavnom, ako se klijent samoinicijativno obraća psihologu kliničaru, onda je to zbog potrebe za psihološkim tretmanom, a izuzetno retko je to potreba za procenom. Razloga za ovo ima više. Neki od njih potiču od činjenice da javnost nema sasvim jasnu predstavu o tome šta su kompetencije psihologa i u kojoj meri im ta profesija može pomoći, a drugi razlozi su posledica položaja kliničkog psihologa u institucijama, u smislu da psiholog vrlo retko ima moć samostalnog odlučivanja, nego je on neka vrsta savetnika profesionalaca koji imaju tu moć.

Znači, klinička procena najčešće započinje tako što se klijent pojavljuje kod psihologa sa nekim uputom i prenosi zahtev npr. psihijatra za određenom vrstom procene. Ponekad, to će biti klijent koji se prvi put pojavljuje kod psihijatra i koji je trenutno u statusu ambulantnog pacijenta, a ponekad, to će biti već duže vremena ili više puta hospitalizovani pacijent.

Prvi korak koji psiholog čini je da se formalno susretne i upozna sa klijentom. Šta ovo znači u kliničkoj situaciji? To znači da će kliničar obično imati prvi, vrlo kratak susret sa klijentom, na kome će se dogovoriti sa njim o uslovima i o datumu kada će sprovesti kompletnu eksploraciju. Ovo je prilika da kliničar:

- stekne okvirne informacije o tome ko šalje klijenta, zašto ga šalje i koja je priroda klijentovog problema,
- pruži nužne informacije klijentu o načinu kako će se sprovesti psihološka eksploracija i pripremi ga na to koliko vremena treba da odvoji i kako treba za to da se pripremi (npr. da ponese naočare za čitanje)
- formira prvi utisak o klijentu koji će posle moći da integriše sa ostalim podacima.

5.1. Ko šalje klijenta?

Psiholog treba kao prvo da sazna ko šalje klijenta. Ponekad će ovo saznati od samog klijenta koji dolazi u njegovu ordinaciju, a ukoliko se radi o hospitalizovanom klijentu na odeljenju na kome i psiholog radi, često će se naručilac, obično psihijatar, neposredno dogovoriti sa psihologom o potrebi za procenom. Ovaj podatak je važan jer različiti naručioci imaju različite potrebe, različite intervencije mogu da proisteknu iz njihovih profesionalnih kompetencija i imaju vrlo različita predznanja koja usmeravaju način na koji će psiholog stručno komunicirati sa njima. Npr. naručilac može da bude odeljenski psihijatar sa kojim psiholog svakodnevno komunicira i sa kojim je već uspostavio zajednički profesionalni jezik, a može da bude i lekar opšte prakse koji nema ni psihološko ni psihijatrijsko obrazovanje, ili može da bude radni terapeut kojem predstoji rad sa dotičnim klijentom, ili može da bude socijalni radnik iz radne organizacije u kojoj klijent radi ili advokat klijenta koji je u nekom sudskom postupku. Svaka od ovih profesija i svih drugih sa čijim predstavnicima kliničar ostvaruje saradnju ima drugačiji set znanja i drugačiji set očekivanja od psihologa koja proizilaze iz tipičnih zadataka koje ti profesionalci obavljaju sa klijentima koje šalju kod psihologa. Najširi set očekivanja imaju stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja i od njih psiholozi kliničari mogu očekivati vrlo širok dijapazon zahteva i mogu računati na to da su ti stručnjaci kompetentni da u potpunosti razumeju psihološki specifične i visoko stručne izveštaje. Stručnjaci koji ne pripadaju ovom kontekstu najčešće imaju uže specifikovana očekivanja i obično traže direktne odgovore na jednostavnija pitanja, te će u tom slučaju i procena psihologa često biti ili manjeg obima ili barem vrlo specijalizovana.

5.2. Zašto naručilac šalje klijenta?

Psiholog treba da se upozna i sa razlogom zašto naručilac šalje klijenta na kliničku procenu, odnosno, treba da sazna:

- Koje informacije naručilac očekuje da dobije?
- Za koje potrebe naručilac treba te informacije?

S obzirom da psiholog zna kojom tehnikom šta i koliko pouzdano može da procenjuje, da bi imao inicijalnu predstavu o tome kakav posao mu predstoji, podatak o tome šta treba da bude krajnji rezultat njegove aktivnosti ima ključnu ulogu u daljem planiranju i sprovođenju procene. Zahtev naručioca je baza u odnosu na koju se sprovodi cela procedura procene i osnovni kriterijum u odnosu na koji se donose odluke i o tome koje informacije prikupljati i kojim sredstvima i u kojoj meri i na koji način organi-

zovati interpretaciju rezultata i koje preporuke dati. To znači da psiholog treba da razume zahtev naručioca procene sa kojim mu dolazi klijent, ali nažalost, u realnosti ovaj zahtev nije uvek dovoljno jasan. Čak se može reći da veoma često nije jasan. Ponekad je preterano uopšten, kao što je slučaj kada rukujući lekar pošalje klijenta samo sa pisanim zahtevom „Molim da se uradi psihotest“ ili da spomenemo drugu krajnost, kada naručilac procene traži da se primeni neki određeni test, npr. Rorschachov test.

❒ **Prilog 1. – Uvodni intervju**

Nakon tihog kucanja, vrata otvara žena, stara oko trideset godina.

Klijentkinja: Dobar dan.

Psiholog: Dobar dan.

K: Vi ste psiholog...?

P: Da. Recite.

K: Šalje me doktor D.

P: Izvolite, sedite.

K: Ulazi i seda na ivicu stolice. Sedi uspravnih leđa. U rukama drži karton pacijenta i zdravstvenu knjižicu. Deluje vrlo umorno.

P: Da li Vam je doktor rekao zašto vas šalje kod mene?

K: Rekao je da treba da uradim neke testove.

P: Hmh. A u vezi čega ste se obratili doktoru D?

K: Pa u poslednje vreme se osećam jako loše, ne spavam, glava me boli svaki dan, nemam volje ni za šta...Izgubila sam šest kila za poslednjih mesec dana.

P: Imate utisak da je to sa nečim povezano?

K: Da...Mislim da to ima neke veze sa...ovaj...Imam neke bračne probleme. Ne znam...Mislim da se zato tako loše osećam. (Potpuno utišava glas, na ivici plača)

P: I sad se već tako osećate da ste odlučili da se obratite lekaru?

K: Da...Juče mi je bilo baš jako loše. Sestra me je dovela jer sam pala. Samo sam se srušila. Onda mi je doktor D rekao da treba da odem kod psihologa. Uputio me kod Vas.

P: Imate neki njegov izveštaj?

K: Evo.

P: (čita izveštaj na kome piše: „Pacijentkinja dolazi u pratnji sestre, nakon krize svesti u prodavnici. Vidno iscrpljena i uznemirena. Plačnog raspoloženja. Sestra izveštava o maritalnoj problematici i o ozbiljnom povlačenju pacijentkinje u poslednjih mesec dana. Brine da bi mogla da naudi sebi. Potrebna psihološka procena i eventualno procena potrebe za psihotretmanom.“...)

P: Dobro. Dogovorićemo se sada kada i kako ćemo obaviti psihološku procenu. Da li Vam je to u redu?

K: Pa....da. Samo ne znam baš šta to znači.

P: To znači da ćemo se dogovoriti kada da dođete kod mene da bismo sproveli ovo ispitivanje na koje vas je doktor poslao. U pitanju je psihološko ispitivanje. Znači da ćemo detaljno porazgovarati o tome kako se osećate i šta bi mogli biti razlozi zašto se tako osećate. Uradićete i neke psihološke testove da bismo videli kako razmišljate i kako reagujete na probleme i da bismo mogli bolje da sagledamo kako bi smo Vam mogli pomoći da rešite neke probleme kojima se sada mučite. Tada ću Vam sve detaljno objasniti. Recite, da li Vam odgovara da dođete u utorak u 8h?

K: Može. Doktor mi je otvorio bolovanje.

P: Zaposleni ste?

K: Da, radim kao daktilograf.

P: Dobro. Samo bih Vas molila ako Vam trebaju naočare za čitanje da ih ponesete jer ćete neke testove čitati. Nemojte to pre podne zakazivati druge obaveze ili preglede da bismo mogli da obavimo sve što treba u jednom danu.

K: Dobro.

P: Onda se vidimo u utorak u 8h.

Šta je problematično u ovim zahtevima? U oba slučaja je potpuno nejasno šta, koja funkcija klijenta, koje ponašanje, koji proces treba da se proceni, u kojoj meri, za koje svrhe, koju dilemu naručilac ima i u kom smislu će mu klinička procena pomoći.

Tehnike i metode kliničke procene koje su na raspolaganju današnjim kliničkim psiholozima su brojne. Takođe, klinička procena se obavlja sa mnoštvom vrlo različitih ciljeva. Klinički psiholog danas može da procenjuje vrlo različite aspekte funkcionisanja klijenata, od toga da klasifikuje poremećaj ili da procenjuje intelektualnu zrelost, ili da procenjuje stepen propadanja kognitivnih funkcija, preko toga da procenjuje podobnost za roditeljstvo ili podobnost za određenu vrstu tretmana ili verovatnoću da klijent naudi sebi ili drugima do toga da procenjuje da li klijent i dalje može da obavlja neki posao ili je potrebno da bude penzionisan ili da se rasporedi na neki drugi posao ili da procenjuje mogućnost deteta da bez sekundarne traumatizacije učestvuje u nekom sudskom postupku i sl. U tom smislu, neodređen zahtev da se uradi „psihotest“ ostavlja kliničkog psihologa u velikoj dilemi šta je ono što on treba da uradi jer to u značajnoj meri zavisi i od toga šta je ono do čega treba da dođe.

S druge strane, jednako je neadekvatan zahtev da se primeni baš određeni test ili tehnika jer kao prvo, psiholog zna da je oslanjanje na samo jedan izvor podataka manje pouzdano, drugo, zna da se isti podaci drugačije interpretiraju za različite klijente u zavisnosti od ostalih podataka dobijenih drugačijim tehnikama, pa se zato i kaže da se klinička procena nikako ne može svesti na nabrajanje ili direktnu interpretaciju podataka koje smo za nekog klijenta dobili na određenom testu, nego podrazumeva

uvek širu interpretaciju i integraciju podataka koji obuhvataju različite aspekte funkcionisanja ispitanika. Treće, čak se i svaki test ili tehnika mogu na različite načine upotrebiti i podaci sa njih se različito interpretiraju u zavisnosti od toga šta želimo da „izmerimo“ pa je neracionalno koristiti bilo koju tehniku frontalno i neselektivno. Najjači argument za neadekvatnost ovakve vrste zahteva je činjenica da psiholog, za razliku od naručioca, zna koje su prednosti a koje ograničenja svake tehnike, koji su uslovi za zadavanje određenog instrumenta, kao i koji je domen funkcionisanja klijenta koji se može datom tehnikom proceniti i zna da je izbor tehnike za procenu uslovljen ciljem procene, odnosno, da je on taj koji treba da izabere tehniku kojom će vršiti procenu.

U ovakvim slučajevima zadatak psihologa je da pronađe način da uspostavi adekvatnu komunikaciju sa kolegama koji su naručioci procene i da onda, kada zahtev nije adekvatno ekspliciran, učini dodatni napor da sa naručiocem naknadno razjasni šta je ono što je cilj kliničke procene. Ukoliko psiholog ne obezbedi sebi ovu vrstu informacije, postoji velika verovatnoća da procena bude nedovoljno organizovana i neekonomična, da se dobiju podaci koji za klijentov problem ili za dilemu naručioca nisu relevantni. U tom slučaju, iako izveštaj psihologa može biti i tačan i zasnovan na podacima koji su prikupljeni adekvatnim pristupom i koji su adekvatno prezentovani, integrisani i interpretirani, realno će biti beskoristan sa aspekta rešavanja dileme naručioca.

5.3. Koja je priroda klijentovog problema?

U ovoj fazi, psiholog bi trebalo okvirno da sazna koji je klijentov problem u vezi kojeg se preduzima procena jer u izvesnoj meri priroda problema diktira opseg i način na koji će se sprovoditi procena.

Npr. *ako je problem hroničan*, kliničara će više zanimati mehanizmi održavanja problema, moguće sekundarne dobiti od problema, kao i u kojoj meri je svakodnevno funkcionisanje klijenta kompromitovano, u oblasti kojih funkcija i, ako postoji neka deterioracija, koji je tok te deterioracije od vremena javljanja problema.

Ako je problem akutan, više pažnje će posvetiti precipitirajućim i deklanširajućim faktorima jer se u tom slučaju teško još može govoriti o faktorima održavanja problema, a zanimaće ga i koji su potencijali klijenta i klijentovog okruženja na koje se klijent može osloniti da bi se sprečila hronifikacija i daljnja traumatizacija usled pojave datog problema.

Isto tako, važna informacija za planiranje procedure kliničke procene je *da li je problem intrapersonalan ili interpersonalan*, odnosno, da li treba računati na uključivanje i drugih osoba iz ispitanikovog okruženja ili

ako i nećemo planirati prikupljanje podataka od drugih, onda da li ćemo u toku prikupljanja podataka uključiti instrumente i tehnike koje registruju i oblast interpersonalnog funkcionisanja ispitanika ili ćemo na osnovu priro-de problema odlučiti da nam taj aspekt nije dovoljno važan.

Relevantno je za pravljenje plana procene i da li je u nekom stepenu kompromitovano klijentovo *telesno funkcionisanje* ili njegovo *kognitivno funkcionisanje* da bi se znalo da li će kliničar trebati da proširi uobičajenu bateriju tehnika instrumentima specijalizovanim za ovu vrstu problema.

Od izuzetne važnosti za ovu fazu kliničke procene je i na samom po-četku registrovati *da li je problem razvojno očekivan* ili nije. Kada je pro-blem razvojno očekivan kao npr. problemi separacije prilikom polaska de-teta u vrtić, ili problem ljubomore starijeg deteta na mlađe dete ili problem polnog identiteta u adolescenciji ili pojava različitih neurotskih simptoma kod mlade žene nakon sklapanja braka i odvajanja od primarne porodice ili pojava depresivne reakcije kod muškarca koji je pre par meseci penzioni-san i sl., u tom slučaju kliničar se više usmerava na registrovanje kapaciteta klijenta ili njegovog okruženja da se adaptira na razvojno nove zadatke i na kapacitete klijenta za razrešavanje datih kriza ili poteškoća kao i na kognitivno-emotivne ili interpersonalne faktore koji ometaju tu adaptaciju ili razrešenje. S druge strane, ako problem nije razvojno očekivan ili ne postoje jasni aspekti situacije ili ne postoje očigledni životni događaji na koje je klijent odreagovao na način koji je za izvestan broj ljudi očekivan, tada će kliničar pre planirati da se usmeri na eventualne indikatore psi-hopatološkog funkcionisanja i na registrovanje nekih trajnijih i stabilnijih intrapersonalnih ili interpersonalnih faktora koji su u korelaciji sa pojavom trenutnog problema.

Od ne male važnosti je i to u kojoj meri je psiholog upoznat sa teo-rijskim konceptima koji objašnjavaju problematiku zbog koje se neki po-jedinačni klijent procenjuje, kakvo mu je dosadašnje iskustvo u radu sa takvom vrstom problema i tom kategorijom klijenata, tako da u ovoj fazi psiholog u svakom konkretnom slučaju treba da odluči da li je potrebno da se pre i tokom procene dodatno upozna sa klijentovom temom i da li su mu potrebne dodatne informacije ili dodatna znanja bilo o problemu, bilo o raspoloživim etiopatogenetskim objašnjenjima problema, bilo o tehnikama kojima se dati problem može dijagnostikovati.

Zadatak 1.

Procenite po navedenim indikatorima koja je priroda problema klijentkinje opisane u prilogu 1. i kako bi to moglo uticati na planiranje procene.

6. DRUGA FAZA: PLANIRANJE KLINIČKE PROCENE

Obavili ste prvi susret sa klijentom, dogovorili se sa njim o datumu kada ćete obaviti psihološku eksploraciju i sada imate vremena da napravite okvirni plan predstojeće procedure kliničke procene.

Kako će izgledati ta procedura: da li će biti dovoljno da sprovedete samo intervju ili jedan do dva testa ili će to biti jedna kompleksna procena sa primenom više različitih tehnika? Na čemu ćete se zadržavati više sa klijentom a šta ćete ovaj put moći da preskočite?

Ko će biti „predmet" procene: pojedinac, dijada, porodica, neka specifična grupa?

Koji psihološki nivo će biti fokus procene: intrapersonalni, interpersonalni, ponašajni, komunikacioni, sistemski...?

Koji načini procene će biti primenjeni: naturalističke tehnike, samoopisne tehnike, projektivne tehnike, fiziološke mere, opservacija u kliničkim uslovima, opservacija u prirodnim uslovima...?

Povezanost sa tretmanom: da li će procena biti uvodni i integralni deo terapijske procedure ili se sprovodi separatno?

Da li će se pratiti i *snage klijenta i olakšavajuće kontekstualne okolnosti* ili će akcenat biti samo na patologiji?

U kliničkoj proceni ne postoji propisana standardna procedura, ali se najveći broj kliničara ipak pridržava nekih uopštenih preporuka o toku i sadržaju eksploracije koja obično obuhvata jedan do dva intervjua sa klijentom, klinički test inteligencije, jednu do dve samoopisne tehnike i ponekad i jednu do dve projektivne tehnike. Ovo je generalno pristup koji se preporučuje kliničarima sa nedovoljno iskustva jer on u najvećem broju slučajeva obezbeđuje da se ne propuste neke bitne informacije koje nisu odmah bile uočljive i daje dovoljno širok uvid u eventualnu potrebu dodatne individualizacije procene, ali je važno znati da se od nje treba odstupiti svaki put kada postoje neke specifične potrebe za tim, a koje proističu ili iz faktora klijenta ili iz faktora situacije ispitivanja. Zato je pred svaku pojedinačnu procenu dobro odlučiti kako će izgledati konkretna procena konkretnog klijenta, odnosno, prvo je potrebno pažljivo isplanirati šta ćemo i kako procenjivati. U ovom poglavlju ćemo detaljno predstaviti na koja

osnovna pitanja treba da odgovorimo u procesu planiranja procene kao i od kojih sve faktora zavisi kako će različiti kliničari odgovoriti na ta pitanja.

Važno je da se prepozna da je planiranje faza koja počinje istog momenta kada se kliničar susretne sa svojim klijentom, kao i da se ponekad proteže kroz ceo proces procene, te da je samo iz edukativnih razloga ovde izdvojena kao posebna faza. Ovo je verovatno i najdelikatnija faza jer samo pravilno isplanirana procedura može da osigura relevantne i pouzdane podatke.

Pošto se, znači, kliničar upoznao sa klijentom, odnosno, shvatio ko klijenta šalje, sa kojim ciljem i vrlo površno, zbog kojeg problema, ono što mu predstoji, to je da napravi okvirni plan svojih akcija. Da bi mogao da napravi takav plan, kliničar treba da odgovori na nekoliko pitanja a dva ključna su:

- Šta pratiti i u kom opsegu?
- Kojim sredstvima će podaci biti prikupljeni?

6.1. Šta pratiti i u kom opsegu?

S obzirom da je uobičajeno klinička procena kombinacija ekstenzivnog i intenzivnog pristupa, tokom nje je moguće dobiti ogroman broj podataka o klijentu, koji nisu svi jednako važni za razumevanje konkretnog klijentovog problema ili za dostizanje konkretnog cilja procene.

Kliničar se može usmeriti na kognitivno funkcionisanje ili kognitivno propadanje ispitanika, može ga zanimati emocionalni profil, regulacija i adekvatnost emocionalnih reakcija, može ga zanimati motivacioni profil klijenta, može kvalitet njegovih interpersonalnih relacija ili ostvarenost psihoseksualnih odnosa, može tip adaptacije, kao i nivo organizacije ličnosti, može ga zanimati koji su kapaciteti klijenta za prevladavanje stresa i koji su faktori vulnerabilnosti a koji su protektivni faktori ili kakva mu je frustraciona tolerancija a može ga zanimati koji su faktori distresa učestvovali u razvoju poremećaja i koji faktori su najodgovorniji za njegovo održavanje.

Dilema pred kojom se kliničar nalazi uvek kada treba da radi sa novim klijentom je šta je ono što je najrelevantnije za razumevanje klijenta i uslova pod kojima se neka poteškoća u njegovom funkcionisanju razvila. To znači da nije nužno da kliničar prikuplja sve dostupne podatke nego je korisno da napravi izvesnu selekciju. Ponekad će biti potrebno da procenjuje samo poneke aspekte funkcionisanja, kao npr. kod procene propadanja kognitivnih funkcija, a ponekad će procena biti daleko obuhvatnija kao kada je npr. cilj procene konstrukcija plana psihološkog tretmana. Da bi bio efikasan i da se procena ne bi pretvorila u nepotrebnu torturu klijenta sa beskrajnim ispitivanjem, nužno je da u ovoj fazi kliničar napravi selekciju i da svakom konkretnom slučaju procene prilagodi oblasti koje će pratiti i koliko će se svakoj oblasti posvetiti, s tim da je ovakav plan

nužno napraviti fleksibilno jer je ponekad tokom same procene moguće da iskrsne nova oblast koja do tada nije bila očigledna kao relevantna ili da se neka oblast, koja je na početku označena kao važna, naknadno prepozna kao neinformativna. Ono što kliničaru treba da bude *najvažniji kriterijum je cilj i svrha ispitivanja*.

Tako svi oni ciljevi koji se tiču *dijagnostičkih dilema* upućuju kliničara na to da će se u najvećoj meri baviti:

- kliničkom slikom, simptomima i sindromima
- uslovima razvoja i održavanja simptoma.

Ciljevi koji se tiču *dinamske dijagnoze* upućuju na to da će se osim prethodnog kliničar čak i više baviti:

- dominantnim personalnim karakteristikama klijenta,
- indikatorima kognitivnog, afektivnog i socijalnog funkcionisanja klijenta,
- indikatorima motivacionog profila,
- podacima koji otkrivaju biografsku perspektivu pojave, razvoja i održavanja problema,
- podacima koji otkrivaju širi kontekst razvoja i održavanja problema,
- podacima koji otkrivaju šta je klijenta učinilo vulnerabilnim na poremećaj, odnosno kakva je interakcija predisponirajućih faktora, precipitirajućih faktora i protektivnih ili deklanširajućih faktora.

Dinamska dijagnoza će u najvećoj meri, znači, upućivati kliničara na formulaciju etioloških i dinamskih pretpostavki, te na procenu onih oblasti koje mu u ovome mogu pomoći. Kako će to u svakom konkretnom slučaju izgledati, zavisiće od teorijske orijentacije kliničara koja će mu biti okvir za formulaciju početnih hipoteza o bitnim varijablama koje treba pratiti i o njihovim pretpostavljenim relacijama, kao i od poznavanja psiholoških empirijskih činjenica o varijablama koje u značajnoj meri objašnjavaju problem koji kliničar posmatra. O ovome će biti još reči u narednim poglavljima.

Cilj koji u sebe uključuje bilo kakvu *predikciju ili postdikciju*, tipa da treba predvideti klijentovu spremnost da učestvuje u nekoj vrsti tretmana ili verovatnoću da klijent izvrši suicid ili da se dekompenzuje u otežanim ili promenjenim uslovima funkcionisanja ili da treba predvideti koji roditelj će pružiti bolje uslove detetu za razvoj ili da treba proceniti stepen uračunljivosti klijenta u momentu izvršenja nekog dela i sl. kliničara upućuje na:

- praćenje onih faktora koji su se u dosadašnjim istraživanjima u toj oblasti pokazali kao prediktori ponašanja koje kliničar treba da objasni ili predvidi,
- praćenje onih faktora koje određeni teorijski model koncipira kao relevantne.

Zadatak 2.

Razmislite koji od navedenih ciljeva su ciljevi procene klijentkinje iz priloga 1. Šta bi ste planirali da posmatrate ako bi ste radili dinamsku dijagnozu i zašto? U vezi čega se očekuje da uradite predikciju?

Pri tome je ipak važno znati, iako smo mi ovde naveli izvesne smernice koje mogu da pomognu u planiranju toga na šta usmeriti pažnju u zavisnosti od cilja i svrhe ispitivanja, da su te smernice ipak vrlo okvirne i neprecizne. U oblasti kliničke procene ipak ne postoje nikakvi pouzdani, provereni i preporučeni spiskovi oblasti koje se u različitim situacijama uvek ispituju i na osnovu kojih se onda nedvosmisleno dobija odgovor na pitanje od kojeg se i krenulo. Ovo stavlja veliku odgovornost na samog kliničara da u svakom konkretnom slučaju napravi takav spisak sa punom svešću o tome da šta će na kraju naći direktno zavisi od toga šta je i kako tražio, te da uvek ima izvestan stepen kritičnosti prema svojim zaključcima i da je preporučljivo da uvede kontinuiranu evaluaciju sopstvene procene.

6.2. Kojim sredstvima će podaci biti prikupljeni?

Pošto je kliničar napravio skicu oblasti koje će procenjivati, treba da se odluči kojim tehnikama je najprimerenije da to uradi. Na raspolaganju su mu različita sredstva procene, različite metode i tehnike od nestandardizovanih intervjua do standardizovanih testova i inventara sa proverenim psihometrijskim karakteristikama i poznatim normama.[1]

6.2.1. Standardne tehnike procene

U kliničkoj proceni je uobičajeno da kliničar kombinuje podatke do kojih je došao i putem naturalističkih tehnika i putem testovnih tehnika.

[1] U ovom praktikumu se ciljano nismo bavili prikazom pojedinačnih tehnika za prikupljanje podataka ostavivši to za sledeću publikaciju a i polazeći od toga da se tehnike uče u okviru predmeta koji prethode predmetu za koji je ova publikacija napisana. Čitalac koji nije upoznat sa navedenim tehnikama se upućuje na postojeće priručnike za svaku od nabrojanih tehnika u izdanju Društva psihologa Srbije, kao i na udžbenik Klinička psihologija, autora Biro, M. i Butollo, W., izdatog 2003. od strane Futura publikacija, Novi Sad.

Naturalističke tehnike obuhvataju sve one tehnike prikupljanja podataka koje nisu standardizovane, nemaju unapred u potpunosti definisanu proceduru sprovođenja, nemaju empirijski definisan princip skorovanja dobijenih podataka i nemaju definisana uputstva za interpretaciju. Najčešće se primenjuju različite forme nestrukturiranog ili polustrukturiranog intervjua i nesistematsko posmatranje ponašanja klijenta. Podaci dobijeni ovim tehnikama se prikupljaju u direktnom kontaktu sa ispitanikom, pretežno neformalno a interpretiraju se kvalitativno i klinički. Poželjno je da psihološka eksploracija započne ovakvim tehnikama. Na taj način dolazimo do osnovnih podataka o ispitaniku koje usmeravaju naše dalje akcije. Istovremeno i što je jednako važno, pruža nam se mogućnost da ostvarimo specifični kontakt sa ispitanikom koji je osnova njegove kvalitetne saradnje sa nama i povećava se mogućnost da podaci koje dobijemo u daljem ispitivanju budu tačni i iscrpni. Prednost ovih tehnika je da pružaju mogućnost kliničaru da prikupi podatke o spontanom ponašanju klijenta i da prilagodi tok ispitivanja individualnim uslovima i specifičnim potrebama. Ovim tehnikama se mogu dobiti podaci za koje ne postoje konstruisani testovi, a koji se u nekom konkretnom slučaju mogu pokazati kao veoma relevantni za razumevanje konkretnog klijenta u njegovom jedinstvenom životnom kontekstu. Takođe, ponekad je potrebno nakon primenjenih testovnih tehnika proveriti značenje određenog testovnog rezultata, naročito onda kada se taj rezultat ne uklapa u ostale rezultate ili ukazuje na neku karakteristiku klijenta koja nije bila uočena do tada. Tada je ekonomično da se takva procena sprovede kroz za taj slučaj specifikovan i prilagođen intervju ili posmatranje. Takav primer vidimo kod pacijenata koji po kliničkoj slici ne zadovoljavaju kriterijume psihotičnog poremećaja a npr, na MMPI-u dobiju povišenje na skalama tzv. psihotičnog triasa (Pa, Sc i Ma). U takvom slučaju kliničar treba da sprovede dodatni intervju u kojem će proveriti način na koji je klijent odgovarao na primenjenom inventaru da bi procenio da li se zaista radi o neprepoznatom psihotičnom procesu ili se radi o nekom specifičnom stilu odgovaranja ispitanika na testu. Očigledno ograničenje ovih tehnika je njihova nestandardizovanost i velika zavisnost njihove upotrebljivosti od kvaliteta samog procenjivača i u procesu prikupljanja podataka i u procesu obrade i interpretacije podataka. Ovo nas upozorava na to da je bolje ukoliko tehnike koje se oslanjaju na naturalističku procenu kombinujemo sa standardizovanim tehnikama.

Standardizovane tehnike se odnose na one tehnike procene nad kojima je sproveden postupak standardizacije, poželjno je i validacije, tako da postoji određena procedura njihovog zadavanja, jasan sistem kodovanja sirovih podataka i postoje norme u odnosu na koje se rezultat svakog klijenta može uporediti da bi se ostvarila procena ispitane karakteristike u

odnosu na referentnu grupu. Danas kliničari raspolažu ogromnim brojem standardizovanih tehnika namenjenih proceni širokog spektra sposobnosti, ponašanja, interesovanja i latentnih struktura. Mnoge od njih su specijalizovane i potpuno prilagođene proceni u kliničkoj situaciji, kao što su različite baterije testova za procenu psihoorganiciteta ili baterije za procenu terapijskog procesa ili terapijskog napretka ili instrumenti za procenu kvaliteta življenja ili instrumenti za procenu emocionalne regulacije ili stanja depresivnosti ili stanja ili crte anksioznosti ili self-koncepta ili strategija prevladavanja i sl. Iako imaju ograničenu informativnu vrednost jer su tako specijalizovani, ovi instrumenti mogu biti veoma korisni kada kliničar treba da dâ neki vrlo specifičan odgovor. Od tehnika koje se koriste u kliničkoj proceni kao globalne mere funkcionisanja klijenta i koje se kao takve prepoznaju kao najkorisnije, najčešće su Wechslerove skale inteligencije i MMPI (Groth-Marnat, 2003; Trull, 2005). U našoj sredini kliničari koriste VITI (Berger, Marković i Mitić, 1995) i MMPI-202 (Biro, 1995). Prednost ovih tehnika je što omogućavaju kliničaru da na pouzdan način procenjuje stepen izraženosti određene karakteristike, sposobnosti, navike, crte ili tendencije kod klijenta a u odnosu na prosečnu zastupljenost iste te karakteristike u opštoj populaciji. Kako su ove tehnike višedimenzionalne, njihova korisnost je višestruka jer pružaju ne samo uvid u izraženost nekih pojedinačnih karakteristika nego i u njihov međusobni odnos omogućavajući izradu profila klijenta. Njihovo osnovno ograničenje proizilazi iz njihove dužine i značajnog napora koji klijent treba da uloži da bi ih kompletirao. Ovo je posebno vidljivo kada je u pitanju depresivan pacijent ili psihotično izmenjen pacijent. Problem sa ovakvim tehnikama može da nastane i u fazi interpretacije podataka. Naime, i pored izvesnih smernica za interpretiranje pojedinačnih rezultata, ne postoje do kraja empirijski utemeljene interpretacije profila, kao što ne postoji ni teorijski okvir na kome se baziraju ovi instrumenti a koji bi pomogao kliničaru da dedukuje neke opše principe na pojedinačne pojave. Ovo rezultira time da iako su u pitanju instrumenti sa potpuno definisanom procedurom administriranja i obrade rezultata, krajnja interpretacija dobijenog individualnog profila klijenta je često ponovo klinička. Ograničenje se odnosi i na povremeno nedovoljno jasno značenje dobijenih podataka jer iz samog rezultata ne možemo imati do kraja uvid u način na koji je klijent razumeo ni situaciju ispitivanja ni pojedinačne ajteme na koje je odgovarao. Zato je poželjno da se ova vrsta tehnika kombinuje sa naturalističkim tehnikama jer se tako potenciraju korisne strane obe vrste tehnika.

U kliničkoj praksi se često koriste i *projektivne tehnike*. Ovo su tehnike koje se nalaze između naturalističkih tehnika i objektivnih testova. S jedne strane, najveći broj ovih tehnika ima standardnu proceduru zadavanja te-

stovnog materijala, koja obezbeđuje to da svi klijenti na jednak način bivaju izloženi testovnom stimulusu. Deo ovih tehnika ima i standardizovanu formu kodiranja odgovora i neke nude i norme za upoređivanje pojedinačnog odgovora ispitanika radi objektivne klasifikacije. Ali ono što većini nedostaje to je normiran način za dalju interpretaciju dobijenih podataka, tako da se ovoj interpretaciji najčešće prilazi impresionistički. Kod nas se najčešće koriste Crtež ljudske figure (Mahover, 1970), Test nedovršenih rečenica (Berger, 1983) i Rorschach (Berger, 1989; Đurić Jočić, 2002). Iako su ove tehnike do sad pretrpele mnoge kritike zbog neizvesnih metrijskih karakteristika i otežanog postupka validacije, jer im je predmet procene ponašanje za koje je teško definisati kriterijum (Aiken, 2000) , kliničari ipak ne odustaju tako lako od ovog alata pa se ove tehnike uz TAT nalaze i dalje na samom vrhu po učestalosti korišćenja u svakodnevnoj praksi psihologa (Groth-Marnat, 2003). Ono što psiholozi vide kao značajnu prednost ovih tehnika je smanjena mogućnost klijenta da fabrikuje određenu sliku o sebi i njegova primoranost da otkrije podatke koje možda i nije bio spreman da otvoreno predstavi ili ih nije bio ni svestan pa sledstveno tome nije ni mogao da nam ih komunicira. Projektivne tehnike prate ideju o slojevitoj organizaciji ličnosti i namena im je da zahvate one slojeve ličnosti koji nisu javni. Pretpostavka je da ovi podaci mogu da nam pomognu da bolje razumemo skrivene potrebe i motive kao i konflikte i način na koji se klijent brani od anksioznosti. S obzirom na to da su ove tehniko izuzetno zavisne od veštine kliničara i da imaju nejasne metrijske karakteristike koje bi mogle da garantuju pouzdanost naših zaključaka, nedopustivo je da se primenjuju samostalno. One svoju ulogu mogu da imaju isključivo kao dodatak ostalim tehnikama u situacijama kada nam prethodne tehnike nisu dale dovoljno materijala za potvrdu određene dijagnostičke hipoteze.

Obaveza kliničara je da poznaje kojom metodom i kojim instrumentom se procenjuje koja oblast psihosocijalnog ili mentalnog funkcionisanja, koliko je ta metoda pouzdana, za koji uzrast je primerena i da li je osetljiva na kulturne, obrazovne, polne ili starosne razlike.

6.2.2. Kriterijumi za selekciju tehnika

Osnovni kriterijumi (Olin & Keatinge, 1998) koji treba da rukovode kliničara prilikom planiranja selekcije tehnika za procenu su:

- psihometrijske karakteristike tehnike,
- klinička korisnost tehnike,
- karakteristike klijenta i problema koji se procenjuje,
- kliničareva osposobljenost za primenu tehnike.

Vidimo da kriterijumi kojima će se kliničar rukovoditi treba sa jedne strane da se tiču psihometrijskih karakteristika odabranih metoda a sa druge strane primerenosti date metode svakom konkretnom slučaju. Tako je ponekad izbor metoda diktiran banalnom činjenicom da klijent ne zna da čita ili da ne poznaje dobro jezik kojim se služi kliničar i na kome su štampani testovi, te se procedura ispitivanja mora prilagođavati do mere koja ponekad problematizuje kasniju primenu normi.

Iako je psihometrijska vrednost metode kriterijum od kojeg kliničar ne sme da odustane, iz gore navedenih kriterijuma je očigledno da je prepoznato da u kliničkom kontekstu on ne može biti jedini. Čak je u nekim situacijama od sekundarnog značaja jer i pored visoke pouzdanosti neki psihološki instrumenti prosto nisu korisni u kliničkoj praksi ili za neki konkretan zadatak koji psiholog treba da reši. Postoje takve kliničke situacije u kojima će kliničar odgovore na svoje dileme pre dobiti bilo sistematskim bilo nesistematskim posmatranjem ili jednostavnim nestrukturiranim intervjuom. Tako Shrauger i Osberg, (1981) daju pregled više studija koje su se bavile, između ostalog i tačnošću kliničke procene iz kojeg se vidi da je nekad procena tačnija kada se zasniva na netestovnim, naturalističkim podacima, ali da isto tako postoje situacije kada je standardizovani testovni postupak superiorniji u odnosu na naturalističke podatke. Danas se održava ovaj nalaz da je klinička procena potpunija, kompetentnija i korisnija kada se zasniva na kombinaciji naturalističkog i psihotestovnog pristupa. Pri tome je važno voditi računa da, kada koriste testovne tehnike, kliničari uvek treba da koriste instrumente koji su pouzdani i validni i koji su standardizovani na uzorku koji je reprezentativan za populaciju kojoj pripada klijent. I sa metodološkog i sa etičkog aspekta je neprihvatljivo da se u radu sa pojedinačnim klijentom koriste instrumenti koji su standardizovani na nekom stranom uzorku ili na drugom uzrastu i koji su samo interno prevedeni sa nekog drugog jezika, najčešće engleskog. Čak i ako se psiholog opredeli da koristi takav instrument u nedostatku prikladnog instrumenta standardizovanog i validiranog na domaćem uzorku, rezultate može iskoristiti samo orijentaciono a ne kao krucijalne argumente za neki zaključak o klijentu. Eventualno, ovaj stav se može ublažiti onda kada brojna istraživanja ukazuju na to da je instrument slobodan od uticaja kulture, odnosno da su studije validacije pokazale da se dobijene norme ne razlikuju nezavisno od toga u kojoj kulturi je primenjen, ali čak i tada je potrebno primenjivati takve instrumente sa velikim oprezom i dobijene zaključke interpretirati samo kao moguće indikacije.

Osim standardnih psihometrijskih vrednosti, kliničar treba da obrati pažnju i na neke karakteristike instrumenata i metoda koje su posebno važne i specifične za ovakvu vrstu individualne procene i koji se odnose na kliničku korisnost odabrane metode. Tu prvenstveno mislimo na:

- relevantnost metode,

- inkrementalnu validnost metode
- konceptualnu validnost metode.

Relevantnost metode se odnosi na to da odabrana metoda mora pružati mogućnost da da odgovor na pitanje zbog kojeg se cela procena i sprovodi.

Znači, ako je cilj procene odgovor na pitanje o *stepenu propadanja intelektualnih funkcija*, onda će kliničar odabrati tehnike koje mere razvijenost, strukturu i relativan odnos intelektualnih funkcija, kao i instrumente koji mere one funkcije koje su osetljive na propadanje, kao što je npr. pamćenje ili vizuo-motorna koordinacija i neće imati razloga da uključi tehnike koje mere nesvesnu motivaciju.

Ako je cilj psihološke eksploracije *dijagnostička klasifikacija*, onda će kliničar odabrati neke ček liste simptoma kao i inventare ličnosti koji mere one varijable ličnosti koje su dokazano u korelaciji sa psihopatološkim fenomenima, kao što je npr. MMPI ili će sprovesti neki standardizovani intervju.

A ako je cilj ispitivanja *dinamska dijagnoza* onda će akcenat biti na testovima ličnosti iako će u slučaju ovakvog cilja, kliničar uobičajeno odabrati širu bateriju tehnika, testova i skala.

Zanemarivanje ovog kriterijuma prilikom planiranja koje će tehnike biti upotrebljene se vidi u dva tipična pristupa kliničara, a to je da ili forsiraju neki instrument i onda kada to ima i kada to nema smisla, npr. neselektivno sa svakim pacijentom rade Rorschachov metod ili svakom pacijentu daju MMPI ili pak primenjuju uvek istu bateriju testova, tehnika i skala, koja daje širok opseg podataka čak i onda kada se do istog zaključka moglo doći nakon primene manjeg broja tehnika.

Inkrementalna validnost metode se odnosi na sposobnost metode da doda nove informacije prethodnim metodama.

Kliničari uobičajeno prilikom kliničke procene primene više tehnika jer globalni cilj svake procene i jeste kombinacija ekstenzivne i intenzivne procene koja se najbolje postiže pažljivim odabirom različitih pristupa da bi se došlo do podataka koji ukazuju na različite domene funkcionisanja jedne osobe. Ovo je pristup čije prednosti su još davno zapažene od strane Campbella i Fiskea (1959) a danas je i zvanično preporučen od strane APA-e (Meyer et al., 2001) jer je prepoznato da primena više tehnika povećava u izvesnoj meri pouzdanost i tačnost procene (Groth Marnat, 2003). Međutim, ključno pitanje postaje koliko tehnika i koja je ta idealna kombinacija koja će nam dati tu pouzdanu procenu. Odnosno, pitanje je do koje mere treba dodavati tehnike i koje tehnike pa da te tehnike još uvek daju nove informacije i bacaju novo svetlo na do tada skupljene podatke, a kada nove tehnike više nemaju tu moć i podaci tako skupljeni postaju

nepotrebno redundantni a sama primena instrumenata zamorna i skupa za klijenta i za psihologa. Postoji izvestan, mada nedovoljan broj istraživanja koja su se bavila ovom inkrementalnom validnošću metoda, odnosno njihovom prediktivnom korisnošću i nema još dovoljno podataka koji bi bili od nedvosmislene pomoći praktičaru koji se svakodnevno nalazi pred ovakvom dilemom. Istraživanja (Garb, Florio &Grove, 1998) u najvećoj meri pokazuju da je, statistički gledano, jedna od najboljih kombinacija kada se biografskim podacima dobijenim kroz intervju dodaju podaci dobijeni putem MMPI-a, ali ako su pre dodavanja ovog inventara već dobijeni ekstenzivni podaci drugim tehnikama, onda MMPI postaje nekoristan. U odnosu na projektivne tehnike rezultati istraživanja su vrlo nekonzistentni od onih koji ovim tehnikama poriču inkrementalnu moć (Garb et al. 1998) do onih koji su uspeli da prepoznaju ovu vrednost i kod projektivnih tehnika (Weiner, 1999). Generalno, podaci ukazuju da što je više novih tehnika u bateriji, to je sve manja njihova moć da dodaju nove informacije o klijentu (Garb et al. 1998; Wood, Garb, Lilienfeld & Nezworski, 2001). Međutim, ova tema je daleko od istražene i potrebno je još istraživačkog napora, prvenstveno da bi se usavršile metode kojima se može adekvatno proceniti inkrementalna moć instrumenata koji se koriste u kliničkoj praksi. U toj praksi, psiholog, znači, treba da, u zavisnosti od toga šta je cilj i svrha predstojeće procene, napravi bateriju tehnika koje pokrivaju, sa jedne strane, za taj cilj relevantna područja, a s druge strane da se te tehnike ipak međusobno razlikuju ili u područjima koje zahvataju ili zbog načina kako zahvataju određeno područje. Npr. testovi sposobnosti i testovi ličnosti se značajno razlikuju, i pored delimičnog prepokrivanja, u područjima, odnosno varijablama koje mere i njihovom istovremenom primenom ćemo moći da opišemo više psihičkih funkcija, a samoopisne tehnike i projektivne tehnike mogu da zahvataju isto područje, npr. stepen izraženosti agresije ali one to rade na različit način i njihovom primenom možemo da opišemo i stepen javnog ispoljavanja agresije klijenta ili njegove samoprocene ispoljavanja agresije, odnosno, takozvane eksplicitne karakteristike ličnosti i stepen njegove nesvesne agresivne motivacije, odnosno, implicitne karakteristike ličnosti (Bornstein, 1999; 2001).

Kada govorimo o inkrementalnoj validnosti tehnika u svakodnevnoj kliničkoj praksi psihologa, važno je da razlikujemo barem tri vrste ove validnosti, što znači da se korisnost neke tehnike ne može svesti samo na sposobnost da unese kvalitativno novu informaciju.

Naime, nas će samo ponekad zanimati da različitim tehnikama dobijemo kvalitativno nove informacije i tada govorimo o *aditivnoj vrednosti tehnike*.

Biće situacija kada će nas zanimati da putem više tehnika potvrdimo neke informacije da bi naša tvrdnja bila proverena i da bi u slučaju potvrde

imala jaču snagu argumenta i tada ćemo govoriti *o konfirmativnoj vrednosti testa*.

Biće i situacija kada ćemo putem više tehnika želeti da damo različite aspekte ili različite nivoe iste pojave da bismo videli da li su ovi nivoi usaglašeni ili postoji neki raskorak između npr. latentnih i manifestnih struktura ličnosti kada govorimo o *komplementarnoj vrednosti testa*.

Zadatak 3.

U sledećim primerima psiholog se u skladu sa zadatkom opredeljuje za određenu kombinaciju tehnika procene. Na koju od tri inkrementalne vrednosti tehnike on računa u svakom od primera?

1. Ispitanik je poslat na ispitivanje sa ciljem diferencijalne dijagnostike između psihoorganskog procesa i neurotske reakcije a usled žalbi na glavobolje, probleme sa pamćenjem, vrtoglavicu, mučninu i opštu slabost. Simptome je počeo da oseća ubrzo nakon sukoba sa kolegom na radnom mestu, kada ga je kolega udario i slomio mu vilicu, te uzrokovao blaži potres mozga. Kliničar se odlučuje da nakon intervjua primeni neki trijažni test na organicitet i MMPI. Zašto baš ova kombinacija?

2.. Ispitanik je poslat na ispitivanje sa ciljem dijagnostičke klasifikacije i određivanja tipa tretmana, a žali se na dugogodišnje stanje straha u različitim situacijama, naročito kada treba da kontaktira sa drugim ljudima, kada se obilno i vidno znoji i drhti, usled čega je značajno smanjio svoje socijalno angažovanje. Trenutno mu je najveći problem to što mu predstoji za par meseci ženidba sina u vezi čega razvija čitav niz samozastrašujućih fantazija u vezi svojih reakcija pred svatovima. Kliničar se opredeljuje da nakon bihevioralnog intervjua sprovede i standardizovani intervju za procenu anksioznih poremećaja i da da ispitaniku ček listu iracionalnih uverenja. Zašto baš ova kombinacija?

3. Ispitanica je poslata na ispitivanje u okviru psihijatrijske hospitalizacije sa ciljem procene kvaliteta remisije nakon što je dve nedelje provela na zatvorenom odeljenju za psihotične poremećaje. Hospitalizovana je u izrazito agitiranom stanju, nakon što je dovedena od strane policije, koja je intervenisala na poziv roditelja jer je uključila na najglasnije sve muzičke uređaje u stanu da bi zamaskirala zvuk pred onima koji je prisluškuju i uspaničeno po kući tražila dokaze da se protiv nje kuje urota i da je strane obaveštajne službe prate jer misle da ona zna gde se kriju hški optuženici. Prethodno dva dana nije ništa jela niti je spavala jer je sumnjala da će je roditelji ubiti na spavanju ili je otrovati pošto su i oni umešani u „tu stvar“. Aktuelno, ispitanica verbalizuje delimičnu kritičnost u odnosu na simptome i izjavljuje da joj se to možda samo učinilo zbog umora i gladi, dok je agitiranost u potpunosti kupirana. Kliničar se opredeljuje da nakon biografskog i dijagnostičkog intervjua primeni MMPI i Rorschachov metod. Zašto baš ova kombinacija?

O ***konceptualnoj validnosti*** metoda koje se upotrebljavaju u kliničkoj proceni govorimo kao o sposobnosti metode da produkuje i proveri neku hipotezu, kao i da se putem nje mogu dobiti informacije koje nam daju sveobuhvatnu i kompleksnu sliku o ispitaniku (Groth-Marnat, 2003).

S obzirom da su najčešće zadaci psihologa vrlo kompleksni i da su usmereni na registrovanje više dimenzija ispitanikovog funkcionisanja i više faktora koji su povezani sa ovim funkcionisanjem, kliničar bira instrumente koji mogu dati višedimenzionalnu sliku. Ovo jeste jedan od glavnih razloga zašto se u kliničkoj praksi najčešće koriste kompleksni, višedimenzionalni instrumenti poput Wechslerovih skala inteligencije ili MMPI-a, ili često kritikovani projektivni testovi poput Crteža ljudske figure ili Rorschachovog metoda ili TAT, a ređe se koriste jednodimenzionalni instrumenti, iako su u istraživanjima upravo ti jednodimenzionalni instrumenti dokazali svoje visoke metrijske vrednosti i ubedljivu psihometrijsku superiornost u odnosu na klinički popularne instrumente. Naime, njih kliničar obično koristi samo u konfirmativne svrhe, kada hoće da proveri da li je neki indikator, koji se nedovoljno jasno ili se možda nedosledno pokazao u dotadašnjoj proceni, ipak prisutan i u kojoj meri, kao npr. kada se klijent žali na depresivne simptome, a pri tome na MMPI-u ili na Rorschachu ne dobije rezultate koji bi ovo potvrdili, pa se kliničar opredeli da uvede i Beckovu skalu depresivnosti, a da će se vrlo retko opredeliti da je primeni samo u kombinaciji sa intervjuom. Radi se o tome da, iako ovaj instrument pokazuje odlične karakteristike za npr. evaluaciju tretmana i u kontekstu istraživanja, on produkuje mali broj hipoteza i ne daje dovoljno širok dijapazon korisnih informacija. Odnosno, premalo je informativan i preuzak za kliničku praksu, tako da se njegova upotreba u dijagnostičke svrhe najčešće svodi na skrining funkciju. Takođe, ovo može da nam razjasni zašto se kliničari i dalje drže relativno malog broja klinički validiranih i već relativno starih instrumenata a retko uključuju instrumente kao što je npr. Neo-PI-R, koji je, iako višedimenzionalan, ipak po varijablama koje meri, nedovoljno relevantan za tipične zadatke procene u primenjenom kliničkom kontekstu, te je više primeren nekliničkoj populaciji i dosledno pokazuje svoju korisnost u istraživačkim kontekstima. Iako se i ovi novi instrumenti sve češće pojavljuju u udžbenicima iz kliničke psihologije (Trull, 2005), pregledi pokazuju da se oni još uvek mnogo češće koriste kao istraživački a samo sporadično kao individualni, klinički instrumenti (Maruish, 2000; 2004). Da bi počeli češće da se koriste i u kliničkom kontekstu, verovatno je potrebno da budu detaljnije klinički validirani da bi se proverilo koliko su konceptualno i inkrementalno validni i relevantni za svakodnevni posao kliničara praktičara.

Vidimo, znači, da se u ovoj fazi pripreme kliničar nalazi pred ozbiljnim zadatkom da odabere prvenstveno provereno pouzdane i validne metode,

ali takođe i da proceni za svaki slučaj posebno koje bi metode bile relevantne, prediktivno korisne i adekvatno informativne i interpretabilne a istovremeno i ekonomične, za klijenta ne preterano iscrpljujuće, koje su standardizovane i čiju proceduru zadavanja i obrade dobro poznaje.

Takođe je korisno u ovoj fazi da psiholog ima okvirnu ideju u vezi toga da li će biti potrebno da se u proceduru procene uključe i još neke osobe, npr. članovi porodice, zatim da li će biti dovoljno da se procena sprovodi samo u kliničarevoj ordinaciji ili je možda potrebno proširiti je i na kućnu sredinu, kao kada je npr. u pitanju procena poslovne sposobnosti starih lica, pa je potrebno proceniti kako se stara osoba snalazi u svom prirodnom okruženju, takođe i da li će trebati i saradnja sa još nekim stručnjacima koji mogu značajno doprineti razumevanju klijenta i njegovog problema. Što više ovakvih pojedinosti kliničar isplanira, to će brže i kvalitetnije sprovesti psihološku eksploraciju i moći će sa više poverenja prići dobijenim podacima.

Na samom početku procene odgovori na ova pitanja su samo privremeni i tokom daljeg toka eksploracije mogu se menjati u zavisnosti od novih informacija koje se dobiju i koje mogu baciti novo svetlo na problem i usloviti promenu kliničarevog pristupa.

7. TREĆA FAZA: PRIKUPLJANJE PODATAKA

Iz prethodnog poglavlja je očigledno da klinička procena podrazumeva nekoliko važnih aspekata:

- da treba da se zasniva na empirijski validiranoj proceduri,
- da se zasniva na podacima koji su prikupljeni pomoću više od jedne tehnike,
- da je poželjno da je procedura individualizovana i prilagođena karakteristikama klijenta, prirodi njegovog problema i cilju i svrsi ispitivanja.

7.1. Tok prikupljanja podataka

Biografski podaci: U najvećem broju slučajeva proceduru prikupljanja podataka kliničar će započeti ekstenzivnim pristupom, odnosno prikupljanjem osnovnih biografskih podataka koji bi trebalo, kako ispitivanje odmiče, da postanu sve specifičniji i da se postepeno usmeravaju na oblast problema. U našoj sredini se za ove potrebe primenjuje List Osnovnih Biografskih Informacija. On je u formi polustrukturiranog intervjua sa naznačenim oblastima i podacima koje kliničar prikuplja kroz poluformalni razgovor sa klijentom. Svrha ove tehnike nije razumevanje ličnosti, već postavljanje dijagnostičke pretpostavke i definisanje konfliktnih zona. U pitanju je, znači, tehnika za otkrivanje relevantnih delova biografije od značaja za razumevanje ličnosti čije su osnovne funkcije:

- definisanje konteksta razvoja ispitanika,
- određivanje faktora rizika i razvoja i stepena adaptacije i
- usmeravanje daljeg toka eksploracije.

S obzirom da prethodna tehnika nije usmerena ka razumevanju ličnosti niti ka otkrivanju dijagnostičkih indikatora, ona mora biti dopunjena drugim tehnikama. Koje će to tehnike biti u svakom konkretnom slučaju, zavisiće od plana kliničara koji je on napravio po ranije navedenim kriterijumima. Mi ćemo ovde izneti opštu šemu koja se najčešće koristi u kliničkom kontekstu. Konkretan primer primene ove šeme dat je u prilogu na kraju knjige i čitaoca upućujemo da ga konsultuje paralelno sa čitanjem ovog i sledećih poglavlja posvećenih interpretaciji podataka i pisanju izveštaja.

Intervju: Nakon primenjenog LOBI-a kliničar pristupa sprovođenju dijagnostičkog intervjua. Taj intervju može biti klasičan dijagnostički, odnosno usmeren na identifikovanje specifičnih psihopatoloških indikatora u svrhu dijagnostičke klarifikacije, a može biti i više eksplorativan i usmeren u pravcu razumevanja klijenta i prepoznavanja relevantnih faktora koji su doprineli specifičnom razvoju njegove ličnosti i karakterističnih sklopova ponašanja kao i pojavi i održavanju konkretne disfunkcionalne adaptacije. Intervju koji se sprovodi sa ciljem dijagnostičke klarifikacije je najčešće strukturiran u skladu sa kriterijumima poremećaja definisanim u zvaničnim klasifikacionim sistemima i takvom standardizacijom se po metrijskim karakteristikama značajno približio tzv. objektivnim testovima. Eksplorativni intervju je najčešće polustrukturiran i poludirektivan, mada je direktivnost promenljiva i zavisi od teorijskog opredeljenja kliničara. Tokom sprovođenja ovakvog intervjua kliničar treba da prati sledeće indikatore:

- Verbalni iskaz klijenta:
  - Sadržaj iskaza,
  - Adekvatnost klijentovog odgovora,
  - Iscrpnost klijentovog odgovora,
  - Stil klijentovog govora,
- Neverbalno ponašanje klijenta:
  - Fizičku pojavu,
  - Telesne pokrete,
  - Stav tela,
  - Udaljavanje i približavanje u odnosu na kliničara,
  - Uspostavljanje i održavanje kontakta očima,
- Emocionalno ispoljavanje:
  - Prisustvo direktnog ili indirektnog ispoljavanja emocionalne uzbuđenosti
  - Povezanost emocionalne uzbuđenosti sa verbalnim sadržajem ili drugim faktorima,
  - Sadržaj emocionalnog ispoljavanja
  - Adekvatnost emocionalnog uključivanja
  - Adekvatnost emocionalne reakcije u odnosu na kliničara

Klinički test inteligencije: Uobičajeno se posle intervjua sprovodi kliničko testiranje inteligencije. Sa jedne strane ono što nas rukovodi da uvedemo klinički test inteligencije u proceduru procene je to što nas zanima da li je klijent intelektualno sposoban da učestvuje u psihološkom testiranju i sa kakvim poverenjem možemo prihvatiti njegove odgovore. Druga važna stvar je kakvi su klijentovi kognitivni kapaciteti za prilagođavanje na uslove u kojima živi i da li se možda njegova nefunkcionalnost može delimično objasniti nekom nerazvijenošću ili specifičnošću njegovog kognitivnog funkcionisanja. Treće je da

u kliničkoj praksi postoji često dilema da li je neefikasnost klijenta u rešavanju problema trenutna ili trajna, da li je posledica retardacije, organskog procesa ili aktuelnog patološkog procesa i da li je globalna ili specifična. Za odgovor na prvo pitanje bio bi dovoljan i neki jednostavniji test inteligencije. Međutim, druga dva pitanja podrazumevaju da procenimo, ne samo krajnji domet našeg ispitanika, nego i specifičnosti njegovog kognitivnog funkcionisanja i tu nam može poslužiti samo klinički test inteligencije. Klinički testovi inteligencije su individualni testovi inteligencije koji podrazumevaju da u procesu zadavanja testovnog materijala postoji stalna komunikacija kliničara i ispitanika i da kliničar ima neposredan uvid u način i tok ispitanikovog rešavanja problema. Prednost ovih testova u kliničkoj praksi je što osim brojčano izraženog učinka ispitanika daju i uvid u razvijenost i nerazvijenost pojedinih sposobnosti kao i što daju mogućnost da se sprovede i kvalitativna analiza i da se proceni i udeo personalnih nekognitivnih faktora na konačno postignuće. Pretpostavka koja se nalazi u osnovi uključivanja testova inteligencije u bateriju testova koji se koriste u kliničkoj proceni je da postoji međuzavisnost intelektualnih i neintelektualnih faktora tako da intelektualni kapacitet i struktura pojedinih sposobnosti u izvesnoj meri determinišu način na koji osoba rešava svakodnevne životne probleme, kao i da neintelektualni faktori, kao što su emocionalni, motivacioni ili trajnije personalne dispozicije učestvuju u načinu kako osoba koristi svoje intelektualne potencijale. Takođe, često je važno pitanje ne samo dometa nego i karakteristika kognitivnog stila ispitanika i u kakvoj vezi taj kognitivni stil stoji sa ispitanikovim problemom zbog kojeg je na tretmanu. U takvim situacijama samo globalni učinak na običnom testu inteligencije nam ne bi dao adekvatne odgovore. Ono što planiramo da dobijemo primenom Wechslerove skale inteligencije su sledeći indikatori:

- Nivo opšte inteligencije
- Strukturu mentalnih sposobnosti
- Procenu odnosa mentalnog kapaciteta i umnog ostvarenja
- Uvid u strategiju misaonog rešavanja problema
- Nivo konceptualizacije
- Procenu mentalnog propadanja

Testovna procena ličnosti: Nakon što smo sproveli kliničko testiranje inteligencije i uverili se da naš ispitanik ima barem prosečne intelektualne potencijale koji ne idu ispod IQ 80, možemo da pristupimo i testiranju ličnosti. Ukoliko dobijeni rezultat ukazuje na niži količnik inteligencije od ove vrednosti, ispitivanje samoopisnim tehnikama bi postalo nedovoljno pouzdano jer bi se dovela u pitanje ispitanikova sposobnost da adekvatno razume sadržaj testa. U tu svrhu obično koristimo MMPI 202. Ovaj instrument je posebno pogodan za kliničku procenu jer nam u najvećoj meri daje uvid u trenutno stanje klijenta u smislu izraženosti aktuelnih tegoba

i nefunkcionalnosti, što ga čini instrumentom korisnim za dijagnostičku klarifikaciju, ali nam daje i uvid u brojne latentne i trajnije strukture klijentovog personalnog funkcionisanja, što ga čini i instrumentom korisnim za dinamsku dijagnozu i za procenu podobnosti klijenta za tretman. Dodatna pogodnost ovog instrumenta je što ima i skale validnosti preko kojih otkrivamo da li je ispitanik u nekoj meri i u određenom smeru dao netačnu sliku o sebi, bilo da je umanjio, bilo da je povećao ozbiljnost svojih tegoba. Ovaj podatak nije koristan samo u proceni sa koliko poverenja možemo da pristupimo analizi rezultata tog konkretnog testa, nego i koliko možemo da imamo poverenja i u ostale podatke koje smo dobili od tog pacijenta tokom kompletne procedure psihološke procene.

❍ **Prilog 2. – Počeci multimodalnog pristupa**

Multimodalni ili baterijski pristup proceni nije nov u kliničkoj psihologiji. Korchin (1976) kao rodonačelnike ovog pristupa vidi Murraya i Rappaporta koji su među prvima isticali da je za adekvatnu procenu nužno ispitanika ispitati putem više različitih tehnika. Njihova logika se zasnivala na, u njihovo vreme, dominantnom psihodinamskom teorijskom okviru i bila je da je ljudsko ponašanje kompleksno, da je ličnost slojevito organizovana, da je informacija o samo jednom sloju nedovoljna za razumevanje funkcionisanja ispitanika i da je stoga nužno na istom ispitaniku primeniti više pristupa koji su konstruisani tako da zahvataju različite slojeve ličnosti putem kojih ćemo onda imati kompletniju sliku. Posebno je značajan doprinos Rappaporta na razvoj multimodalnog pristupa kliničkoj proceni jer je on jedan od retkih teoretičara praktičara koji je vodio računa, ne samo o principima na kojima biramo tehnike kojima ćemo proceniti klijenta, nego je ponudio teorijski, ego-psihološki model koji daje smernice za naknadno integrisanje i interpretiranje pojedinačnih rezultata dobijenih sa prethodno teorijski nepovezanih izvora. Nepostojanje teorijskog okvira za integrisanje svih pojedinačnih rezultata se inače i danas smatra za jednu od najvećih mana baterijskog pristupa proceni (Berger, 2003) i na tom planu se veoma malo uradilo u međuvremenu, tako da se i današnji kliničari svakodnevno susreću sa problemom izostanka nekog jasnog kriterijuma za povezivanje pojedinačnih podataka.

U najvećem broju slučajeva opisana kombinacija tehnika je dovoljna da dâ odgovore na najveći broj postavljenih zahteva pred psihologa. Međutim, biće i brojne situacije kada će psiholog odlučiti da proširi ovu bateriju u skladu sa specifičnim problemom klijenta ili sa specifičnim zahtevom naručioca. Nekada će to proširenje ići u smeru traganja za nekim specifično relevantnim personalnim indikatorima koji nisu uspešno zahvaćeni nabrojanim tehnikama, nekada je to u smeru diferencijalne dijagnoze psihoorganskog sindroma a nekada je to u smeru obezbeđivanja dodatnih in-

dikatora strukturalne patologije kada se obično uključuje i neki projektivni test. Napred smo već naveli da je obaveza kliničara da zna koje oblasti funkcionisanja zahvata koji instrument i da u skladu sa tim vrši proširivanje ili sužavanje instrumenata kojima će sprovoditi procenu.

7.2. Osnovne oblasti posmatranja

Kliničari mogu da se razlikuju po tome šta prepoznaju kao bitne informacije koje su im potrebne da bi razumeli šta je klijentov problem, kako to da ga klijent ima i šta je potrebno u vezi tog problema učiniti. Posebno se razlikuju po tome koliko se detaljno posvećuju pojedinim oblastima klijentovog funkcionisanja kao varijablama koje smatraju za relevantne u proceduri procene. Pa ipak, moguće je makar globalno izdvojiti oblasti koje će najveći broj kliničara smatrati bitnim i informativnim i na koje će se u manjoj ili većoj meri fokusirati. To su:

- informacije o manifestnim karakteristikama klijentovog problema,
- informacije o posledicama klijentovog problema na njegovo svakodnevno funkcionisanje,
- informacije koje osvetljavaju etiologiju problema:
  - informacije o faktorima koji ukazuju na moguću vulnerabilnost klijenta da razvija ovakav problem,
  - informacije o mogućim faktorima rizika koji su doprineli razvoju problema,
  - informacije o mogućim precipitirajućim faktorima koji su doprineli da se problem ispolji,
- informacije koje mogu da pomognu u razumevanju mehanizma održavanja problema,
- informacije o kapacitetima klijenta da reši problem,
- informacije o mogućim protektivnim faktorima koji mogu pomoći klijentu da reši problem,
- informacije o mogućim otežavajućim faktorima koji mogu da ometaju proces rešavanja problema,
- Informacije koje upućuju na dalji tok razvoja problema u slučaju da se primeni intervencija i u slučaju da se ne primeni intervencija.

Da bi došao do ovih informacija, psiholog može da se posveti različitim specifičnim indikatorima i da se služi različitim metodama za prikupljanje podataka.

U tu svrhu, kliničari najčešće prikupljaju sledeće specifične podatke o svojim klijentima:

Osnovni demografski podaci, koji ocrtavaju aktuelni egzistencijalni kontekst ispitanika u smislu koliko je star, koliko je edukovan, da li je i gde zaposlen, kakav mu je bračni status, da li ima dece, sa kim živi, da li potiče iz neke specifične kulturne sredine i sl. Ovi podaci nam služe kao prvi okvir u odnosu na koji ćemo da upoređujemo podatke koje smo dobili različitim tehnikama. Tako će npr. izjava klijenta da su njegovi problemi posledica toga da je komšinica bacila čini na njega i njegovu porodicu imati indikativan značaj ukoliko to izjavi visoko obrazovana osoba odrasla u gradskoj sredini u porodici koja nije nikada negovala ovakav način tumačenja realnosti, dok će isti podatak verovatnije biti odraz kulturne specifičnosti kada ga da osoba koja živi ili potiče iz sredine u kojoj se i inače razne ljudske nedaće objašnjavaju višim silama i vradžbinama. Ili, podatak o količniku inteligencije (IQ) od 89 imaće veći indikativan značaj kada ga dobijemo za osobu koja je npr. magistar hemije, nego kada ga dobijemo za osobu koja nije završila osnovnu školu. Podatak o visini Pd skale ima drugačiji značaj ako ga dobijemo od mlade osobe koja negira da ima bilo kakve probleme i kada ćemo ga u okviru tog konteksta tretirati verovatnije kao potrebu klijenta da se predstavi kao prodorna, ambiciozna i odlučna osoba, nego ako ga dobijemo od sredovečnog alkoholičara ili udate žene koja je pokušala suicid u trenutku kada je muž zatražio razvod i kada ćemo ovaj podatak verovatnije tretirati kao indikator povišene agresivnosti, smanjene frustracione tolerancije i sklonosti da se napetost oslobađa kroz agresivne acting oute. Ove demografske podatke uglavnom dobijamo primenom LOBI-a i intervjua.

Aktuelni psihofizički status klijenta, koji se odnosi na to na koje tegobe se klijent trenutno žali, koji simptomi su uočljivi u ponašanju ili doživljaju ispitanika, do koje mere ga ti simptomi ometaju u svakodnevnom funkcionisanju, od kada datiraju, u kojim uslovima su se prvi put javili, u kojim uslovima se aktuelno javljaju, da li postoje još neki problemi koji ometaju klijentovo funkcionisanje, kao što je neka telesna bolest, invaliditet i sl. Ovi podaci su nam prvi orijentir u procesu dijagnostičke klarifikacije i usmeravaju nas na to koliko su problemi ozbiljni, kojoj dijagnostičkoj grupi moguće pripadaju, da li su hronični ili akutni, da li su reaktivne prirode ili su trajnije poteškoće, da li postoje indikatori za više poremećaja, da li postoje neke nelogičnosti u žalbama i funkcionisanju ispitanika. Ove podatke dobijamo primenom i LOBI-a i intervjua i MMPI-a

Klijentovo ponašanje u toku psihološke eksploracije, kao što je opšti utisak koji klijent ostavlja na psihologa, način na koji je pristupio ispitivanju, način na koji komunicira sa kliničarem, stepen saradnje koji ostvaruje tokom ispitivanja, stav koji zauzima tokom različitih tehnika koje se primenjuju, klijentov stav prema potrebi psihološke eksploracije, klijentova motivacija da učestvuje u ovakvom ispitivanju, klijentova motivacija da

iskreno odgovara ili da u nekoj meri daje lažne podatke, klijentova otvorenost za intervencije ispitivača. Ukoliko je klijent hospitalni pacijent, psiholog uzima u obzir i podatke o klijentovom ponašanju na odeljenju, načinu kako komunicira sa ostalim osobljem i sa ostalim pacijentima kao i sa članovima porodice ukoliko mu dolaze u posetu. Ovi podaci imaju kvalitativnu vrednost jer na osnovu njih saznajemo i o stilu ponašanja ispitanika kojeg on sam ne mora biti svestan i o kome će teško nešto izvestiti, a i o tome u kojem stepenu možemo imati poverenja u podatke dobijene pojedinačnim tehnikama. Tako podatak da klijent stalno zakašnjava ili da cinično komentariše testovni materijal ili da na razne načine funkcioniše manje efikasno nego što bi se očekivalo upućuje na hipotezu da klijent ima istaknute pasivno-agresivne crte i da je verovatno sklon razvijanju otpora. Ili podatak da ispitanik dolazi uvek tačno na vreme, da završava ispitivačeve rečenice, da je nagnut napred i da budno prati šta ispitivač govori, da se često ljubazno smeška i pomaže ispitivaču oko testovnog materijala, da više puta izražava zahvalnost kliničaru na ljubaznosti i vremenu, da temeljno objašnjava svoje postupke i opravdava ih i kada to nije traženo od njega, može da ukaže da je u pitanju osoba koja se preterano involvira u relaciju i koja moguće ima izvesne zavisne crte, koja se moguće lako oseti kriva i sl. A podatak da ispitanik prerano ostvaruje relaciju poverenja sa ispitivačem koja je istovremeno i vrlo nestabilna, da pokazuje znake slabe tolerancije na frustraciju i neprimereno ispoljava agresiju ili bilo koju emocionalnu reakciju, da često menja raspoloženje i mišljenje i o sebi i o drugima, koje izražava u ekstremima, može da nam skrene pažnju da razmotrimo mogućnost da se radi o osobi sa graničnom organizacijom ličnosti i možda o nekom poremećaju ličnosti. Sa druge strane, ispitanik koji pokazuje čuđenje ili nelagodu što se nalazi na ispitivanju, koji neverbalno pokazuje da je nestrpljiv i koji izveštava da treba da bude na drugom mestu, verovatno nije adekvatno motivisan ispitanik i moguće je da ćemo dobiti nedovoljno verodostojne podatke da bismo doneli neki validan i pouzdan zaključak o njemu. Važno je naglasiti da su sve ovo vrlo nepouzdani podaci, da se previše oslanjaju na kliničarevu impresiju i na kliničarevu sposobnost da primećuje detalje, na kliničareve kriterijume o tome kada je neko ponašanje neobično i da stoga služe samo kao osnova za postavljanje hipoteza, da su podložni greškama od strane kliničara i da ih je nužno proveriti ostalim tehnikama. Ove podatke uglavnom dobijamo posmatranjem ponašanja klijenta, ali delimično i putem analize skala validnosti na MMPI-u.

Biografski podaci, kao što su podaci o ranom razvoju i opštem toku razvoja, podaci o primarnoj porodici, podaci o ranim iskustvima emocionalnog vezivanja, podaci o procesu i problemima prilagođavanja u sekundarnim grupama, kao što su vršnjačke grupe i školska i radna sredina, podaci o razvoju polnog identiteta i o ranim seksualnim iskustvima, o razvoju

interesovanja, ambicija i ciljeva, i sl. Ovo su vrlo široki i raznovrsni podaci koji treba da nam pruže sliku o nekom kontinuitetu i pravilnostima koje karakterišu razvoj našeg klijenta i koji nam mogu pomoći da razumemo kako je ispitanik postao takva osoba kakva jeste te šta je ono što možemo i u budućnosti očekivati od njega da bismo mogli da vršimo validne predikcije. Ovim podacima dobijamo i uvid u to u kojem stepenu je klijent savladao različite razvojne zadatke, kao što su separacija, individuacija, socijalizacija, u čemu je podbacio, koje je bio period njegovog maksimalnog a koje period minimalnog funkcionisanja, koje su specifičnosti uslova u kojima se razvijao i da li su te specifičnosti imale pretežno stimulišuću i protektivnu ulogu ili su bile ugrožavajuće i faktori ometanja razvoja i destabilizacije procesa adaptacije. Takođe, preko ovih podataka možemo da sagledamo da li se aktuelni problem ispitanika mogao prepoznati u istoj ili nekoj sličnoj formi i ranije u životu ispitanika, kako ga je ispitanik pokušavao prevazići. Na ovaj način saznajemo kontekstualnu i istorijsku prirodu klijentovog problema i specifično individualno značenje tog problema u životu ispitanika, kao i da li problem ispitanika ima neku stabilizujuću ulogu i da li mu donosi neke nesvesne, sekundarne dobiti, što nam može pomoći u slučaju da treba da pravimo plan tretmana. Ove podatke uglavnom saznajemo putem LOBI-a i intervjua.

Podaci o trenutnom emotivnom, socijalnom i profesionalnom funkcionisanju klijenta, kao što je postojanje i kvalitet bliskih emocionalnih veza, kakav je tipičan obrazac ponašanja u partnerskoj relaciji, da li je klijent ostvario bračnu i sekundarnu porodičnu zajednicu, kako je tekao proces usvajanja novih uloga, kao što je bračna ili roditeljska uloga, kakav je kvalitet relacija sa članovima primarne i sekundarne porodice, da li postoje elementi koji ukazuju na patološku ravnotežu porodičnog sistema i koja je klijentova uloga u održavanju te ravnoteže, da li klijent ostvaruje vanporodične relacije, u kojoj meri je socijalno integrisan i aktivan, kakav je kvalitet druženja sa drugima, kakva očekivanja klijent razvija u odnosu na socijalno okruženje, kakav je kvalitet podrške koju ima od socijalne mreže, kvalitet provođenja slobodnog vremena, specifične sklonosti i aktivnosti, uobičajen životni ritam, vrsta posla kojom se bavi, odnos ambicija, sposobnosti i ostvarenog profesionalnog statusa i sl. Kliničara će u okviru ove oblasti zanimati i da li se u skoroj prošlosti dešavalo nešto značajno što je poremetilo uobičajen način funkcionisanja ispitanika ili što je moglo da provocira pojačane napore ispitanika da uspostavi ravnotežu u svom funkcionisanju, kao što je gubitak bliske osobe, neka trauma, otkaz, sukob ili bilo koji drugi značajan događaj. Ovi podaci nam pomažu da steknemo uvid u to u kojoj meri je klijent izgradio sekundarne bazične oslonce i da li se u njima može prepoznati neka pravilnost, kao i da li je problem koji klijent ima na neki način povezan sa ovim aspektima funkcionisanja. Pone-

kad je npr. klijentova anticipacija prekida ili sam prekid neke bitne relacije deklanširajući faktor za razvoj patološke reakcije, kao što je prekid emotivne veze ili prekid radnog odnosa ili preseljenje u drugu sredinu. Nekad je to reakcija na permanentne sukobe u nekoj od grupa u koju je klijent uključen ili na permanentno nezadovoljavajuće uslove, kao što su npr. žalbe na brojne somatske tegobe ispitanice koja radi na radnom mestu koje je daleko ispod njenih mogućnosti ili aspiracija. A ponekad se više radi o tome da je patološka reakcija pokušaj reuspostavljanja neke simbiotske relacije, kao što je npr. depresivna reakcija žene čiji sin uskoro treba da se oženi ili napadi panike supruge koji su posebno učestali otkako je supružnik prešao na novo radno mesto koje podrazumeva mnogo odsustva od kuće ili pogoršanje stanja psihotične ćerke svaki put kada među roditeljima naraste tenzija. Nekad se pak radi o funkcionalnom onesposobljavanju kao zaštiti klijenta da se suoči sa svojom nemogućnošću da reši neki problem, kao npr. kod klijenata sa somatoformnim poremećajem koji se razvija nakon unapređenja na poslu ili kod mladih žena koje stupaju u brak ili kod klijenta koji treba da donese odluku između bračne i vanbračne veze i sl. Podaci o socijalnom, emotivnom i profesionalnom funkcionisanju nam mogu biti i dodatni indikatori za postavljanje određene dijagnostičke pretpostavke. Tako su nam npr. indikativni podaci koje nam daje klijent mlađih srednjih godina o velikom broju kratkih veza u koje se emocionalno ne ulaže uz izostanak bilo kakve stabilne emotivne veze i uz podatak o čestom menjanju posla koje uglavnom obrazlaže nerazumevanjem od strane kolega ili od strane pretpostavljenog. Ovakvi podaci mogu da ukažu na izvesne psihopatske tendencije. A ponekad se ne može prepoznati nikakva veza između klijentovog problema i njegovog šireg psihosocijalnog funkcionisanja. Ove podatke uglavnom dobijamo putem intervjua, ali i putem MMPI-a i putem projektivnih tehnika.

Podaci o kognitivnom funkcionisanju klijenta, koji nam kao prvo govore o globalnim kapacitetima klijenta da rešava različite životne zadatke, osim toga daju nam osnovu da poredimo klijentovo aktuelno postignuće sa njegovim potencijalima a kao drugo koji nam omogućavaju da prepoznamo koje su tipične kognitivne strategije rešavanja problema koje klijent ispoljava. Ovi podaci nam mogu biti važni i kada treba da procenimo da li je došlo do propadanja kognitivnog funkcionisanja koje je veće od očekivanog i koje bi u tom slučaju moglo da ukaže na postojanje nekih regresivnih procesa bilo organske prirode bilo u kontekstu nekog psihopatološkog funkcionisanja. Takođe, podaci o kognitivnom funkcionisanju nam mogu biti korisni kada procenjujemo da li izvesne kognitivne strategije ometaju klijenta da reši svoj problem, kao što bi bila kognitivna rigidnost ili emocionalno-kognitivna neizdiferenciranost ili lako odustajanje pred problemom, neistrajnost ili prigušena kognitivna ljubopitljivost ili preterana

okupiranost detaljima ili nesposobnost baratanja konkretnim podacima, ili smanjena mogućnost učenja i sl. Ove podatke dobijamo preko kvantitativne i kvalitativne analize klijentovog postignuća na VITI-u.

Podaci o atribucionom stilu i sa tim povezani podaci o emocionalno-motivacionom profilu ispitanika, koji nam otkrivaju na koji način klijent percipira događaje i svoju ulogu u događajima, kojim se opštim i specifičnim verovanjima rukovodi i kakve to ima posledice po njegovu self-efikasnost i samopoštovanje. Takođe, da li usled specifičnog kognitivnog stila razvija neke kognitivne distorzije i iracionalna uverenja i da li je sklon različitim nefunkcionalnim procenama sebe i svoje okoline, koji za posledicu mogu imati razvoj različitih neadekvatnih osećanja straha, očaja, ljubomore, anksioznosti, stalne brige, stalne ljutnje i nezadovljstva i sl. ili doživljaja beznadežnosti, lakog demoralisanja, bespomoćnosti, samozastrašivanja i katastrofiziranja ili na drugom kraju arogancije, besa i sklonosti ka agresivnim ispadima i manipulaciji okoline. Sa ovim su povezani i podaci o stilu suočavanja klijenta sa različitim životnim teškoćama i preprekama gde posmatramo kojim je strategijama klijent sklon. Posebno smo zainteresovani za to kako te strategije i generalno klijentov kognitivni stil učestvuju u nastanku i održavanju klijentovih problema. Ovo su podaci koje dobijamo tek integrisanjem podataka sa više primenjenih tehnika, uglavnom sa intervjua, VITI-a, MMPI-a, projektivnih tehnika, ali i putem dodatnih tehnika, kao što su različite skale za procenu disfunkcionalnih stavova i uverenja ili skale za procenu atribucinog nivoa (Jerković i Gavrilov-Jerković, 1997; Gavrilov-Jerković, 2004; Gavrilov-Jerković i Jerković, 2000).

Podaci o dominantnim personalnim karakteristikama, koje obuhvataju istaknute crte i tendencije u ponašanju preko kojih se najbolje može opisati kakva je klijent osoba. Ovi podaci nam omogućavaju da objasnimo zašto se klijent u nekim situacijama ili povodom određenih sadržaja i tema ponaša tako kako se ponaša i šta možemo da očekujemo sa izvesnom verovatnoćom i u budućnosti. U kontekstu ostalih podataka zanima nas i kako je klijent razvio date osobine i koju adaptivnu funkciju su te osobine mogle da imaju, kao i da li i sada imaju više adaptivnu ili više ometajuću ulogu u svakodnevnom funkcionisanju ispitanika. Npr. kod klijenta smo putem različitih tehnika registrovali postojanje pasivno-agresivnih crta za koje, na osnovu biografskih podataka, postoji verovatnoća da su se razvile kao rezultat pokušaja očuvanja autonomije u kontaktu sa dominantnom i izrazito kontrolišućom majkom. Iako su nekada imale moguće adaptivnu funkciju jer su pomogle ispitaniku u separaciji i individuaciji, u aktuelnom životu, usled takvih tendencija, on ne uspeva da uspostavi blisku i kvalitetnu emotivnu vezu i stalno gradi nefunkcionalne i bolne relacije. Ovakvi podaci imaju posebnu informativnu vrednost jer pomažu da se donesu važne odluke o tipu tretmana i o koracima koje u tretmanu terapeut može

da preduzme i na šta treba da obrati posebnu pažnju. Podaci o istaknutim tendencijama i crtama nam mogu pomoći i kod donošenja odluke o dijagnostičkoj klarifikaciji u smislu da se neke osobine pokazuju kao značajni korelati određenih dijagnostičkih kategorija. Sledeća važna informacija je ne samo koje manifestne sklopove karakteristika klijent ispoljava nego i koje su latentne strukture preko kojih se mogu opisati različita klijentova ponašanja. Ova oblast obuhvata i procenu stepena integrisanosti klijentovih struktura a što je podatak koji može da nam pomogne u prepoznavanju ozbiljnosti i kompleksnosti klijentovog problema, u smislu da li je u pitanju poremećaj prilagođavanja ili prenaglašena reakcija inače adekvatno integrisane osobe ili je u pitanju neurotski struktrirana osoba ili je u pitanju granična organizacija ličnosti, a možda se radi o psihotičnoj dezintegrisanosti. Isto kao i kod prethodne oblasti, da bismo mogli da sprovedemo ovakvu procenu, potrebno je da primenimo više tehnika i tek nakon integracije tako dobijenih podataka da donesemo zaključke.

Podaci o potrebama, vrednostima i ciljevima, koji nam otkrivaju čemu klijent teži, šta su za njega motivatori i potkrepljivači ponašanja, ali isto tako i da li se mogu prepoznati neki karakteristični konflikti u težnjama klijenta ili sukobi između potreba i slike koju hoće da sačuva o sebi, bilo pred sobom, bilo u javnosti. Zanima nas i kojih je svojih potreba i konflikata klijent svestan a u odnosu na koje razvija različite mehanizme odbrane i time ometa sebe da razume svoje ponašanje i da ga koriguje na adekvatan način. Ovi se podaci najlakše mogu dobiti primenom intervjua i projektivnih tehnika a posredno i putem ostalih tehnika.

Klijentovo razumevanje problema, iskustva sa dosadašnjim tretmanima i očekivanja od aktuelnog tretmana, što znači da se procenjuje kako klijent percipira svoj problem, da li ga je uopšte svestan i koliko je kritičan u odnosu na svoje izmenjene doživljaje ako ih ima, čime objašnjava svoj problem, da li prepoznaje psihološku prirodu problema, kako procenjuje svoju ulogu u nastanku i održavanju problema, da li veruje u njegovu rešivost, šta vidi kao rešenje svog problema, kakvu vrstu pomoći očekuje, koliko i na koji način je motivisan da učestvuje u svom tretmanu, da li očekuje promenu od sebe ili svoje okoline, šta je spreman da menja i sl. Da li je do sada psihijatrijski ili psihološki tretiran zbog ovog ili nekog drugog problema, kako je reagovao na dosadašnje tretmane, šta je od dosadašnjih pristupa bivalo efikasno a šta nije i sl. Ovo su posebno značajni podaci za procenu podobnosti klijenta za tretman i za donošenje odluke koja vrsta tretmana je pogodnija za klijenta kao i da li je potrebno pre nekog određenog tretmana prvo sprovesti neku proceduru povećanja svesnosti i motivacije (Gavrilov, 1992; Gavrilov-Jerković, 2007). Ove podatke kliničar uglavnom dobija tokom intervjua, ali i podaci sa ostalih tehnika mogu da budu posredni indikatori.

Ovaj spisak može da se proširuje ili skraćuje i psiholog i treba to da uradi svaki put kada je klinička situacija po nečemu specifična i zahteva takvo prilagođavanje. Pri tome kliničar treba da ima jasnu ideju o tome zašto mu određene informacije trebaju i na koji način će te informacije biti relevantne za odgovor na inicijalni zahtev naručioca. Ukoliko ne može da ih poveže sa zahtevom, onda ne treba da ih prikuplja, čak i ako one mogu imati neku ulogu u razumevanju klijenta. Npr. podatak o seksualnom identitetu klijenta nema nikakav značaj u proceni klijenta koji je imao iskustvo fizičke traume glave zbog koje se aktuelno procenjuje propadanje kognitivnih funkcija a u sklopu procene preostale radne sposobnosti. S druge strane ovaj podatak može biti važan kada se u okviru forenzičke procene procenjuje traumatizovanost osobe koja je imala iskustvo seksualnog zlostavljanja.

8. OBRADA, INTEGRACIJA I INTERPRETACIJA PODATAKA

Sve vreme kroz tekst knjige vrlo tendenciozno naglašavamo da je klinička procena više od zadavanja pojedinačnih tehnika i da će konačno mišljenje o klijentu biti doneto tek nakon evaluacije i međusobnog upoređivanja podataka koji su dobijeni pojedinačnim tehnikama. Ali, jedno je deklaracija da se na pojedinačne podatke treba gledati tek u svetlu ostalih podataka i tu deklaraciju je lako izreći. Ona ima i izvesne empirijske potpore na koje smo upućivali u dosadašnjem tekstu. Potpuno druga stvar je kako tu proceduru zaista i sprovesti. I ma koliko bi potpuna operacionalizacija postupka bila korisna za praktičare, činjenica je da je svaki takav pokušaj ravan ulasku u zonu sumraka. Ovo ne znači da se procedura kliničkog suđenja ne može opisati kroz niz određenih koraka i principa, nego znači da takva uputstva mogu biti samo vrlo okvirna jer je uvek moguće naći pojedinačne slučajeve za koje data uputstva neće važiti.

Ova dilema u vezi toga kako organizovati tu krajnju evaluaciju podataka nije nova. Od kada je prepoznata prednost multimodalnog pristupa kliničkoj proceni traje i diskusija stručne javnosti o tome koja strategija obrade tako dobijenih podataka je valjana. Verujemo da se razlog ovome u najvećoj meri nalazi u tome što se klinička procena sprovodi bez jasnog konceptualnog okvira koji bi dao značenje svakoj pojedinačnoj proceduri te tako na sceni svakodnevne prakse psihologa zatičemo izvesnu proizvoljnost i izostanak jedinstvenog orijentira.

Pokušaj da se u statistici pronađe rešenje, odnosno formula po kojoj bi se tretirali pojedinačni podaci i njihovi međusobni uticaji i pored izvesnih podataka koji govore o tome da je statistički način zaključivanja tačniji od kliničkog, nije za sada našao svoje mesto u praksi psihologa. Postoji više razloga kojima se ovo može objasniti (Trull, 2005) ali sigurno ima veze i sa tim što su data statistička rešenja malobrojna i obuhvataju samo uzan segment pitanja sa kojima se praktičar zaista suočava.

U takvoj situaciji kliničari se nešto češće opredeljuju da podacima prilaze iz okvira nekog teorijskom modela. Međutim i pored često nekritične i navijačke opredeljenosti za neki teorijski model, činjenica je da ni takvi modeli ne daju uvek jasne naznake kako neke podatke treba tretirati. Odnosno, postoji izvestan raskorak između toga čime se bave teorijski modeli

i onoga što mi dobijemo kao krajnji proizvod klničke procene. Mali je broj modela koji ima za praksu dovoljno eksplicirane svoje pretpostavke i eksplicirane načine kako se proverava i naknadno objašnjava veza među različitim varijablama za koje psiholog može biti zainteresovan i o kojima je prikupio podatke.

Ovaj nedostatak dovoljnog broja empirijski zasnovanih uputstava za to kako sprovesti kliničko suđenje i statistički utemeljenih formula sa jedne strane i izvesna nejasnoća i nedovoljna praktičnost i eksplikativnost aktuelnih teorijskih modela u odnosu na sve ono što čini realnost jednog kliničara ponekad, posebno u situacijama kada je problem komplikovan a zadatak kompleksan, stavlja kliničkog psihologa u situaciju da se rukovodi vrlo nejasnim principima i možda više utiscima nego čvrstim argmentima kada daje krajnji sud o klijentu i njegovom problemu. Ovo je naravno situacija koju je potrebno svesti na minimum kako bi naša praksa bila pouzdana, validna i svrsishoda i kako bi obezbedila najbolja moguća rešenja za klijente.

U ovom poglavlju ćemo dati neka okvirna uputstva o sprovođenju procedure krajnje obrade podataka. Pozabavićemo se time koji je preporučeni redosled pristupa dobijenim podacima i koja su to pitanja na koja uobičajeno kliničar treba da nađe odgovor da bi ostvario zadatak procene.

8.1. Osnovne procedure kliničkog suđenja

Pošto smo prikupili podatke o klijentu putem više različitih tehnika i došli do toga da smo svašta saznali o njemu i njegovom problemu, ono što nam predstoji je da vidimo kako ti podaci mogu da doprinesu da donesemo o klijentu zaključak i da damo traženi odgovor naručiocu procene. Tri su osnovne procedure koje u tom postupku sprovodimo:

- selekcija podataka
- integracija podataka
- interpretacija podataka.

8.1.1. Selekcija podataka

Iako smo mi pre nego što smo pristupili prikupljanju podataka imali plan o tome na šta ćemo se fokusirati u ponašanju i doživljavanju našeg klijenta, vrlo je verovatno da smo na kraju došli do izvesnog broja podataka koji su irelevantni i neinformativni. Kvalitetan pristup kliničara proceduri procene često dovodi do toga da na kraju kliničar ima veliki broj podataka različite opštosti i različite relevantnosti za razumevanje klijenta i klijentovog problema. Sve te podatke treba sada analizirati i evaluirati

da bi se na osnovu njih u poslednjem koraku mogao napraviti jedan sintetizovan zaključak koji je odgovor na pitanje zbog kojeg je sprovedena procena. Problem sa kojim se kliničar uobičajeno susreće je koji su od tih podataka zaista korisni i kako među tako velikom broju raznih informacija o klijentu odabrati one koji će nam više pomoći i koji nas neće dovesti u stanje konfuzije.

Prvi korak je da se selekcija napravi na nivou svake pojedinačne tehnike. Ali ovo možemo uraditi tek kada smo skupili sve podatke i kada smo zaokružili našu procenu. Raditi selekciju pre toga bi nas dovelo u opasnost da budemo pristrasni i da donosimo zaključke na osnovu nedovoljnog broja podataka. To znači da smo sve vreme tokom prikupljanja podataka trebali biti u stanju izvesne fleksibilne i široko omeđene usmerenosti.

Znači, preporučljiva metoda koja nas štiti od pristrasnosti i obezbeđuje prednosti multimodalnog pristupa je da prvo temeljno obradimo svaku pojedinačnu tehniku. Obrada podrazumeva i kvantitativnu i kvalitativnu analizu podataka tamo gde to metoda omogućava, kao što su skoro sve testovne tehnike. Iz svake obrađene metode treba da izvučemo najmarkantnije podatke koji na direktan ili indirektan način odgovaraju na pitanje zbog kojeg smo i preduzeli procenu.

Konkretno to znači da ćemo najverovatnije pristupiti sledećim aktivnostima:

- Prvo ćemo analizirati klijentov stav tokom psihološke eksploracije da bismo odgovorili na dve stvari. Jedno je da ta informacija određuje do koje mere možemo inati poverenje u dobijene podatke. Znači, analiziramo da li je ispitanik adekvatno sarađivao, da li je tokom ispitivanja bio dovoljno otvoren, da li podaci ukazuju na pokušaj klijenta da iskrivljuje podatke o sebi, da pokušava da stvori sliku da je više ili manje funkcionalan i sa kojim ciljem bi to mogao raditi. Jer ukoiko konstatujemo takvu činjenicu onda je moramo uzeti u obzir tokom obrade svih podataka i pokušati odvojiti šta nam i ta činjenica govori o ispitaniku i koji indikatori su i dalje upotrebljivi i informativni. Drugo je da nam taj podatak o ispitanikovom stavu i ponašanju tokom ispitivanja isto jeste značajan, jer on predstavlja jedan segment klijentovog ponašanja. Za nas je to indikator kako se klijent ponaša u situaciji kada je posmatran, kada treba da se prezentuje, kada treba da rešava određene zadatke, kada treba da se adaptira nekim pravilima, kada treba da uloži izvestan napor i sl. Npr. ispitanik može da se izjašnjava o sebi i direktno, verbalno i kroz testovne tehnike kao o stidljivoj, tihoj, povučenoj, zbunjenoj osobi a da tokom ispitivanja mi ne vidimo takvo ponašanje ili može da govori o sebi kao o veoma tolerantnoj osobi koja je organizovana, aktivna, istrajna, a da tokom ispitivanja stalno stavlja

primedbe na dužinu ispitivanja, na sadržaj ispitivanja, da zakašnjava, da se žali da mu se tegobe intenziviraju zbog napora koji ulaže i sl. Ovo je neki raskorak između onoga kako se klijent predstavlja i onoga šta mi vidimo da on zaista radi. Za nas tu postaje provokativno da li klijent tendenciozno menja sliku o sebi jer očekuje neku dobit od toga ili realno nema uvid u svoje ponašanje što može da bude razlog različitih konflikata i nesporazuma sa okolinom. Znači, prvo ćemo doneti zaključak o manifestnim karakteristikama ispitanika i o mogućem uticaju tih karakteristika na validnost celog postupka ispitivanja.

- Zatim ćemo izdvojiti šta je problem zbog kojeg se klijent obratio za pomoć ili ne mora biti da se on sam prijavio nego da je nasilno doveden. Ovde je važno da odvojimo šta je ono što klijent ili okolina vidi kao problem, a šta su nama podaci ukazali da je problem. To znači da je često ono što klijent naziva problemom ustvari samo manifestacija problema ili posledica problema, a da je problem neko ponašanje ili doživljavanje koje klijent sam ne registruje kao takvo niti ga povezuje sa onim što on definiše kao problem. Npr. klijent može da se obrati za pomoć zbog glavobolje koja nema organsku podlogu a da kliničar prepozna da klijent neadekvatno kognitivno obrađuje različite zahteve iz okoline i da razvija konstantnu emocionalnu napetost koja kao korelat ima promenu metabolizma i posledično i procese koji rezultiraju bolnim senzacijama. Kliničar znači na osnovu prikupljenih podataka treba ponovo da formuliše problem i da odvoji šta podaci govore o tome da bi mogao biti problem a šta su manifestacije ili konsekvence problema.
- Nakon toga kliničar ponovo definiše šta je to što se od njega očekuje, na koje pitanje treba da odgovori jer to treba da mu bude glavni organizator za dalju obradu svih podataka. To je osnovni kriterijum na osnovu koga će obavljati dalju selekciju.
- Tek nakon ovoga, možemo se vratiti prikupljenim podacima jer nam prethodni koraci pomažu da odredimo i koliko tim podacima možemo verovati i do koje mere ćemo se kojim podacima za svakog pojedinačnog klijenta baviti u zavisnosti od toga šta treba da bude krajnji odgovor. Prvo ćemo napraviti rekonstrukciju biografije ispitanika na osnovu podataka koje smo dobili pomoću LOBI-a i intervjua i označiti sve važne događaje, kao i pokušati razumeti kako se specifično naš klijent prilagođavao na takve događaje i kako je to doprinelo da on danas funkcioniše tako kako funkcioniše. Kako sada posedujemo i podatke sa cele baterije instrumenata, ti podaci nam mogu pomoći da se još specifičnije posvetimo određenim biografskim podacima koji bi nam možda promakli da nemamo uvid u rezultate testova. Npr. drugačije ćemo posmatrati biografski podatak o seriji gubitaka važnih osoba u

ranom detinjstvu kod klijenta koji se po testovnim podacima može opisati kao prodorna i energična, ekstravertna osoba sklona eksternalizaciji nego kod osobe koja se na osnovu testovnih rezultata može opisati kao depresivna, pasivna, sklona povlačenju i lakoj demoralizaciji. Kod prve će taj biografski podatak ukazivati ili na snažno potiskivanje u slučaju da postoji neka druga vrsta patološke adaptacije, npr. problemi sa nekim oblikom adikcije ili će ukazivati na postojanje snažnih protektivnih faktora ukoliko osoba ne ispoljava disfunkcionalno ponašanje. U tom slučaju bi podatak o tome da je ona u mladosti imala seriju bolnih iskustava a da sada adekvatno funkcioniše govorio o tome da je ona izgradila funkcionalne mehanizme prevladavanja i da je moguće baš činjenica da je morala da se oslanja na sebe na neki način doprinela tome da ona sebe vidi kao uspešnu i moćnu i da nedaće u životu definiše kao rešive. Međutim, ako osoba ispoljava depresivnu simptomatologiju, ovaj podatak može da nam pomogne da razumemo njene tegobe u svetlu nedovoljno razvijenih mehanizama prevladavanja i nemanja veština da se prevaziđe gubitak i razreši osećaj osujećenosti ili taj podatak može da nam ukaže na to da je ispitanik generalizovao svoja rana iskustva i razvio osećaj ranjivosti, neizvesnosti i nesigurnosti, da život definiše kao jedno nesigurno mesto a sebe kao nemoćnu žrtvu nepravedno izloženu prevelikim i presnažnim izazovima i preprekama koje ne može sam da prevaziđe a nema ni na koga da se osloni jer je neizvesno kada će ostati bez tih važnih drugih. Ovo nas ponovo vraća na to da je pri odmeravanju pojedinačnih podataka stalno važno imati na umu širi kontekst.

- Nakon što smo rekonstruisali biografiju, ocrtali sve važne događaje i ispitanikove adaptacije, treba da se posvetimo i analizi aktuelne životne situacije ispitanika sa akcentom na prepoznavanju šta se trenutno dešava u njegovom životu, da li prepoznajemo neke situacije koje su na neki način mogle biti provokativne za ispitanika s obzirom na neku specifičnost njegove adaptacije o kojoj smo prethodno zaključili. Te situacije ne moraju same po sebi biti neprijatne. Značajnije je da li podrazumevaju neko dodatno prilagođavanje ispitanika i možda proširivanje identiteta. Tako se kao provokacija može definisati neki sukob, ostanak bez posla, prekid neke veze, iskustvo neke telesne bolesti, gubitak neke osobe, ali i zaposlenje, nekada i završetak škole, fakulteta, odlazak u inostranstvo, zaljubljivanje, stupanje u brak i sl. Provokacija koja dolazi od negativnih precipitirajućih događaja najčešće podrazumeva neku vrstu osujećenja i nemogućnosti klijenta da samostalno i funkcionalno, emocionalno i kognitivno obradi to osujećenje nego je sama obrada dodatni faktor unutrašnjih ili i spoljašnjih sukoba. S druge strane kada su pozitivni događaji provokatori, najčešće se radi o novo-

nastaloj potrebi da zbog tog događaja osoba treba da aktivira neke nove uloge i ukoliko te nove uloge zahtevaju aktivnosti u odnosu na koje je osoba na neki način ambivalentna ili povodom njih ima neke konflikte, onda one mogi biti jednako deklanširajuće kao i gubici, pretnje ili slični negativni događaji.

- Sledeći korak je da pristupimo analizi testovnih podataka. Iz svakog pojedinačnog testa treba da izvučemo šta nam taj test govori o ispitaniku, vodeći stalno računa o onome što smo na početku konstatovali u vezi sa tim sa kolikim stepenom poverenja možemo prihvatiti dobijene podatke. Kao rezultat ove obrade, mi ćemo imati uvid u kognitivne kapacitete klijenta, u strukturu kognitivnih sposobnosti, eventualno uvid u indikatore da li postoji oštećenje kognitivnog funkcionisanja i koji je stepen i moguća priroda tog oštećenja. Imaćemo uvid u to koja je kognitivna strategija kojom se klijent koristi prilikom rešavanja različitih problema i da li je ta strategija na neki način povezana sa održavanjem problema koji klijent ima ili i sa nastankom problema. Osim ovih podataka o kognitivnom funkcionisanja, nakon analize testovnog materijala imaćemo i uvid u podatke koji nam govore o trenutnom stanju ispitanika, izraženosti, težini i kompleksnosti simptomatologije, kao i o latentnim personalnim strukturama. Kojim podacima ćemo raspolagati zavisi od toga koje smo sve tehnike upotrebili. U svakom slučaju, na ovom nivou obrade podataka mi treba da iz svake primenjene tehnike izvučemo kao neku vrstu zaključka onoga šta smo dobili, odnosno da na osnovu svake tehnike formulišemo jedno kondenzovano mišljenje o ispitaniku.

8.1.2. Integracija podataka

Pošto smo sve pojedinačne podatke obradili i u skladu sa klijentovim problemom, ciljem i svrhom ispitivanja i sa našim teorijskim okvirom, te podatke kondenzovali u mini zaključke i mini mišljenja o ispitaniku, sada nam predstoji da ih međusobno povežemo i da ih hijerarhijski uredimo. Ovaj deo procedure je veoma lako uraditi onda kada su podaci međusobno ujednačeni i usklađeni, kao npr. kada imamo osobu kod koje smo putem svih primenjenih tehika prepoznali indikatore histrioničnog poremećaja, što znači da je osoba u kontaktu sa ispitivačem manifestovala karakteristike dramatizacije, naivnosti, zavisnosti, socijalizovanosti, eksternalizacije i nesklonosti da kognitivno elaborira svoje doživljaje, biografski podaci govore o problemima sa zadovoljavanjem potreba, posebno potreba za pažnjom, o nedovoljnim veštinama vezivanja koje je površno i opterećeno emocionalnim manipulacijama, u kojem je veći akcenat na recepciji nego na davanju i sl., gde testovni podaci govore o površnom, emocijama

i trenutnim potrebama regulisanom kognitivnom stilu, gde testovni podaci ukazuju na sklonost ka somatizaciji napetosti, o neurotskoj disocijaciji, potiskivanju kao dominantnom mehanizmu odbrane i sl. U ovakvom slučaju mi lako možemo da odgovorimo na skoro sve zadatke koji bi nam bili postavljeni jer je integracija glatka. Svi pojedinačni podaci se slivaju u jedinstven zaključak na osnovu koga možemo i da sprovedemo dijagnostičku klasifikaciju i da damo dinamsku dijagnozu i da donesemo nedvosmislene preporuke za tretman i da predvidimo različite reakcije klijentkinje.

Problem nastaje onda kada podaci nisu ovako usaglašeni, što je nažalost u praksi relativno čest slučaj.

Ono što ni tada ne smemo da zaboravimo je da *ma koliko nama podaci koje smo dobili izgledali nepovezani, nekonzistentni i nedosledni, ljudsko ponašanje je bazično uvek konzistentno i svaki podatak koji mi prikupimo tokom kliničke procene može biti integrisan i može biti shvaćeno njegovo mesto u celokupnom funkcionisanju ispitanika!*

Mi možemo zauzeti različite strategije prilikom procedure integracije podataka kada ti podaci na prvi pogled deluju kontradiktorni. Ne postoji strategija koja je superiornija i koja važi u svim prilikama.

Npr. kada se radi o proceni intelektualnih kapaciteta i kada se pojavi raskorak između testovnog postignuća i životnog postignuća koje vidimo na osnovu uvida u biografske podatke, prednost ćemo uvek dati biografskim podacima, a podatke sa testa tretirati kao odraz ili smanjene motivacije i zalaganja ili kao uticaj kulturne specifičnosti, odnosno neprilagođenosti testovnog materijala kulturnom okviru iz kojeg dolazi ispitanik, što nam se može desiti kada ispitujemo osobu koja pripada nedominantnoj kulturi, ili kao indikatore nekog patološkog procesa koji trenutno kompromituje kognitivne procese pa ćemo se posvetiti analiziranju tog patološkog procesa.

Međutim ovaj princip da je život pravo merilo ne mora da bude adekvatan kada hoćemo da integrišemo nesaglasne biografske podatke i podatke sa nekog testa koji govori ili o trenutnom stanju pacijenta ili o latentnim strukturama. Ovde je nemoguće tako jasno istaći pravilo koje će vredeti uvek kao što smo to mogli kada je u pitanju procena inteligencije. Ponekad, prednost ćemo dati biografskim podacima a rezultate sa testova tretirati kao izraz simulacije ili disimulacije, a nekada ćemo rezultate sa testova tretirati kao one sa većom težinom na način da nam oni ukazuju na neki proces koji možda još nije aktualizovan ili na kapacitet klijenta da se na određeni način dekompenzuje.

Npr. možemo raditi sa ispitanikom koji je hospitalizovan zbog serije agresivnih ispada i kverulentnih ideja a da na MMPI-u dobijemo jedan potpuno uredan profil. Ovakav rezultat će posebno privući našu pažnju jer nam klinička slika govori da je u pitanju postojanje izvesnog disfunkcionalnog ponašanja a testovni rezultat to negira. Tada se oslanjamo i na ostali

testovni materijal da bismo otkrili da li se radi o samo situaciono specifičnoj smanjenoj frustracionoj toleranciji ispitanika i seriji acting-outa koji su imali paranoidni ton zbog aktualnog sukoba ispitanika sa okolinom, kao što npr, možemo očekivati u situacijama kada je klijent otpušten sa posla ili kada je disciplinski gonjen ili kada je u dugotrajnom procesu razvoda sa neprijatnom procedurom dodele starateljstva ili raspodele imovine i sl. U takvim situacijama neke osobe deluju kao paranoidne a da se ustvari radi o smanjenoj kontroli impulsa osobe koja možda jeste povišeno hipersenzitivna ali ne nužno do nivoa paranoidne dekompenzacije pa je zato i dobila normalan testovni profil, posebno ako se u međuvremenu malo distancirala u odnosu na stresne događaje. Ali, možda će naš zaključak biti i drugačiji, da kada pogledamo sve podatke zajedno, ipak vidimo da je profil na MMPI-u rezultat povećane cenzure ispitanika i njegove disimulacije, te da veću težinu imaju podaci o ponašanju ispitanika koji ukazuju na stvarni paranoidni proces. Za ovakav zaključak bi nam dobrodošli podaci sa ostalih tehnika koji bi u tom slučaju ukazivali na povišenu sumnjičavost ispitanika, interpretativnost, poteškoću u razlikovanju unutrašnjih doživljaja i spoljašnje realnosti i sl.

Ponekad se neusaglašenost ne dobija između naturalističkih i testovnih podataka nego između podataka sa različitih testova. Tada je važno prvo videti da li su to testovi koji imaju različit predmet merenja ili imaju isti predmet merenja ali ga mere na različit način. Npr. da li jedan test meri isključivo stanje a drugi daje podatke i o crti ili strukturi. Npr. možemo biti u dilemi kada žalbe ispitanika govore o mogućem depresivnom procesu i to isto potvrdi i Beckov test depresivnosti, a na MMPI- dobijemo neurotski profil u kojem skala depresije nije izražena nego su npr. izražene Hs, Hy i Pd skala, a ni projektivni materijal ne ukazuje na smanjene dinamizme. Tada ćemo verovatno depresivnost pre tretirati kao trenutno stanje u okviru nekog nerotskog procesa ili možda čak i u okviru nekog histrioničnog poremećaja ličnosti gde je manifestovana depresivnost pre maniplativnog karaktera nego što je nužno izraz stvarne patnje. Naravno, ovakvi zaključci zahtevaju detaljnu obradu svih raspoloživih indikatora.

Ponekad podaci neće biti nužno kontradiktorni nego samo na prvi pogled neće delovati naročito povezani. Tada je zadatak kliničara da pronađe kako su dati indikatori hijerarhijski povezani i da prepozna da li postoji neki koncept koji bi mogao da poveže tako manifestno nepovezane pojave. Npr. kod osobe možemo konstatovati istovremeno i odlike submisivnosti i odlike potrebe za dominacijom. Takav spoj se može interisati kroz tezu o autoritarno strukturiranoj osobi. Ili kod pacijenta registrujemo istovremeno i elemente ravnodušnosti povodom nekog objektivnog problema i istovremeno laku emocionalnu uzbuđenost i sklonost ka dramatizaciji. Ovako naizgled neusaglašeni podaci se integrišu kroz koncept histrionič-

nog karaktera. Ili podaci o istovremenoj naglašenoj ljubaznosti pacijenta, humoru i prijatnosti tokom ispitivanja i podataka o antisocijalnim i agresivnim ispadima, nervoznom i nekontrolisanom ponašanju u vantestovnim situacijama se integrišu konceptom o psihopatskoj strukturi i sl.

Iz datih primera vidimo da su nam različite strategije na raspolaganju i da nam je uvek zadatak da pronađemo specifično značenje svakog podatka koji smo dobili a određujemo ga u zavisnosti od ostalih podataka. Pri tome je jako važno da vodimo računa o tome kojom tehnikom smo do kojeg podatka došli jer neke su tehnike više prolagođene da zahvatamo javnu predstavu ispitanika, njegovu cenzurisanu sliku sebe, druge metode nam više omogućavaju uvid u konkretno i manifestno ponašanje ispitanika, a neke opet nam omogućavaju da zahvatimo latentne nivoe i determinišuće sisteme. Pretpostavka koju najveći broj psihologa prihvata jeste da je predmet našeg merenja i ponašanje i ličnost i da je ličnost hijererhijski organizovana struktura te da različiti indikatori mogu biti ispoljavanje elemenata koji pripadaju različitim strukturama i različitim nivoima te da je u tom svetlu svaki selekcionisani podatak na neki način informativan.

❒ **Prilog 3. – Primer integracije podataka**

PROCEDURA DIJAGNOSTIČKE KLARIFIKACIJE

Psiholog: Danijela Budiša

Ispitanica je hospitalizovana na Klinici za bolesti zavisnosti u Novom Sadu, radi detoksikacije od heroina. Upućena je na psihološko testiranje na predlog psihijatra, sa ciljem utvrđivanja diferencijalne dijagnoze, a u svrhu određivanja adekvatne farmakoterapije.

Opšti podaci:

N.N.
24 godine
Nezaposlena, SSS
Neudata, nema dece

Podaci o zavisničkom ponašanju:

- Ispitanica je sa 11 godina krenula sa zloupotrebom alkohola, marihuane i tableta (bensedin, trodon), što joj je pomagalo u oslobađanju od napetosti, te olakšavalo problem otežanog usnivanja.

- Sa heroinom je krenula sa 13 godina, koji joj je, kako kaže, pomagao da pobegne od stvarnosti.
- Ispitanica navedene probleme dovodi u vezu sa čestim konflikatima u porodici, u vidu svađa i tuča, kako između roditelja, tako između nje i oca.

Prva impresija ispitivača:

Ispitanica u prvom kontaktu deluje veoma upadljivo, u smislu da je higijenski zapuštena, naglašeno našminkana, sa neobično dugačkom kosom i noktima, te slabo izmoduliranim afektom. Na prvi utisak se čini da se radi o psihotičnom poremećaju.

Podaci dobijeni tokom intervjua:

Ispitanica u početku razgovora deluje „zaravnjeno“, da bi u kasnijem toku afekat bio bolje modulacije, uz vidljivu tendenciju da ostavi socijalno poželjan utisak na ispitivača. Ističe da je otac u detinjstvu grubo fizički kažnjavao. Takođe navodi da je pripadala satanističkim grupama, gde su imali obrede davanja žrtve satani, nakon čega bi se osećala bolje („izbacila bih svu negativnu energiju iz sebe”), dok sada veruje u Boga. Više puta se samopovređivala (sekla se, gasila cigarete na koži, „da bi od bola zaboravila na muke“). Nekoliko puta je imala pokušaj samoubistva, najčešće je to činila impulsivno, intoksikacijom lekovima, sečenjem vena, „bacanjem pod kola“. Do sada se dva puta ambulantno lečila od zavisnosti, oba puta su bile neuspešne detoksikacije. Uvid u problem zloupotrebe droga je neadekvatan, samim tim i motivacija za aktuelno lečenje.

Hipoteze:

- Psihotični poremećaj
- Poremećaj ličnosti, sa povremenim psihotičnim dekompenzacijama
- Granični poremećaj ličnosti
- Granična organizacija ličnosti

Dobijeni podaci sa MMPI-202:

Na ovom testu upadljiva je ispitaničina nesigurnost tokom rada, koja je povremeno išla do nivoa ambivalencije. Dobijeno je povišenje na gotovo svim kliničkim skalama, što može da ukazuje na agravaciju, simulaciju patologije, nerazumevanje testovnog materijala, ili na psihotični poremećaj. Ajtem analizom je utvrđeno postojanje pseudohalucinacija (duhovi), čudnih uverenja vezanih za ideju duhova i vlastitih bioenergetskih moći (kada se skoncentriše može da sanira povrede, „na šta joj je ukazao neki čovek”). Takođe je uočljiva interpretativnost (prati je policija, stariji ljudi), nestabilan afekat, kao i naglašeno loša predstava o sebi. Aktuelno se distancira od suicidalnih ideja.

Pokazatelji dobijeni primenom Roršahovog testa:

- Visoka agresivna šarža
- Sklonost opažanju okoline kao ugrožavajuće
- Paranoidno-interpretativne obrade
- Bizarne i morbidne elaboracije
- Fabulacije i fabularne kombinacije

Nalaz i mišljenje psihologa

Sa ispitanicom se uspostavlja zadovoljavajući kontakt, dok je saradnja inicijalno otežana ispitaničinom nesigurnošću pri rešavanju testova, koja je povremeno išla do nivoa ambivalencije, da bi u daljem toku rada efikasnije i kvalitetnije sarađivala. U početku razgovora afekat je delovao neadekvatno, zaravnjeno, da bi kasnije bio nešto bolje modulacije. Navodi da je od jedanaeste godine krenula sa zloupotrebom alkohola, sedativa, opijatskih analgetika, te marihuane, sve u svrhu anesteziranja od napetosti koju je imala, prema njenim rečima, zbog stalnih konflikata u kući, najviše sa ocem. Sa upotrebom heroina je navodno krenula sa trinaest godina. Iznosi da je u više navrata imala autodestruktivna ponašanja i pokušaje samoubistva, a aktuelno negira postojanje suicidalnih ideja. Uvid u problem uzimanja PAS-i je neadekvatan, kao i motivacija za aktuelno lečenje („zbog brata hoće da se izleči").

Testovnom eksploracijom ličnosti uočavaju se karakteristike bazično emocionalno nestabilne, pasivno-zavisne strukture ličnosti, sa dominantnim histrioničnim obeležjima. Izrazito je senzitivna na odbacivanje, neprestano u trci za pažnjom i potvrđivanjem. Sklona je pražnjenju agresije i kroz pokušaj suicida, koji ima i apel funkciju, kao i autodestruktivnim radnjama, u svrhu redukovanja napetosti. Tolerancija na frustracije je upadljivo snižena, uz čestu razdražljivost i naglašenu impulsivnost. Pored toga, iznosi postojanje pseudohalucinacija, kao i čudnih uverenja vezanih za ideju duhova i vlastitih bioenergetskih moći. Registruju se i elementi hipersenzitivnosti, dominantno manifestovani kroz interpretativnost. Retrospektivno, uočavaju se i psihotični elementi, najviše na planu ponašanja, kroz bizarne satanističke rituale, od kojih se ispitanica ni aktuelno ne distancira. Afekat osciluje od upadljive labilnosti do smanjene moduliranosti, u pravcu zaravnjenosti.

Projektivni materijal potvrđuje gore navedeno. Afekat je upadljivo vulnerabilan i potencijalno dezorganizujući, kontrola impulsa neadekvatna, što uz obrade koje dodatno ukazuju na visok psihotični potencijal, implicira visoku mogućnost psihotične dekompenzacije u provokativnom okolnostima. Kontakt sa realitetom je aktuelno graničnog nivoa.

Predlaže se dalje praćenje radi preciznijeg određivanja da li se radi o graničnoj organizaciji ličnosti ili psihotičnom procesu.

8.1.3. Interpretacija podataka

Interpretacija se odnosi na proces evaluacije nekog podatka i pripisivanje tumačenja tom podatku. To znači da ćemo mi na više nivoa raditi interpretaciju. Prvo radimo interpretaciju pojedinačnih podataka koje smo dobili određenom tehnikom. Npr. vrpoljenje na stolici dok ispitanik priča o nekoj temi tumačimo kao znak emocionalne uzbuđenosti i dalje kao znak da je ta tema npr. oblast nekog specifičnog konflikta i sl. Sledeći nivo je da tumačimo kompletne podatke koje smo dobili sa određene tehnike. Npr. tumačimo profil koji je ispitanik dobio na MMPI-u ili rezultate dobijeme na VITI-u ili kodirane i interpretirane pojedinačne podatke sa Rorschacha i te interpretacije sprovodimo u skladu sa instrukcijama datim u odgovarajućim priručnicima. Ono o čemu u ovom poglavlju govorimo je poslednji nivo interpretacije koji se odnosi na tumačenje svih selekcionisanih i prethodno integrisanih podataka. Kliničar na kraju pošto je odvojio koji podaci su mu relevantni za zadatak koji ima i pošto je povezao interpretacije sa pojedinačnih podataka u neku jedinstvenu sliku, sada treba te podatke da protumači, odnosno da im da specifično psihološko značenje. Uobičajeno je da se ova interpretacija radi iz nekog teorijskog okvira, mada nije nužno jer nisu sve interpretacije istog nivoa.

Svrha interpretacije podataka je pomoć u razumevanju ispitanika, njegovog ponašanja i problema zbog kojeg je postao klijent kao i dedukovanje na osnovu tako koncipiranog objašnjenja koraka koji bi mogli pomoći u rešavanju tog problema a respektujući klijentove specifičnosti, ograničenja i raspoložive resurse.

Neka početna pitanja koja sebi postavljamo da bismo sproveli interpretaciju su:

- šta dobijeni podaci znače,
- šta nam govore o ispitaniku i
- do koje mere možemo da ih ekstrapoliramo van kliničke situacije.

U odgovaranju na ova pitanja možemo da zauzmemo različite pristupe. Najpoznatija su tri pristupa (Korchin, 1976; Trull, 2005) koja ćemo ukratko predstaviti:

- Podaci kao uzorci ponašanja
  - Ovo je pristup u kojem se pojedinačni podaci kao što su pojedinačne opservacije, skorovi sa testova, specifični odgovori na testovne stimuluse i ostali podaci tumače kao uzorci jednog širokog repertoara informacija koji bi mogao biti prikupljen i izvan kliničke situacije. Znači, pretpostavka je da je ispitanikovo ponašanje kontinuirano i stabilno i da će on imati tendenciju da to ponašanje održava

nezavisno od toga da li se nalazi u situaciji ispitivanja ili izvan nje. Na osnovu takve pretpostavke mi zaključujemo da je ono kako se naš ispitanik ponašao tokom ispitivanja i kakve je odgovore davao na testovne stimuluse reprezent njegovog uobičajenog i tipičnog ponašanja.

- Npr. ako ispitanik lako odustaje kada naiđe na prepreku prilikom rešavanja zadataka na testu inteligencije, kliničar zaključuje da će to isto uraditi i pri rešavanju životnih zadataka ili ako je dobio visok skor na skali intraverzije, zaključiće da je ispitanik sklon intravertnom ponašanju i van testovne situacije.

- Podaci kao znaci
  - Ovo je pristup u kome se prikupljeni podaci o ispitaniku tumače kao znaci nekog bazičnijeg stanja, strukture, dimenzije, crte, vrednosti, očekivanja i sl. Ovo znači da se na osnovu manifestnih oblika ponašanja, skorova na testovima i odgovora ispitanika zaključuje o dubljim ili obuhvatnijim i trajnijim strukturama. Osnovna pretpostavka ovog pristupa je da je ličnost slojevito organizovana i da će manifestno ponašanje primarno biti determinisano nekim latentnim i trajnim strukturama. Veliki broj teorijskih modela ima ovakav pristup ličnosti s tim da se modeli međusobno razlikuju po tome šta i na koji način definišu kao latentne strukture, zatim na koji način su manifestna ponašanja povezana sa tim strukturama, kao i po stepenu u kojem su njihovi koncepti empirijski provereni i zasnovani. Npr. značajnu razliku vidimo u primeni ovog pristupa između psihodinamskih modela i kognitivnih modela. Dok psihodinamski model daje vrlo mali značaj manifestnom i njegovu relevantnost svodi na put ka latentnom, dotle kognitivisti iako pretpostavljaju hijerarhijsku organizaciju kognititivnih sistema razlikujući manifestne automatske iracionalne misli i latentna iracionalna verovanja, daju podjednak dijagnostički značaj i jednom i drugom nivou.
  - Npr. na osnovu specifičnog tretmana oka i uha na crtežu ljudske figure, kliničar zaključuje da ispitanik ima paranoidne tendencije ili na osnovu skatera na VITI-u kliničar zaključuje da se ispitanik koristi određenim mehanizmima odbrane, ili na osnovu načina kako klijent obrazlaže neko svoje ponašanje zaključuje o kontaminacijama ili o iracionalnim verovanjima ili o njegovom atribucionom stilu i sl. Kliničar može da ide i dalje od ovoga u interpretaciji i da formuliše na osnovu nekog teorijskog okvira hipotezu o poreklu zaključenih fenomena, kao što je na primer hipoteza o nerazrešenom Edipovom kompleksu ili hipoteza o nezavršenom procesu separacije-individuacije il hipoteza o nekoj kognitivnoj šemi ili hipoteza o tipičnom skript-procesu…

- Podaci kao korelati
  - Ovo je pristup koji se u najvećoj meri oslanja na empirijske podatke. U okviru tog pristupa, prikupljeni podaci o ponašanju ispitanika ili o registrovanim tendencijama putem testovnog materijala se tumače kao korelati nekih drugih karakteristika koje su nam relevantnije za razumevanje klijenta od onoga što smo neposredno videli ili registrovali. Ovi zaključci se prvenstveno donose na osnovu poznatih empirijskih nalaza o vezama koje su kroz istraživanja nađene između varijabli koje smo mi posmatrali tokom kliničke procene i nekih drugih vantestovnih ponašanja ili kompleksnijih setova ponašanja, ali se mogu donositi i na osnovu kliničarevog iskustva ili na osnovu teorijskih pretpostavki.
  - Npr. na osnovu specifičnog sklopa skala na MMPI, skatera sa VITI-a i stava klijenta prema situaciji ispitivanja, kliničar zaključuje o podobnosti ispitanika za psihoterapiju.

U okviru jedne interpretacije moguće je da će kliničar koristiti sva tri pristupa i da će pristup prilagođavati i vrsti podatka koji interpretira i zadatku koji upravo ispunjava.

Osim što postoje ovakvi različiti pristupi interpretaciji, kliničari imaju mogućnosti i da interpretacije sprovode na različitim nivoima. Nivo interpretacije se odnosi na stepen u kojem se konačna interpretacija "udaljila" od početnog podatka. Moguće je razlikovati barem tri novoa interpretacije (Korchin, 1976; Trull, 2005) kada interpretaciju posmatramo u odnosu na ovaj kriterijuma.

- Najniži nivo interpretacije se odnosi na pristup u kojem se podaci iz kliničke situacije uglavnom koriste kao uzorci ponašanja i interpretacija se svodi na direktno zaključivanje na osnovu dostupnih podataka. Kliničar ne zaključuje o skrivenom značenju ponašanja i ne diskutuje o latentnoj strukturi. Ovaj pristup ima tu prednost da je pouzdaniji od drugih i objektivniji jer se uticaj mogućeg pogrešnog uticaja kliničara svodi na minimum, ali ima i nedostatak da je najmanje informativan i često je na osnovu njega teško doneti neke zaključke o ispitaniku o temama koje nisu direktno povezane sa ispitanikovim ponašanjem.
- Srednji nivo interpretacije je takozvani nivo deskriptivnih generalizacija u kojem kliničar ide samo malo dalje od nivoa dobijenih podataka i pokušava da im da šire značenje uključujući objašnjenje ponašanja preko latentnih struktura ili preko klasifikacije u šire kategorije. To je prilično rasprostranjen način interpretacije koji kliničaru omogućava da se udalji od konkretnih podataka, ali ga ne obavezuje da se mnogo bavi npr. etiološkom hipotezom. Znači, to je interpretacija u kojoj će

kliničar npr. na osnovu dobijenih podataka zaključiti da je ispitanik pasivno zavisna struktura ličnosti sklona ulasku u simbiotkse odnose sa svojom okolinom i sklona razvijanju samozastrašujućih fantazija u situacijama kada anticipira prekid relacije i mogućnost da mora sama da donosi odluke. U takvim situacijama se dekompenzuje po depresivnom tipu… U ovakvoj interpretaciji mi dobijamo podatak o manifestnom ponašanju kao i o latentnim dispozicijama koje osobu čine vulnerabilnom na određene situacije. Ono što ne dobijamo je širi kontekst ovakve strukture i ovakvih reakcija, nemamo uvid u to kako je osoba postala takva, kako održava takvo ponašanje, kojim mehanizmima, kako je okolina uključena u održavanje ponašanja, koji su joj ciljevi, u vezi kojih konflikata je razvila ovakav sklop i sl.

- Najviši nivo interpretacije je takozvani nivo teorije o individualnom ispitaniku u kojem kliničar pokušava da dostigne konzistentno i sveobuhvatno razumevanje ispitanikovog funkcionisanja i njegovog razvoja. Uglavnom se u ovome rukovodi nekim teorijskim sistemom iz kojeg vrši dedukcije na konkretno ponašanje ispitanika i preko teorijskih konstrukata pokušava da da značenje celokupnog funkcionisanja ispitanika:
  - Kakav je ispitanik,
  - Kako je postao takav,
  - Kako funkcioniše u specifičnim okolnostima i šta možemo očekivati od njega u nekim konkretnim budućim situacijama,
  - Kako se može promeniti.

Vidimo da je ovo nivo koji se najviše udaljava od konkretnih podataka i to predstavlja stalnu opasnost da kliničar zapadne u improvizaciju i teorijsku opterećenost, ali sa druge strane ako kliničar prvo valjano obavi selekciju i integraciju podataka i ako se služi modelom koji je dobio adekvatnu empirijsku potporu ili koji je validiran kao klinički relevantan, onda se ovakva opasnost smanjuje, a interpretacija postaje daleko informativnija i korisnija u mogućnosti da bude dobar vodič za donošenje veoma različitih predikcija i preporuka u odnosu na organizovanje daljih intervencija.

9. PISANJE IZVEŠTAJA

Sve prethodno opisane procedure se sprovode kao predradnje u svrhu opremanja kliničara dovoljnim brojem informacija na osnovu kojih će on sastaviti izveštaj za naručioca. Mnogi od podataka do kojih je kliničar došao neće naći svoje mesto u konačnom izveštaju zato što su ustvari to bili podaci koji su trebali kliničaru da bi mogao da razume klijenta i da prepozna dimenzije i prirodu njegovog problema.

Izveštaj psihologa ima uobičajeno dve forme, pisanu i usmenu, od koje je pisana mnogo češća. Pisana forma izveštaja se naziva Nalaz i mišljenje psihologa. Već ovakav naziv obavezuje psihologa da njegov izveštaj treba da sadrži i određeni broj proverenih podataka, odnosno nalaza, ali i da sadrži evaluaciju i interpretaciju tih podataka u odnosu na cilj i svrhu ispitivanja, odnosno mišljenje. Ovakvi izveštaji se značajno razlikuju u sadržaju, terminologiji i iscrpnosti u zavisnosti od toga za koga se pišu i u vezi kojeg zadatka se pišu. Ali, bez obzira kojim će stilom biti napisan i koliko će biti dugačak i detaljan i sa kojom reprezentativnošću će opisi u njemu biti obrazloženi, svaki izveštaj psihologa bi trebalo da odgovori na najveći broj sledećih pitanja:

- Zašto se sprovodi ispitivanje, šta je cilj a šta svrha ispitivanja?
- Koji je problem ispitanika?
- Kako se problem manifestuje?
- Kako je problem nastao?
- Da li je problem reaktivne prirode ili endogene?
- Da li je problem jednostavan, monosimptomatski ili je kompleksan?
- Koje su konsekvence problema po funkcionisanje ispitanika?
- Kako se problem održava?
- Koje su specifičnosti ispitanika koje pomažu razumevanje problema?
- Koje su otežavajuće okolnosti?
- Koje su potencijali ispitanika?
- Kakva je prognoza?
- Kako se ispitaniku može pomoći?
- Šta je preporuka?
- Šta je odgovor u odnosu na napred definisane cilj i svrhu ispitivanja?

Odgovori na ova pitanja u izveštaju ne moraju biti eksplicirani ali naručilac nalaza bi trebalo da može da odgovori na ova pitanja na osnovu čitanja tog izveštaja, što znači da može makar da zaključi o njima. Ovaj spisak može i svakom psihologu koji je na početku svoje profesionalne karijere da bude dobar kriterijum da li je izveštaj koji je predao relevantan i da li je pokrio sve važne oblasti. Naravno, ovaj spisak je istovremeno i fleksibilan jer nije svaki cilj ispitivanja usmeren na odgovaranje na sva ova pitanja i kada je cilj mnogo uži (npr. da li klijenta pustiti sa bolničkog odeljenja kući za vikend) onda nije nužno pisati tako opširan i iscrpan izveštaj.

9.1. Osnovna struktura nalaza i mišljenja psihologa

Već smo napomenuli da se izveštaj psihologa treba prilagođavati prvenstveno mogućnostima naručioca da ga razume i cilju zbog koje je ispitivanje i preduzeto. Tako npr. nalazi koji se pišu za potrebe Invalidske komisije u kojoj ne sedi nužno psihijatar nego lekari drugih specijalnosti, ne bi smeli da budu isti kao izveštaji koji se pišu za psihijatra ili psihoterapeuta. Ovde ćemo predstaviti onu strukutru izveštaja koja je najviše prilagođena naručiocima i zadacima iz konteksta mentalnog zdravlja sa tim da se očekuje da će psiholog koji radi u drugim kontekstima blago modifikovati ovakvu strukutru mada to ni nije uvek nužno. Šta se uobičajeno preporučuje da treba da stoji u nalazu i mišljenju psihologa (Korchin, 1976: Berger, 1984; Trull, 2005)?

- Osnovni podaci o ispitaniku
  - Ime i prezime
  - Starost ispitanika
  - Školska sprema
  - Profesionalni status
  - Bračni status
  - Drugi osnovni podaci ako su relevantni za svrhu aktuelnog ispitivanja
  - Datum ispitivanja
- Šta je razlog upućivanja ispitanika na psihološku eksploraciju?
  - Ko je uputio ispitanika na eksploraciju? Npr. psihološka psihološka eksploracija se sprovodi na zahtev ordinirajućeg psihijatra sa odeljenja na kojem je ispitanica hospitalizovana...
  - Na koje se tegobe ispitanik žali, od kada tegobe traju i u kom opsegu ometaju ispitanika u svakodnevnom funkcionisanju? Na primer: Ispitanica se žali na intenzivne neodređene strahove, razdražljivost i suicidalni poriv. Nastanak tegoba ispitanica vezuje za sinovljevu

bolest i smrt od pre tri godine. Od tada je stalno tužna i bezvoljna sa povremenim psihotičnim epizodama koje uglavnom imaju karakter derealizacije. Aktuelno sklona pasiviziranju, socijalnoj izolaciji sa bogatom depresivirajućom aktivnošću i autoakuzacijama. Svakodnevni posao bavlja otežano i uz podsticaj.

- Kakav je ispitanikov stav prema tegobama, stepen uvida u prirodu i težinu tegoba? Na primer: Ispitanica je trenutno kritična u odnosu na tegobe i na njihovu iracionalnost. Očekivanja od tretmana su nejasna i tiču se nedovoljno definisanog oslobađanja od straha uz primetnu dozu otpisivanja mogućnosti promene. Trenutno ipak adekvatno saradljiva i primetno motivisanija za rad nego ranije.
- Da li je ispitanik ranije bio na tretmanu zbog istih, sličnih ili nekih drugih razloga? Na primer: Do sada je više puta hospitalizovana. Stalno je pod medikamentoznom terapijom ....
- Koji je cilj i u koju svrhu se sprovodi ispitivanje Npr. cilj je dinamska dijagnostika a svrha je procena podobnosti klijenta za psihoterapiju ili cilj je procena kognitivnog i emocionalnog funkcionisanja a svrha je procena preostale radne sposobnosti i priprema ispitanika za izlazak pred invalidsku komisiju ili cilj je diferencijalna dijagnostika u svrhu forenzičke procene i sl.

- Opšta impresija koju je kliničar stekao o ispitaniku. Na primer: Ispitanica deluje zanemareno i umorno. U toku razgovora povremeno ima zastoje sa „praznim“ pogledom, nakon čega deluje iznenađena realnošću. Utisak je da ima problema sa razgraničavanjem svojih fantazija od realnosti.
- Koje su tehnike primenjene?
- Ponašanje ispitanika u test situaciji
  - Stav prema potrebi i proceduri ispitivanja
  - Stav prema pojedinim tehnikama
  - Saradljivost i odnos prema ispitivaču
  - Očekivanja ispitanika od psihološke eksploracije
  - Ukoliko je ispitanik uključen u neki tretman ili je u proceduri ispitivanja podobnosti za tretman, opisati njegov stav prema tretmanu i očekivanja koja ima u vezi tretmana
  - Na primer: Ispitanica situaciji ispitivanja prilazi korektno i umereno saradljivo. Verbalno veoma oskudna. Testovni rezultati granične vrednosti sa registrovanom tendencijom ka agravaciji.
- Procena intelektualnih sposobnosti i procena mišljenja
  - Procena opšte sposobnosti, efikasnosti
  - Procena specifičnih sposobnosti
  - Opis kognitivnog stila ispitanika, način rešavanja problema
  - procena odnosa personalnih i emocionalnih karakteristika ispitanika i kognitivnog funkcionisanja

- o Eventualni indikatori i procena propadanja kognitivnog funkcionisanja
- o Procena uloge kognitivnog stila ispitanika u nastanku ili održavanju aktuelnih problema
- o Na primer: Na testu inteligencije dobija skor koji je svrstava u grupu ispodprosečno inteligentnih, s tim što je relativno povišenje na testovima koji izražavaju primarne kapacitete, dok je pad upadljiv na testovima koji su osetljivi na upliv afektiviteta. Kvalitativna analiza potvrđuje ranije zapažanje o pasivno-receptivnom stavu prema realnosti. Ovo rezultira niskim obrazovnim nivoom i otpisivanjem značaja informacionih stimulusa iz okoline, čime je još više sužen dijapazon njenih eventualnih izbora u problem situacijama u kojima se ona predaje afektu i čeka da neko drugi reši problem umesto nje.

- Procena ličnosti
  - o Dominantne crte ličnosti, posebno one koje su relevantne za ispitanikov problem
  - o Istaknute psihopatološke tendencije, konflikti, mehanizmi odbrane, kvalitet organizacije ličnosti i dominantni tip adaptacije ličnosti
  - o Emocionalni profil ispitanika
  - o Stav prema sebi i svojim kapacitetima
  - o Stav prema realnosti, prihvatanje uloga i životnih zadataka koje ispitanik ima
  - o Ispitanikovo shvatanje problema i uloga tog shvatanja u održavanju problema
  - o Motivacioni profil ispitanika, koja je svesna, a koja je nesvesna motivacija
  - o Obrasci interpersonalnih odnosa, vezivanja i konflikata u konkretnim socijalnim relacijama
  - o Etiološke hipoteze u okviru neke teorije ličnosti (razvojna hipoteza o tome kako je ispitanik postao disfunkcionalan, kako su registrovani neadaptivni fenomeni postali manifestni, kako je interakcija situacionih i personalnih faktora doprinela razvoju problema, koji su unutrašnji a koji situacioni faktori održavanja problema, da li postoje specifične dobiti klijenta od tegoba, koji su potkrepljivači, kakva je uloga važnih ljudi iz ispitanikove okoline, koje su ispitanikovi kapaciteti za rešavanje problema i sl.)
  - o Na primer: Biografska putanja ispitanice je ispunjena značajnim gubicima i veoma stresnim situacijama. Aktuelna situacija je dodatno provokativna jer je novi težak gubitak nastupio na onom polju na kojem je ispitanica premorbidno uspela da izgradi relativno stabilan identitet. Aktuelno ispitanica funkcioniše kao zatvorena

osoba koja teži izolaciji, sklona da odnose sa drugima doživi kao ugrožavajuće. Emocionalno doživljavanje je agresivno obojeno sa tendencijom odbijanja socijalne stimulacije i sa naglašavanjem svog osećaja prikraćenosti i bezizlaznosti. U odnosu na rešavanje problema ostaje pasivna i dezorganizovana sa naglašenom potrebom za stabilnošću i poznatim životnim obrascima. Testovni rezultati indikuju visok suicidalni rizik. Tema ispitaničinih briga je depresivna i tiče se problema prevazilaženja bola zbog gubitka. Analiza misaonog toka otkriva dominantnu ispitaničinu iluziju da su stvari i odnosi trajni, ali da ona nije dovoljno dobra da to sačuva, na osnovu čega se održava stalni proces autoakuzacije i povišene anksioznosti.

- Predlozi i preporuke. Npr. Sa ispitanicom je potrebno nastaviti sprovoditi medikamentoznu terapiju, ali bi bilo preporučljivo uključiti je i u psihoterapijski tretman na kome bi se radilo na prevazilaženju zastoja u procesu oplakivanja kao i na restrukturaciji ponašanja i uspostavljanja novog kognitivno-emotivnog odnosa prema realno promenjenoj stvarnost. Važno je pri tome intervencije sprovoditi u formi suportacije, voditi računa o suicidalnom riziku i o mogućim otporima koji proizilaze iz iracionalnog verovanja da će njeno poboljšanje na neki način ugroziti pokojnog sina.
- Zaključak. Npr. Rezultati psihološke eksploracije govore u prilog pretpostavke da je aktuelno ispitaničino funkcionisanje rezultat zastoja u procesu oplakivanja, konkretno u kolebanju između faze fiksacije borbe i bloka u fazi očajanja, što rezultira ili neprihvatanjem realnosti ili začaranim krugom očaja i reketa tuge, te povremenim raskidom veze sa spoljašnjim svetom. Preporučena psihoterapijska intervencija.

9.2. Osnovni zahtevi i preporuke u vezi pisanja nalaza i mišljenja psihologa

Kada kliničar treba da pretoči svoja zapažanja, nalaze i zaključke u formu pisanog izveštaja on prvenstveno mora da vodi računa o tome da taj nalaz ma koliko bio interpretiran, ne sme da prenebregne konkretne podatke koji su skupljeni kompletnom baterijom testova i tehnika. Takođe, mora da ostavi prostor i za svoje dileme ukoliko ih ima jer neće svaka procedura procene dati konačne odgovore. Najvažniji zahtevi u vezi nalaza se tiču toga da jezik nalaza mora da bude prilagođen naručiocu, da nalaz mora da bude informativan, znači da naručilac nakon čitanja nalaza sazna nešto novo u vezi klijenta, kao i toga da nalaz mora da bude opredeljen. To znači da se na osnovu izveštaja može doneti neka odluka i da ta odluka jeste ne-

posredan odgovor na pitanje sa kojim je klijent i došao na ispitivanje. Evo za kraj nekoliko konkretnih preporuka o tome šta je dobro a šta nije dobro činiti kada pismeno saopštavamo svoj zaključak o klijentu:

- Izbegavajte upotrebu opštih nespecifičnih karakteristika.
- Izbegavajte upotrebu nejasnih psiholoških termina čije značenje ni sami ne razumete ili koje ne umete da opišete.
- Izbegavajte stereotipe i fraze.
- Kod navođenja neke ispitanikove karakteristike budite specifični i opišite uslove u kojima se ta karakteristika ispoljava i na koji način se javlja.
- Navedene karakteristike medjusobno povežite i organizujte po važnosti.
- Razmotrite specifične životne aspekte u kojima se neki problem javlja.
- Uzmite u obzir karakteristike okruženja u kojem živi ispitanik i moguće značenje problema u tom okruženju.
- Uzmite u obzir i pozitivne okolnosti i klijentove snage za rešavanje problema.
- Prepoznajte kada vam slučaj nije jasan i predložite način kako se to može prevazići.

III POGLAVLJE

FAKTORI KOJI UTIČU NA ODLUKE KLINIČARA

Sadržaj poglavlja:

- Cilj i svrha ispitivanja
- Sadržaj i forma klijentovog problema
- Kliničarevo poznavanje tehnologije kliničke procene
- Specifičnosti klijenta
- Teorijsko opredeljenje kliničara
- Planiranje kliničke procene iz psihodinamske perspektive
- Planiranje kliničke procene iz kognitivno-bihevioralne perspektive
- Planiranje kliničke procene iz eklektičke ili integrativne perspektive

Cilj poglavlja:

- da student stekne uvid da proceduru kliničke procene determinišu različiti faktori i da nauči da razvija različite strategije procene u zavisnosti od uslova koji su prisutni.

10. CILJ I SVRHA ISPITIVANJA

Ono što bi trebalo da bude najvažniji faktor koji utiče na kliničareve odluke u vezi kliničke procene je svakako cilj i svrha ispitivanja iskazani kroz zahtev naručioca procene.

Zašto se sprovodi procena, šta treba da bude krajnji rezultat procene i koja je to odluka koju naručilac procene treba da donese na osnovu rezultata procene je ono što u najvećoj meri treba da odredi i šta će psiholog pratiti, na koje oblasti će posebno obratiti pažnju, a koje će ignorisati, kojim sredstvima će to sprovesti, kako će na kraju sprovesti selekciju brojnih podataka koje je prikupio i kako će ih interpretirati a da ta interpretacija bude odgovor na početno pitanje. Tako npr. ako se ispitivanje sprovodi sa ciljem procene poslovne sposobnosti osobe koja je lakše mentalno retardirana, onda nas i struktura ličnosti i dinamika zanimaju samo površno, a o nesvesnim motivima da i ne govorimo. Ono što nas zanima je kvalitet njenog mišljenja, sposobnost snalaženja u poznatim i novim situacijama, kvalitet emocionalnog reagovanja u frustrativnim situacijama, jačina uspostavljenih navika, postojanje socijalne mreže i kvalitet podrške na koju osoba može računati, kvalitet relacija sa osobama koje su potencijalni staratelji i sl. Znači, prvenstveno nas zanima koje su sposobnosti osobe, kako ih ona praktično koristi, koji su faktori ometajući i ugrožavaju osobino funkcionisanje a koji su faktori protektivni da bismo na kraju mogli da kažemo da li je poslovno sposobna ili nije. S druge strane, ako je cilj dinamska dijagnoza u svrhu određivanja tretmana za klijenta koji i nakon dve godine od iznenadne smrti supruge pokazuje znake depresivnosti, onda će naša osnovna pažnja biti usmerena upravo na procenu strukturalnih i dinamskih aspekata ličnosti, odnosno, zanimaće nas koji personalni faktori su ovu osobu predisponirali na produženo žalovanje, zatim koji to situacioni, interpersonalni i intrapersonalni faktori doprinose da se ovaj problem još uvek održava, šta je ono što bi sa klijentom trebalo raditi da bi on prevazišao problematično ponašanje i doživljavanje i koji je kvalitet njegove spremnosti da problem rešava, tako da će ova procena biti mnogo obuhvatnija nego u prvom primeru. Ali u oba navedena primera čak i uz isti cilj, promena svrhe procene može dovesti i do promene plana procene.

Tako, kada je u prvom slučaju svrha ispitivanja odluka da li klijenta staviti pod starateljstvo ili ne, navedeni plan je adekvatan, ali ako dalje treba odlučivati o vrsti najadekvatnijeg staratelja, to podrazumeva i proširenje oblasti koje se ispituju i u tom slučaju uključivanje i procene strukturalnih i dinamskih aspekata.

To znači da je važno razlikovati cilj ispitivanja od svrhe ispitivanja kad god je to moguće i korisno je da pre nego što krenemo sa procenom budemo upoznati i sa jednim i sa drugim jer u odnosu na njih treba da planiramo proceduru procene. Cilj ispitivanja je uslovljen pitanjem na koje treba da odgovorimo, npr. da li se kod klijenta registruju znaci propadanja inteligencije, ili cilj je odgovor na pitanje diferencijalne dijagnoze između socijalne anksioznosti i generalizovanog anksioznog poremećaja i sl. A svrha se odnosi na to zašto je taj odgovor važan, odnosno koja odluka će biti doneta na osnovu odgovora koji psiholog ponudi, npr. da bi se odredio tip tretmana ili da bi se pokrenula procedura penzionisanja klijenta ili da bi se odlučilo da li je klijent spreman za dehospitalizaciju i sl. Nažalost, u kliničkoj praksi psihologa nije redak slučaj da psiholog ne zna koja je svrha ispitivanja ili da ni sam naručilac nema jasnu ideju o svrsi nego da je u pitanju formalno prikupljanje podataka o klijentu u vezi kojih neće biti preduzeta nikakva specijalna intervencija. Cilj ispitivanja će najčešće odrediti šta je ono što ćemo pratiti kod klijenta, a svrha kako ćemo dobijene rezultate selekcionisati i formulisati u preporuku. Tako je moguće imati u dva slučaja isti cilj a različitu svrhu, kao i različite ciljeve i istu svrhu, što će uvek dati u nekoj meri drugačiji plan kliničke procene.

Na primer, moguće je da cilj za dva klijenta bude diferencijalna dijagnoza, ali da u jednom slučaju svrha bude određivanje medikamentoznog tretmana, a u drugom slučaju da svrha bude procena za invalidsku komisiju. Ili je moguće da u jednom slučaju cilj bude dinamska dijagnoza a u drugom procena suicidalnog rizika a da svrha u oba slučaja bude procena podobnosti za psihološki tretman.

Tako će nas npr. u jednom slučaju zanimati da li je adolescentkinja, koja iznenada odbija da ide u školu, koja više dana ne izlazi iz sobe, koja odbija da jede i da sa bilo kim komunicira, psihotična ili je u pitanju adolescentna kriza ili je nešto treće. Ovo za psihijatra može biti indikacija da odredi terapiju, koja će verovatnije uključivati antipsihotike ako rezultati psihološke eksploracije ukažu na početak psihotičnog procesa, sigurno ih neće uključivati ako se pokaže da je ponašanje adolescentkinje samo reakcija na neku ozbiljnu porodičnu krizu ili na raskid sa momkom a možda će ih uključiti, ali sa velikim oprezom, ako je u pitanju adolescentna kriza.

U drugom slučaju nas može zanimati da li se kod klijenta srednjih godina, koji je pre par meseci proglašen viškom radne snage i koji je od tada razvio ozbiljnu depresivnu simptomatologiju, radi o depresivnom sindro-

mu ili je u pitanju depresivna reakcija ili poremećaj prilagođavanja neurotski organizovane osobe ili osobe sa graničnom organizacijom ličnosti, što ima različite reperkusije po procenu preostale radne sposobnosti. Što je poremećaj više reaktivne prirode, to je radna sposobnost manje kompromitovana, s tim da je važno uzeti u obzir i kapacitete adaptacije klijenta čak i ako je reaktivna depresija u pitanju jer ako su ovi kapaciteti manji (snižene intelektualne sposobnosti, rigidan kognitivni stil, neproduktivni mehanizmi prevladavanja, edukativna zapuštenost) onda nagoveštavaju veću verovatnoću javljanja novih reakcija u situacijama koje zahtevaju povećane napore prilagođavanja od strane klijenta.

U oba slučaja ćemo, znači, pratiti istu stvar, odnosno, procenjivaćemo prisustvo, trajanje, intenzitet simptomatskog ponašanja, procenjivaćemo uslove nastanka tegoba, postojanje precipitirajućih faktora, reaktivnost tegoba na promene u sredini i sl. sa ciljem diferencijalnog dijagnostikovanja između definisanih dijagnostičkih alternativa, ali ćemo u prvom slučaju to raditi sa namerom da pomognemo psihijatru da istitra adekvatnu terapiju, a u drugom slučaju će naša pažnja više biti usmerena na to u kojoj meri je registrovana simptomatologija reverzibilna i kompromitujuća u odnosu na mogućnost klijenta da se angažuje da nađe novi posao i da se prilagodi na neke nove radne zadatke.

To znači da nas i cilj i svrha ispitivanja usmeravaju i na to šta ćemo pratiti, koje funkcije klijenta i u kom obimu, odnosno na koje procese ćemo više obratiti pažnju, kao i na to kojim sredstvima ćemo to raditi, jer smo preko cilja i svrhe fokusirani na određenu dilemu koju procedurom procene pokušavamo da razrešimo. Ovaj faktor treba da služi i kao jedan od kriterijuma da li je sprovedena procena svrsishodna. Ukoliko na kraju procene kliničar može da ponudi izveštaj naručiocu iz kojeg će naručilac znati više o klijentu nego što je znao pre toga i ukoliko će doneti odluku ili razrešiti dilemu zbog koje je i poslao klijenta kod psihologa, onda je svrsishodnost procene u potpunosti postignuta. To znači da i vrlo detaljan i bogat izveštaj o strukturi ličnosti klijenta i njegovoj nesvesnoj motivaciji sa opširnom elaboracijom elemenata i faktora koji su uticali na to da se klijent razvije u osobu kakva jeste neće biti adekvatan, odnosno svrsishodan ukoliko je početno pitanje, (npr. procena preostale radne sposobnosti klijenta) ostalo neodgovoreno. Ovo naravno nije i dovoljan kriterijum kvaliteta kliničke procene jer sama svrsishodnost ne garantuje ni pouzdanost ni tačnost izveštaja ali jeste nužan. Sprovoditi kliničku procenu a da ne znate zašto to radite je isto kao da treba da se trkate a ne znate ni koliko daleko ni gde se nalazi cilj nego samo znate da treba da trčite.

11. SADRŽAJ I FORMA KLIJENTOVOG PROBLEMA

Dva faktora koja takodje značajno utiču na kliničereve odluke o tome šta će i kojim sredstvima procenjivati kod klijenta su sadržaj i forma klijentovog problema i kliničarevo poznavanje problema i rezultata istraživanja datog problema.

Uslovno rečeno, možemo reći da se sadržaj problema odnosi na tegobe koje klijent navodi kao one zbog kojih se procena sprovodi i simptome koji se mogu registrovati u klijentovom ponašanju, a forma se odnosi na specifično ispoljavanje datih problema i simptoma kod konkretnog klijenta, bilo zbog njegovih specifičnih personalnih karakteristika, bilo zbog određenih situacionih faktora. Kažemo uslovno, zato što postoji izvestan broj situacija u kojima se klinička procena sprovodi a da klijent ne navodi neke konkretne tegobe, odnosno, nije nužno da klijent subjektivno pati da bi se procena sprovodila, kao npr. kada je u pitanju alkoholičar koji negira problem alkohola ili kada je klijent hiperaktivno dete ili kada se procena sprovodi da bi se ustanovila sposobnost mentalno retardiranog svedoka da verodostojno svedoči i sl.

U kom smislu sadržaj problema diktira plan procene i tok sprovođenja procene? Odgovor je veoma očigledan ako uzmemo u obzir krajnosti kao što je procena osobe koja se žali na zaboravljanje, osećaj dezorganizovanosti, česte promene raspoloženja, nemogućnost koncentracije, probleme sa koordinacijom i kod koje zbog dugotrajne upotrebe alkohola postoji sumnja na psihoorganicitet i procenu osobe koja je nedavno bila žrtva seksualnog zlostavljanja i koja je posle tog iskustva razvila socijalno izbegavajuće ponašanje. Nemamo neku veliku dilemu da će psiholog kod ove dve osobe napraviti različit plan procene, tako da će u prvom slučaju akcenat biti na proceni kognitivnih funkcija, odnosno oštećenja kognitivnih funkcija, dok će u drugom slučaju akcenat biti na kognitivno-emocionalnoj obradi traumatskog iskustva. Takođe će i primenjene tehnike biti značajno drugačije i u prvom slučaju uključivati testove za procenu poremećaja kognitivnih funkcija a u drugom slučaju će psiholog veći prostor dati naturalističkim tehnikama i samoopisnim tehnikama, a eventualno će primeniti i projektivne tehnike u slučaju da proceni da postoji značajan predisponirajući uticaj personalnih faktora a da to nije dovoljno razjašnjeno prethodnim tehnika-

ma ili da postoji preterana svesna ili nesvesna cenzura od strane klijenta. U slučaju da npr. kod prvog klijenta ne potvrdi pretpostavku da postoji oštećenje kognitivnih funkcija na način koji bi ukazivao na organsku etiologiju ispoljenih problema, psiholog bi trebalo da proširi plan i uključi tehnike za procenu ličnosti da bi proverio pretpostavku o emocionalnoj osnovi poteškoća. Takođe, ove tehnike uključuje i onda kada postoji dilema oko promena u psihosocijalnom funkcionisanju ispitanika usled dijagnostikovanog psihoorganskog procesa.

Manje očigledan ali ipak ilustrativan primer o povezanosti problema i plana procene je upoređivanje, sa jedne strane, klijentkinje koja se žali na intenzivne glavobolje koje traju godinama i čiji početak se poklapa sa početkom bračnog života, a za koje ne postoje potvrde da su organske etiologije iako klijentkinja insistira na njihovoj organskoj prirodi i negira mogućnost postojanja psihičkog porekla istih i, sa druge strane, klijentkinje koja se žali na pojačanu i permanentnu anksioznost u socijalnim situacijama zbog koje intenzivno pati i usled čega je svoje socijalno izlaganje svela na minimum. U prvom slučaju je velika verovatnoća da će klijentkinja biti sklona disimulaciji i povećanoj cenzuri, te je vrlo verovatno da će biti potrebe da se uključe i projektivne tehnike kao i da se posebna pažnja obrati na bračne i porodične relacije i postojanje primarnih i sekundarnih dobiti od tegoba, dok se u drugom slučaju ne pokazuje potreba da se uključi ova vrsta tehnika i veća je verovatnoća da će akcenat biti na naturalističkim tehnikama, najverovatnije bihevioralnom intervjuu, možda će biti primenjen strukturirani intervju da bi se dijagnostikovalo da li se radi o socijalnoj fobiji ili generalizovanoj anksioznosti ili izbegavajućem poremećaju ličnosti, na funkcionalnoj analizi ponašanja kao i verovatnom uključivanju skala za samoposmatranje, dok će oblasti koje se prate verovatno biti njena kognitivna obrada socijalnih situacija i analiza izbegavajućeg ponašanja i potkrepljivača.

Neki problemi, kao što su na primer narkomanija ili alkoholizam ili poremećaji ishrane kao što su mentalna anoreksija i bulimija, najčešće podrazumevaju da se u proces procene uključe i članovi porodice i akcenat se više stavlja na interpersonalne nego na intrapersonalne šeme, za razliku, npr. od generalizovane anksioznosti, gde je u samoj proceduri procene veći akcenat stavljen na nivo intrapersonalnog funkcionisanja, što ne znači da se interpersonalni zanemaruje, samo je od manjeg značaja nego u proceni ponašanja osoba sa npr. problemom adikcije. Ovde, kada govorimo o uključivanju i drugih osoba, ne mislimo samo na pomoć pri prikupljanju podataka, kao što govorimo kada klijent iz različitih razloga nije adekvatno saradljiv ili nije pouzdan izvor podataka, nego mislimo na potrebu da predmet procene postane komunikacija koju ostvaruju klijent i njegovo okruženje. Ovo činimo uvek kada postoji pretpostavka da su način komu-

nikacije, relacije i uloge koje klijent ostvaruje u svojim grupama bitni za uspostavljanje i održavanje problematičnog ponašanja.

No, sam sadržaj i forma problema nisu adekvatni vodiči ukoliko ih kliničar ne poznaje dovoljno. U tom smislu, drugačije će organizovati procenu kliničar koji samo površno ili samo na nivou psihopatologije poznaje neki problem, a drugačije kliničar koji prati savremene etiopatogenetske modele i konceptualizacije psihopatoloških fenomena i istraživanja datih problema i svih korelata određenog problematičnog ponašanja. Tako će npr. kliničar koji poznaje savremne sistemske pristupe problemima adikcije znati šta treba da prati u porodičnom sistemu, za razliku od kliničara koji tim problemima prilazi samo sa aspekta medicinskog modela. Kliničar koji je upoznat sa suptilnim razlikama u mentalnom funkcionisanju osoba sa različitim poremećajima CNS-a će imati daleko diskriminativniji i fleksibilniji plan procene sa lakim promenama u hodu u zavisnosti od prvih rezultata do kojih dođe. Isto tako, drugačije će plan procene napraviti kliničar koji treba da proceni podobnost depresivnog klijenta za psihološki tretman i koji poznaje savremene nalaze evaluacije terapije depresivnih pacijenata i rezultate o personalnim prediktorima koji povećavaju ili koji smanjuju verovatnoću pozitivnog ishoda od onog kliničara koji takve informacije ne poseduje. Ili teško možemo da zamislimo da će psiholog, koji samo površno poznaje psihodinamiku poremećaja ličnosti i koji nije upoznat sa rezultatima istraživanja karakterističnog ponašanja klijenata sa ovim problemom i sa savremenim teorijskim konceptima koji objašnjavaju ovu kategoriju poremećaja, znati na šta treba da obrati pažnju, koja ponašanja klijenta imaju tu težinu diferencijalnog znaka i koji su pouzdani načini za njihovu procenu.

Možemo reći da je odgovornost psihologa da se kontinuirano edukuje, da prati istraživačku literaturu, da se upoznaje sa novim instrumentima koji se pojavljuju na psihološkom tržištu, da prati promene u klasifikacionim sistemima i sl. da bi mogao kompetentno da planira i sprovodi kliničku procenu. Očigledno je da se kvalitetna klinička procena teško može izjednačiti sa tehničkim znanjem primene različitih tehnika i obrade rezultata te da podrazumeva integraciju šireg znanja i iz psihologije i iz graničnih disciplina. Naravno, mala je verovatnoća da će psiholog praktičar moći da prati sve inovacije u oblasti kliničke psihologije niti je to stvarno nužno, ali je profesionalno obavezan da zna načine kako može da dođe do potrebnih informacija kada mu to zatreba. To znači i spremnost da, kada mu u praksi predstoji neki zadatak koji prevazilazi njegovo dotadašnje znanje i iskustvo, prvo pronađe relevantne izvore koji mu mogu pomoći da taj zadatak obavi na dobro informisan način.

Ovo znači da pre nego što krene sa procenom, kliničar mora pažljivo da razmotri u kojoj meri je upoznat sa problemom u vezi kojeg se procena

sprovodi, da zna operacionalne definicije poremećaja čije prisustvo procenjuje, odnosno kriterijume preko kojih su poremećaji opisani u klasifikacionim sistemima, da zna različite etiopatogenetske modele koji objašnjavaju ispitivani problem, da je upoznat sa rezultatima istraživanja koja ukazuju sa kojim je varijablama taj problem u korelaciji kao i da zna kojim tehnikama se dati problem može efikasno ispitati.

12. KLINIČAREVO POZNAVANJE TEHNOLOGIJE KLINIČKE PROCENE

Još jedan faktor koji smo naveli kao značajno povezan sa načinom na koji će se planirati klinička procena za svakog pojedinačnog pacijenta je kliničareva upoznatost sa tehnologijom kliničke procene. Koliko kliničar poznaje različitih tehnika i metoda za prikupljanje podataka, koliko je vešt u njihovoj primeni, kakve su njegove preferencije za određene metode će takođe doprineti tome kako će izgledati svaka konkretna procedura kliničke procene.

Možemo da kažemo da što kliničar poznaje manje instrumenata i pristupa proceni, to će imati manje dilema jer će u svakom slučaju primenjivati sličnu bateriju, nezavisno od cilja ispitivanja, problema koji muči klijenta ili nekih specifičnosti klijenta koji bi naložili da kliničar promeni pristup. Kliničar koji se zaustavi samo na instrumentima koje je naučio na fakultetu će imati manje mogućnosti da se prilagođava svim individualnim potrebama klijenata ili ispitivačke situacije od onog kliničara koji kontinuirano prati pojavu i razvoj novih puteva za procenu ličnosti i procenu psihopatologije. Tako npr. u kontekstu mentalnog zdravlja skoro neizostavno primenjujemo MMPI, takođe, ovaj instrument u velikom broju slučajeva ima smisla upotrebljavati u forenzičkom kontekstu, ali u kontekstu socijalne zaštite ovaj instrument nam često ne bi dao relevantne podatke. Veliki broj zadataka psihologa u ovom kontekstu podrazumeva ili upotrebu naturalističke procene ličnosti ili instrumenata koji ispituju komunikaciju, kvalitet afektivne vezanosti, kognitivnu zrelost ili instrumente standardizovane na posebnim uzrasnim grupama. Takođe je njegova upotreba u zdravstvenom kontekstu ređa a češća je upotreba tehnika koje se bave kvalitetom življenja ili mehanizmima prevladavanja ili je pak češća upotreba kraćih ček lista simptoma koje imaju skrining funkciju i za koju bi MMPI bio predugačak i prezahtevan za neke kategorije somatskih pacijenata. Kliničar koji poznaje veći broj instrumenata će istina češće biti u dilemi koja bi tehnika bila primerenija, ali ovo je sigurno konstruktivna dilema jer govori o svesti kliničara o relativnim prednostima i ograničenjima pojedinih pristupa. Takođe, ovako informisan kliničar će imati više mogućnosti da sprovede svrsishodnu, pouzdanu i validnu kliničku procenu koja odgovara

na zahteve zbog kojih se i sprovodi. Potpuno je neefikasno u svakoj situaciji primenjivati iste instrumente, npr. nije nužno svaki put raditi klinički test inteligencije ili npr. kada procenjujemo podobnost klijenta za kognitivni ili bihevioralni tretman nema neku informativnu vrednost zadavati projektivne tehnike te ih nije nužno ni planirati. Uvek se, ukoliko iskrsne neka dilema oni mogu naknadno zadati. Ponekad je, posebno u situacijama kada se procena sprovodi radi konstrukcije plana tretmana, potrebno davati vrlo specifične tehnike koje proističu iz određenog teorijskog okvira iz kojeg će se sprovoditi i tretman jer će one dati daleko upotrebljivije podatke od neke uobičajene baterije testova koja se frontalno i neselektivno zadaje, tako je npr. upotreba TAT za potrebe planiranja psihodinamskog tretmana potpuno opravdana, a sa druge strane je za planiranje asertivnog tretninga preporučljivo upotrebiti Rathusov upitnik asertivnosti (Rathus, 1973) ili Asertivnu mrežu (Wolpe & Lazarus, 1966) dok je za planiranje sistemskog tretmana za očekivati da će kliničar planirati da sprovede intervju sa porodicom koristeći se tehnikom genograma. Ali, da bi kliničar mogao da sprovede ovakvu individualizaciju postupka, da ponovo istaknemo, po cenu da nekom budemo dosadni, nužno je da bude dodatno informisan, odnosno, permanentno agilan povodom svoje edukacije i stručne kompetencije.

13. SPECIFIČNOSTI KLIJENTA

Kliničar treba da bude svestan činjenice da se različita pravila i uputstva kojima se rukovodi kada sprovodi kliničku procenu ipak odnose na neke tipične situacije ili prosečne klijente. I za najveći broj klijenata sa kojima bude radio i zadataka koje bude sprovodio, ta pravila mogu da budu dobar i dovoljan orijentir u izboru različitih alternativa tokom procene. Međutim, u izvesnoj meri kliničar uvek može da očekuje da će raditi i sa klijentima koji se značajno po nekom svom obeležju razlikuju od referentne grupe u odnosu na koju bi kliničar trebao da upoređuje njihove individualne podatke i da će u tom slučaju morati da unese izvesne izmene u svoju uobičajenu proceduru. Takve specifičnosti mogu da se tiču nekih ograničenih kapaciteta klijenta, npr. u percepciji primenjenih metoda ili starosti klijenta ili kulturnih specifičnosti klijenta ili specifične pozicije iz koje prilazi ispitivanju i sl. Ove specifičnosti klijenta diktiraju bilo prilagođavanje tehnologije prikupljanja podataka, bilo menjaju kontekst razumevanja i interpretiranja problema, bilo upućuju na ograničenja i potrebu za prilagođavanjem poznatih normi.

Tako npr. klijentima koji su ograničeni u recepciji nekih tehnika zbog edukativne ograničenosti, nepismenosti ili slabog vladanja srpskim jezikom, zbog neke telesne ograničenosti, hendikepiranosti ili nekih drugih posebnih potreba, nužno je prilagoditi način ispitivanja i planirati upotrebu tehnika koje zaobilaze date probleme. Ponekad će npr. biti nužno da ispitivač čita klijentu testovni materijal, a ponekad će biti nužno da celu proceduru ispitivanja sprovede van svoje ordinacije, što po pravilu nije preporučljivo jer menja standardne uslove i verovatno utiče na produkciju klijenta, ali je u situacijama objektivne nepokretnosti klijenta nužno.

Takođe starost diktira i oblasti kojima će se kliničar baviti i metodologiju prikupljanja podataka. Brojna su istraživanja koja pokazuju da je neprimereno istu bateriju testova davati deci, adolescentima, odraslima i starima i da svaka ova uzrasna grupa ima svoje specifičnosti koje podrazumevaju prilagođavanje i instrumenata i pristupa a naravno i interpretacije dobijenih podataka (Maruish, 2004).

Istraživanja nas upućuju i na to da su naše baterije kulturološki uslovljene te da ispitanici koji pripadaju nedominantnoj kulturi mogu imati za

tu kulturu netipične odgovore koji su uslovljeni njihovim kulturnim nasledjem a ne nekim psihopatološkim procesom, što se lako može prevideti i pogrešno interpretirati (Wood et al. 2002; Jerković, Gavrilov-Jerković, 2003). Zato je dobro znati koje su tehnike manje a koje više osetljive na

❍ **Prilog 4. – Da li klijent vara?**

Weinar (2003) navodi neke od indikatore koji mogu pomoći kliničaru da obrati pažnju na mogući pokušaj klijenta da daje lažne podatke o sebi tokom kliničke procene.

U slučajevima kada klijent preuveličava teškoće, znači ili agravira ili simulira, obično se takva tendenicja prepoznaje na jedan od tri načina:

Podaci su međusobno nekonzistentni i ukazuju na nelogična odstupanja, kao kada npr. klijent daje pogrešne odgovore na lakšim zadacima na testu inteligencije a istovremeno uspeva da odgovori na teže i da pri tome znamo da se ne radi o psihotičnom cik-cak skateru. Npr. autorka se seća klijenta koji je simulirao probleme sa pamćenjem tako što rešavajući subtest Ponavljanje brojeva u okviru VITI-a nije tačno reprodukovao ni jedan niz unapred, a onda je prilikom pamćenja brojeva unazad uspešno prvo naglas ponovio niz brojeva unapred da bi zatim simulirao grešku u nizu unazad. Takođe na isto ukazuje i podatak da je klijent na istom testu dao istovremeno izrazito patološke vrednosti na jednom delu testa, a potpuno uredne vrednosti na drugom delu istog testa.

Drugi indikator je ako se uoči nesaglasnost između podataka na testovnom materijalu ili datih tokom intervjua sa jedne strane i podataka dobijenih tokom posmatranja klijenta sa druge strane. Npr. klijentkinja može da se na testu ili kroz samoopis predstavlja kao introvertna, stidljiva, obeshrabrena i depresivna i da je istovremeno u kontaktu vrlo pričljiva, živopisnog oblačenja i ponašanja i zadovoljavajuće asertivna. Ovakav nesklad treba da opomene kliničara da proveri da li se radi o mogućem lažiranju podataka i potrebi klijentkinje da se predstavi nefunkcionalnijom nego što realno jeste.

Treći indikator je nesklad koji postoji između podataka koje klijent daje aktuelno o sebi i biografskih podataka ili podataka dobijenih od drugih izvora, kao što bi na primer bio podatak klijenta o dugogodišnjem izrazito lošem stanju i brojnim simptomima koji bi ukazivali na ozbiljnu psihopatologiju a da istovremeno ne postoji ni jedan dokument koji bi to argumentovao, odnosno da se za sve to vreme klijent nije nikada obratio ni jednom stručnjaku za pomoć.

Klijenti ponekad lažiraju sliku o sebi i tako što je ulepšavaju. Po Weinaru tada su uobičajeno ili veoma škrti u odgovaranju, dajući jednu nedovoljno preciznu i uopštenu sliku o sebi sa veoma šturim opisima ili obrnuto, daju prebogatu sliku sa nametljivim nabrajanjem raznih svojih pozitivnih osobina ili argumenata koji treba da ukažu na funkcionalnost.

Ponovo je važno naglasiti, psiholog ne sme da se pretvori u detektiva, a još manje sme lično da primi ovakve pokušaje klijenata u smislu „Laže me u lice! Mene je našao da laže...!“, nego treba da razume koja je klijentova motivacija da se tako ponaša.

ovakve specifičnosti, što je podatak koji se uobičajeno treba nalaziti u priručnicima instrumenata.

Važno je znati i da ne pristupaju svi klijenti dobrovoljno psihološkoj eksploraciji kao i da postoje situacije kada su klijenti zainteresovani da iskrive podatke o sebi u skladu sa tim već kakvo mišljenje o njima žele da ispitivač ima. Takve situacije su posebno česte u forenzičkom kontekstu i u kontekstu socijalne zaštite mada ni kontekst mentalnog zdravlja nije imun na tu pojavu. U ovom kontekstu možemo da vidimo klijente koji su spremni da preuveličavaju svoje tegobe iz razloga obezbeđivanja intenzivnije terapijske potpore ili zarad obezbeđivanja ili produžavanja bolovanja ili da bi povećali šanse da dobiju invalidsku penziju. Isto tako je moguće da je klijent hospitalizovan mimo svoje volje te da želi da ostavi utisak bolje funkcionalnosti i da u skladu sa tim negira ili umanjuje svoje tegobe i da ulepšava sliku o sebi. Kliničar nikako ne sme da izigrava detektiva i da proceduru kliničke procene pretvori u lov na veštice tražeći šta je od onoga što klijent produkuje tačno a šta nije, nego treba da prepozna ukoliko klijent ima ovakve intencije i da i taj podatak o klijentu tumači kao svaki drugi podatak. Ali, u svakom slučaju, kliničar treba da bude svestan da u slučajevima izrazitog fabrikovanja lažnih podataka od strane klijenta, uobičajena procedura prikupljanja i obrade podataka nije primerena. Kliničar u takvim situacijama treba da bira tehnike koje su više otporne na ovakvu klijentovu nameru. To su obično one tehnike koje imaju manju face-validnost, znači one u kojima se na osnovu sadržaja ajtema ne može lako zaključiti šta taj ajtem ispituje i šta bi koji odgovor mogao da znači. Iako su projektivne tehnike najčešće upravo sa takvom malom face-validnošću, važno je znati da ni one nisu potpuno sigurne i da inteligentniji klijenti čak i ove tehnike mogu da „provale“. Kliničar zato treba da prvenstveno zadaje instrumente koji imaju skale validnosti i registruju sklonost ka lažiranju podataka i da prilikom obrade podataka pokuša da razume zašto se klijent tako ponaša, da li anticipira izvesne dobiti ili pokušava da izbegne izvesne sankcije.

14. TEORIJSKO OPREDELJENJE KLINIČARA

Ono što značajno determiniše način kako će kliničar planirati i sprovesti procenu je teorijsko opredeljenje kliničara, odnosno teorijski okvir iz kojeg kliničar posmatra problem klijenta. Manji broj praktičara je dosledno opredeljen isključivo za jedan određen teorijski okvir, a veći broj je sklon da u svakodnevnom radu kombinuje pretpostavke različitih modela (Norcross, 2004).

Teorijski okvir određuje:

- koji aspekti psihosocijalnog funkcionisanja klijenta će biti definisani kao relevantne varijable i
- u kakav hipotetski odnos treba dovesti te varijable da bi se razumeli psihopatološki fenomeni.

Ovaj faktor u fazi planiranja prvenstveno uslovljava oblasti koje će biti posmatrane, a posredno i tehnike i metode kojima će podaci biti registrovani. Na kraju procene najočiglednije utiče na način integrisanja i interpretiranja dobijenih podataka.

Psiholozi tokom svog školovanja nauče da je ljudsko ponašanje, bilo funkcionalno ili disfunkcionalno, determinisano i da podleže određenim pravilnostima, te da se do izvesne mere može kategorisati, razumeti, predvideti pa i kontrolisati i sistematski korigovati. Ove pretpostavke o determinisanosti i pravilnosti ponašanja su uslov postojanja psihologije kao naučne discipline. Psiholozi nauče takođe i da u kliničkoj psihologiji postoji više konceptualnih odnosno etiopatogenetskih modela koji se međusobno razlikuju u pogledu toga kako opisuju ovu determinisanost, odnosno koje varijable ističu kao bitne za razumevanje ljudskog maladaptivnog ponašanja. Danas paralelno postoji mnoštvo konceptualnih modela koji na manje ili više sistematičan način i sa manje ili više empirijske potpore pokušavaju da odgovore na pitanja koja se tiču faktora koje treba posmatrati kada želimo da razumemo zašto se neko ponaša na određeni način. Svaki od tih modela nudi do izvesne mere odgovore i na to kako su varijable koje posmatramo međusobno povezane ali ni jedan do danas nije uspeo da obezbedi toliko empirijske potpore za svoje pretpostavke i praktične implikacije pretpostavki da bi eliminisao konkurentske modele kao neadekvatne. Iako

je ovo podsticaj psiholozima istraživačima, za psihologe praktičare to je noćna mora jer se svakodnevno, u pokušajima da razumeju i integrišu veliki broj pojedinačnih odgovora svojih klijenata u proceduri procene, suočavaju sa izostankom modela u odnosu na koji postoji apsolutni konsenzus da može da bude osnova za selekciju i interpretaciju svih različitih reakcija klijenata. To je i jedan od izvora smanjene pouzdanosti kliničke metode jer je oblast kliničke procene podložna pogreškama i iluzijama usled kompleksnosti pojava koje su predmet posmatranja. Kliničar nije uvek načisto ni koje aspekte ljudskog ponašanja treba da posmatra da bi razumeo neki specifičan problem a interpretacija toga šta je uočio putem procene može biti još teži zadatak. Ove poteškoće prepoznajemo i preko činjenice da što je zadatak psihologa da da specifičniji odgovor, to je stepen slaganja među različitim posmatračima iste pojave manji (Garb, 2003). Za očekivati je da nam u ovakvim situacijama najviše pomogne matična nauka sa istaknutim principima kao vodičima za praksu jer pouzdano znanje zavisi od pravilne primene naučnih principa ali izvanredna kompleksnost ljudskog ponašanja čini ovu primenu naučnog rezonovanja na kliničke probleme komplikovanom i nedorečenom. U nedostatku dovoljne količine pozitivnog znanja, kliničari se okreću dostupnim konceptualnim modelima da bi uveli red u svoje posmatranje i zaključke a neki se, nažalost, okreću više svojoj intuiciji ili privatnoj implicitnoj teoriji ličnosti.

Ovo znači da će naša praksa u značajnoj meri zavisiti od validnosti naših modela. Upravo stoga, kliničar treba da poznaje različite konceptualne modele koji mu mogu pomoći da organizuje svoju praksu od momenta kada treba da isplanira na šta će fokusirati svoju pažnju tokom procene do momenta kada treba da dobijene podatke integriše i da ih protumači. Takođe, psiholog treba da bude svestan mogućnosti i ograničenja različitih koncepata i primenjenih tehnika, kao i da zna koji su rezultati testiranja pretpostavki na osnovu kojih donosi zaključke o klijentu uz punu svest o činjenici da će usled jedinstvenosti i kompleksnosti zadataka koje treba da rešava često biti u situaciji da se bavi pojavama koje nisu do kraja testirane i u vezi kojih nema pouzdanog znanja nego samo nedovoljno proverenih teorijskih pretpostavki.

Danas se kliničari mogu lako informisati o različitim teorijskim modelima i o varijablama koje ti modeli koncipiraju i istražuju. Na raspolaganju su im informacije o npr. sistemskim modelima (Lieberman, 1995; Miljković, Srna i Mićović, 1997), psihodinamskim modelima (Holmes, 1995), kognitivno-bihevioralnim modelima (Živčić-Bećirević, 2003), konstruktivističkom modelu (Stojnov, 2003), transakciono-analitičkom modelu (Gavrilov, 1990; Gavrilov-Jerković, 2003a) i drugim aktuelnim pristupima. Svaki od tih pristupa nudi svoj set termina i pretpostavki koje mogu usmeriti kliničara i olakšati mu proceduru procene.

Kao ilustraciju uticaja modela na izbor oblasti koje se posmatraju i metoda i tehnika putem kojih se podaci prikupljaju, podsetićemo se danas dva najdominantija teorijska modela (Norcross et al., 2004). Akcenat ćemo staviti upravo na to kako se iz osnovnih pretpostavki modela selekcionišu varijable koje se posmatraju i mere tokom kliničke procene. Nakon toga ćemo predstaviti i kako neki od eklektičara rešavaju problem selekcije oblasti koje treba pratiti.

14.1. Planiranje kliničke procene iz psihodinamske perspektive

Osnovne pretpostavke raznih pristupa koji pripadaju ovom modelu i koje direktno utiču na to kako će kliničar ove orijentacije planirati kliničku procenu se tiču toga da je za razumevanje klijentovog problema od manjeg značaja direktno opservabilno manifestno ponašanje klijenta, nego da je od krucijalne važnosti prepoznati koje latentne strukture i mehanizmi determinišu spolja vidljivo ponašanje. Po ovom modelu, psihopatološki poremećaji su samo simptomi nekih „dubljih“ nesvesnih procesa i latentnih struktura koji datiraju još iz formativnog perioda, odnosno perioda detinjstva i mladosti i predstavljaju i simbolično zadovoljenje potisnutih potreba i dodatnu odbranu od narasle anksioznosti kada postojeći mehanizmi odbrane više nisu dovoljno efikasni. Da se podsetimo, anksioznost je posledica stalnog sukoba motivacionih sila, odnosno potreba, nagona i instikata (dinamski pokretači ličnosti) i zahteva realnosti i okoline i s obzirom da je izuzetno neprijatna, dete teži da je redukuje. Ovo objašnjava nastanak mehanizama odbrane čiji je prvenstveni cilj da se smanji ili izbegne anksioznost izrasla iz konflikta zbog nemogućnosti da se direktno zadovolji neka potreba i to tako što će se i potreba i konflikt i anksiznost potisnuti u nesvesno, a koji će mehanizmi odbrane biti aktivirani u najvećoj meri će zavisiti od razvojne faze deteta i do tada internalizovanih struktura. Tako je stepen zadovoljenja razvojnih potreba, način, bilo uspešnog, bilo neuspešnog razrešenja konflikata između potreba i prvo eksternalnih a zatim internalizovanih zahteva okoline i odbrambeni manevri koje osoba tokom života preduzima da bi delimično i zaobilazno zadovoljila potisnutu potrebu a pri tome izbegla anksioznost, ono što najznačajnije utiče na njeno psihičko funkcionisanje, njeno karakteristično ponašanje, specifičan sklop osobina ličnosti, emotivni i kognitivni stil, izbore i odluke koje donosi, način i proces testiranja realnosti, regresivna ponašanja i simptome. Događaji, koji u aktuelnom životu odrasle osobe jesu ili potencijalno mogu biti stresni, uvek iznova provociraju potisnute konflikte i opasnost od proboja anksioznosti usled mogućnosti da se konflikt osvesti kao i, u svrhu odbrane od toga, reaktiviranje formiranih struktura i za tu strukturu tipičnog ponašanja. Aktuelno ponašanje

osobe u toku neke provokativne situacije je motivisano znači potrebom da se odbrani od razvojnih konflikata i determinisano je načinima na koje je kao dete uspevala da izađe na kraj sa njima. Kada su faktori koji provociraju potisnutu anksioznost suviše snažni ili kada je potisnuta želja suviše jaka (npr. naglo sazrevanje seksualnih polnih karakteristika, odvajanje od roditelja, stupanje u brak, pretnja raskida neke dugotrajne veze i sl.) ili su osobine snage da kontroliše potisnuta osećanja oslabile usled neke krize (umor, bolest, gubitak voljene osobe, pojačani zahtevi na poslu, permanentni sukob sa autoritetom itd.) ili je osoba i premorbidno loše organizovana sa primitivnim mehanizmima odbrane, postoji mogućnost da osoba ne uspe da se odbrani od isprovocirane anksioznosti koristeći do tada uobičajene mehanizme odbrane, te da regredira na ranije razvojne šeme, što u ponašanju može da rezultira pojavom simptoma. Psihološki simptomi se, znači, vide kao spoljašnje manifestacije dodatne odbrane od osvešćivanja potisnutih razvojnih konflikata i formiraju se tokom promene i narušavanja klijentove psihološke ravnoteže. Tako simptomi takođe dobijaju ulogu odbrambenog manevra kojim se konflikt i dalje drži nesvesnim. Pošto i sami proizilaze iz nesvesnih šema, osoba ne doživljava da ima voljnu kontrolu nad njima pa su otporni na aktivne pokušaje osobe da ih promeni. Po psihoanalitičkom modelu, da se podsetimo, tako nastaju i crte karaktera koje isto imaju ulogu sekundarne odbrane od anksioznosti ili krivice. Jedna od najuticajnijih i najprovokativnijih bazičnih pretpostavki je da i stalno prisutni konflikti i načini redukcije anksioznosti (mehanizmi odbrane), bivaju obrađeni mimo učešća svesti, odnosno, ostaju nesvesni. Ovo znači da je osoba nesvesna prisustva i razrešenja takvih kritičnih događaja kao što su razvojne krize, regresivna repetitivna ponašanja, mehanizmi odbrane i poreklo psihičkih simptoma. Usled ovoga, osoba je i ograničena u mogućnosti da svesno saopštava o uzrocima i mehanizmima održavanja problematičnog ponašanja. To znači da je kliničar prinuđen da posredno zaključuje o tome šta motiviše osobu da razvija psihopatološko ponašanje i da se koristi tehnikama koje će mu omogućiti da zaobiđe svesnu cenzuru koju osoba sprovodi da bi izbegla anksiznost. Ovo objašnjava zašto kliničari psihodinamske orijentacije prednost daju projektivnim tehnikama a i podatke sa ostalih tehnika uglavnom tumače kao manifestacije latentnih struktura, potisnutih konflikata i mehanizama odbrane. Takođe je očigledno i zašto veću težinu daju podacima iz formativnog perioda klijenta. Naime, iako kliničari ove orijentacije prikupljaju i podatke o aktuelnim situacionim faktorima i aktuelnom funkcionisanju ispitanika, ti podaci su samo posrednici preko kojih će kliničar doneti zaključke o nesvesnim procesima i konfliktima koji su pravi uzročnici poremećaja. Znači da je osnovna jedinica posmatranja unutrašnji svet osobe.

Iz ovog modela proizilazi da su osnovne varijable koje će kliničar planirati da prati tokom kliničke procene sledeće:

Podaci o formativnom periodu detinstva i mladosti – Kliničara će posebno zanimati način na koji su uspostavljane osnovne navike, relacije koje je klijent ostvario sa roditeljskim figurama, način na koji su roditeljske figure uspostavljale kontrolu ili ispoljavale ambicije i očekivanja u odnosu na klijenta, relacije sa siblinzima, razvoj odnosa prema autoritetu, traumatska iskustva u relacijama sa važnim figurama, eventualna iskustva napuštanja ili zlostavljanja, koje su karakteristike klijentove adaptacije na date uslove, kako je klijent u detinjstvu reagovao na frustracije i kontrolu, kako je uspostavljao samokontrolu, koje su karakteristike njegovog infantilnog emocionalnog reagovanja, kako je tekao tok prihvatanja obaveza, kako je razvijao pripadnost sekundarnim grupama i sl.

Podaci o aktuelnim situacionim faktorima – U kojoj životnoj fazi se klijent upravo nalazi, koji razvojni zadaci su pred njim a koje je već ispunio, da li trenutno postoje neki događaji u vezi kojih je za očekivati da su mogli isprovocirati neke nerazrešene razvojne krize i anksioznost u vezi njih (npr. predstojeći razvod koji je potencirao nerazrešenu separacionu anksioznost, ili predstojeće napredovanje na poslu koje provocira nerazrešenu zavisnost ili strah od kazne usled rivalstva u kontekstu nerazrešenog Edipovog kompleksa, udvaranje kolege koje provocira osvešćivanje zabranjenih seksualnih težnji...). Kliničara može zanimati i da li postoje neki skorašnji traumatski događaji koji su mogli iscrpsti adaptacione i odbrambene snage klijenta, kao što je npr. otkaz, nepredviđeni veliki finansijski troškovi, bolest klijenta ili nekog iz njegove bliže okoline, iscrpljivanje na poslu, permanentni sukobi sa okolinom itd.

Podaci o simptomatskom ponašanju ili aktuelnom problematičnom funkcionisanju - kliničar prvenstveno planira da sazna koji su simptomi u pitanju, kad i kako su nastali, koliko traju, kojeg su intenziteta, kako fluktuiraju tokom vremena, kako klijent reaguje u odnosu na simptome, u čemu ga simptomi trenutno ometaju, šta zbog njih „ne može", a šta zbog njih dobija, odnosno, da li ima izražene primarne, sekundarne ili tercijalne dobiti od simptoma, da li postoji neka pravilnost u njihovom javljanju (npr. autorka se seća klijentkinje koja je imala krize svesti sa naknadnim gubitkom glasa svaki put kada su u posetu trebali da joj dođu rođaci sa muževljeve strane). Kliničar će planirati i da istraži istoriju dotadašnjih klijentovih obraćanja za pomoć povodom psihičkih problema i relacije koje je uspostavljao sa svojim terapeutima.

Podaci o generalnom personalnom stilu klijenta – ovo su podaci koje kliničar uglavnom planira da dobije preko samoopisa klijenta bilo tokom intervjua, koji je neizostavni elemenat procene, bilo kroz testove ličnosti i zatim preko kliničkog testiranja inteligencije, kao i obavezno preko projektivnih tehnika i cilj mu je da stekne sliku o karakternom stilu klijenta, dominantnim crtama ličnosti, osnovnim mehanizmima odbrane,

osnovnim motivima i konfliktima, njegovom kognitivnom stilu, tipičnim emocionalnim reakcijama, potisnutim emocionalnim sadržajima, kvalitetu frustracione tolerancije, kvalitetu i stepenu organizacije ličnosti (normalna, neurotska, granična, psihotična) i tipu adaptacije ličnosti (depresivni tip, histrionični, paranoidni, opsesivno-kompulsivni, pasivno zavisni...).

Podaci o ponašanju u toku psihološke eksploracije – kliničar planira da prati način na koji će klijent uspostaviti relaciju sa njim, kako će pristupiti situaciji u kojoj treba da bude posmatran, kako će reagovati na različite tehnike, da li će pokazati neke karakteristične omaške ili dominantne karakterne karakteristike, npr. da li će biti otvoreno ili pasivno agresivan, da li će oponirati, kasniti, raspravljati se, biti ciničan, da li će biti preterano zavistan i pasivno receptivan, da li će pokazivati samostalnost u radu, da li će imati primerenu ili neprimerenu inicijativu, da li će pokazati znake frustracione netolerancije i povodom kojih tema i sl.

Ovo su najčešći podaci koje će psihodinamski kliničar planirati da prikuplja i važno je još jednom istaći da će oni kliničara zanimati samo kao indikatori nesvesnih procesa i latentnih struktura i konflikata jer je polazište ovako orijentisanog kliničara da jedino preko njihove spoznaje možemo razumeti aktuelne probleme klijenta.

14.2. Planiranje kliničke procene iz kognitivno-bihevioralne perspektive

Za razliku od psihodinamski orijentisanog kliničara koji na simptome i uopšteno na psihopatološko funkcionisanje gleda kao na znake delovanja latentnih infantilnih struktura i procesa, kliničar kognitivno-bihevioralne orijentacije će simptome tretirati kao problem sam po sebi, kao bitan deo psihopatološkog procesa, odnosno, kao elemanat različitih kognitivnih distorzija. Tako po Becku i njegovim saradnicima (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) negativno mišljenje koje možemo da dijagnostikujemo kod depresivnih klijenata nije samo simptom, nego je centralni elemenat koji i omogućava da klijent i dalje bude depresivan. Ovo depresivno, odnosno negativno, pesimistično mišljenje se razvija iz stavova koji se uče u detinjstvu i tokom celog života i koje osobu čine osetljivom za određene kritične događaje. Npr. pojedinačan neuspeh može biti takav kritičan događaj, koji depresivna osoba, usled postojeće osetljivosti, tumači kao dokaz generalne bezvrednosti i produkuje u odnosu na njega negativne automatske misli. Ovakve interpretacije mogu da imaju za posledicu smanjeno raspoloženje a smanjeno raspoloženje dalje povećava verovatnoću manjeg zalaganja, novih neuspeha i novih negativnih interpretacija, čime se stvara začaran krug održavanja depresije. Ove kognitivne distorzije depresivaca najlakše

❍ Prilog 5.

Operacionalizovani psihodinamski dijagnostički sistem (OPD)

Da li ste znali da Evropom kruži bauk alternativnog dijagnostičkog sistema mentalnih poremećaja? U ovom momentu preko 3000 psihoterapeuta je trenirano da koristi ovaj sistem. Konstruisani su i merni instrumenti u skladu sa njegovim dimenzijama i priručnici za upotrebu kriterijuma kao i priručnici za obuku kliničara. Pre dve godine je pretrpeo već i prvu reviziju! O čemu se to radi?

Krajem dvadesetog veka grupa vodećih psihijatara, specijalista iz oblasti psihosomatike i psihoanalitičara u Nemačkoj organizovala se u nameri da ponudi dopunski sistem za klasifikaciju mentalnih poremećaja. Osnovne karakteristike ovog sistema su da je višedimenzionalan, da predstavlja operacionalizaciju psihodinamskog teorijskog pristupa i da definiše načine za formulaciju slučaja koja ide dalje od opisa i klasifikacije simptoma. Autori modela (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann, Stasch & the OPD Task Force, 2007) kao osnovne razloge formulisanja ovakvog klasifikacionog sistema navode prvo, nedostatnost zvaničnih klasifikacionih sistema u slučajevima kada problem pacijenta treba razumeti i objasniti a ne samo klasifikovati ili kada treba ponuditi plan tretmana i drugo, potrebu da se napravi red u psihodinamskim formulacijama slučaja za koje nije postojao stručni konsenzus i usled mnoštva različitih pristupa zastupljena je značajna konceptualna konfuznost te neujednačenost kriterijuma za teorijsku interpretaciju.

OPD je baziran na četiri psihodinamski relevantne dijagnostičke ose (axis) sa odgovarajućim potkategorijama za svaku osu:

Osa I: Iskustvo bolesti i preduslovi za tretman – obuhvata dvadeset indikatora za procenu klijentovog razumevanja problema i njegove motivacije i podobnosti za psihodinamski usmeren tretman.

Osa II: Interpersonalne relacije – odnosi se na registrovanje interpersonalnih šema i na dijagnostikovanje transfernih relacija, a osnovne teme se tiču emocionalnog vezivanja za važnog drugog i interpersonalne kontrole.

Osa III: Konflikti – na ovoj osi se razmatraju bazični konflikti klijenta i njegova percepcija tih konflikata i svoga afektiviteta. Pri tome razlikuju sedam osnovnih konflikata kao što su npr. konflikt zavisnost nasuprot autonomije ili submisivnost nasuprot kontrole, zatim konflikti identiteta i sl.

Osa IV: Struktura – razlikuju četiri nivoa strukture: dobro integrisana, umereno integrisana, slabo integrisana i dezintegrisana, a struktura se procenju preko šest kategorija: self-percepcija, self-regulacija, odbrana, percepcija objekta, komunikacija i vezivanje.

Dodaje se i Osa V koja je rezervisana za sindrom opisan po kriterijumima u ICD-10.

Na osnovu informacija o svakoj osi i svakoj potkategoriji ose, na kraju se pravi profil klijenta i na osnovu tog profila se izvode i dijagnostički zaključci i tretmanske preporuke.

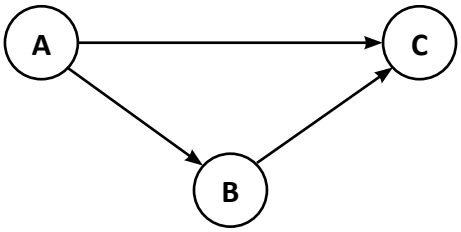
Autori modela navode da je model više puta proveravan i da je dobio adekvatnu empirijsku potporu, ali da mu predstoji još dodatne validacije i dogradnje.

prepoznajemo u poznatoj kognitivnoj trijadi negativnog doživljaja sebe, aktuelnog iskustva i budućnosti.

Slične pretpostavke nalazimo i kod Ellisa i Drydena (1997) po kojem ljudski problemi potiču iz iracionalne obrade događaja. Po njemu, racionalnost se ogleda u mišljenju koje doprinosi da osoba ostvari za nju važne ciljeve, dok iracionalnost blokira postizanje tih ciljeva. Tendencija ka razvoju iracionalnih ideja je univerzalna i uglavnom se razvija u detinjstvu kada se i podstiče od strane okoline a i inherentni je deo kognitivnog funkcionisanja dece usled razvojnih ograničenja i specifičnog dečijeg pogleda na svet. Karakteristike iracionalnih ideja je da su rigidne i imperativne (moram, nužno je...), da su preterano uopštene (jedan neuspeh se tumači kao opšta neuspešnost, jedno odbacivanje kao odbacivanje od svih), da imaju tendenciju ka intenzifikaciji kroz katastrofiziranje i užasavanje (užasno je..., umreću, poludeću, noge su mi se odsekle, zanemela sam), da smanjuju toleranciju na frustraciju (suviše je teško, ne mogu to da podnesem) i odražavaju isključivo, polarizovano mišljenje u kategorijama sve ili ništa, uvek ili nikad, svi ili niko, onemogućavajući na taj način osobu da realno sagleda situaciju i svoje mogućnosti da odgovori na tu situaciju.

Verovatno je najveći doprinos Ellisa u njegovom jednostavnom i praktičnom objašnjenju održavanja iracionalnosti i emocionalnih poremećaja kroz formulisanje ABC modela

Slika 2. ABC model



gde je
A - aktivirajući događaj,
B - verovanje osobe o tom A, a
C - posledica ili reakcija osobe koja može biti na nivou
ponašanja,
osećanja,
fiziološke reakcije ili
evaluacije.

Ovom modelu može da se dodati i elemenat

G - koji se odnosi na ciljeve kojima osoba teži a u vezi kojih se događaj A percipira u smislu da li blokira ili unapređuje dostizanje tog cilja.

Suština ovog modela je da laici veruju da posledice ili reakcije (C) direktno proizilaze iz događaja (A), dok je pretpostavka modela da se između A i C nivoa umeće naše tumačenje događaja A i da će posledica C biti ustvari rezultat interakcije događaja (A) i našeg verovanja o tom događaju (B).

Važno je prepoznati da je ovaj nivo B višeslojan jer u sebe uključuje:

- svesnost i percepciju događaja A (npr. percepcija osobe koja viče na nas)
- pripisivanje određenog značenja (tumačenje da je osoba koja viče ljuta na nas)
- procenu važnosti tog događaja za lične ciljeve (procena da je to što osoba viče jako važno za nas i da to može ugroziti odnos),
- evaluaciju da li je to nešto korisno ili prijatno ili nije (procena da je to užasno i nedopustivo i da osoba koja viče nema prava da se tako ponaša).

Na tom nivou osoba stalno usaglašava nove perceptivne podatke sa do tada postojećim verovanjima i generalnim kognitivnim šemama. Razlog zašto ljudi imaju problem je sa jedne strane zbog grešaka koje ispoljavaju na nivou B, kada je B neko iracionalno verovanje ili neka disfunkcionalna automatska misao, ali i zbog toga što veruju da je C direktna posledica A ne prepoznajući ključnu ulogu interakcije A i B, odnosno svoje konceptualizacije događaja A. Emocionalni poremećaj se dodatno komplikuje kada C, odnosno ispoljena reakcija postane novo A, odnosno kada to postane za osobu novi aktivirajući događaj koji ona počinje iracionalno da interpretira stvarajući tako sekundarni krug iracionalnih uverenja, odnosno, simptom stresa. Primer za ovo je klijent koji u poslednje vreme razvija atake panike tako što pogrešno interpertira telesne senzacije, koje se javljaju usled straha, kao indikatore predstojećeg gubitka svesti i mogućeg fatalnog ishoda („Onesvestiću se i neće biti nikoga da mi pomogne." „Ko zna šta mi je kad se ovako osećam. Mora biti nešto strašno.") Dodatno, svoje kognitivne, emocionalne i somatske reakcije koje razvija u toku paničnog napada tumači kao znak svoje slabosti i suštinske bezvrednosti i razvija i simptome depresivnosti i socijalne anksioznosti strahujući da će biti negativno evaluiran ako mu se takva slabost dogodi na javnom mestu („Koji sam ja papan kad se toliko tresem od straha hoću li umreti ili ne" „Nedopustivo je da mi nešto fali" „Samo da niko ne primeti."). Povrh ovoga, kao poseban dokaz lične slabosti nalazi u činjenici da ga lekar upućuje kod psihologa pitajući se kakav je on to čovek ako je spao na to da mu treba stručna psihološka pomoć.

Pojednostavljeno rečeno, u okviru ovog modela na psihopatologiju se gleda kao na aktivan proces koji se odnosi na pogrešnu kognitivnu obradu,

odnosno iskrivljenu konceptualizaciju unutrašnjih i spoljašnjih stimulusa. U zavisnosti od načina kako unutrašnje i spoljašnje stimuluse interpretiraju, osobe će ispoljavati različite probleme, odnosno simptome. Protagonisti ovog pristupa znači vide da postoji jasna veza između kognitivnih sadržaja i kognitivnih distorzija i kliničke slike. S obzirom na ovo, kliničar će svoj plan procene formirati tako da adekvatnim dijagnostičkim intervencijama prikupi informacije o prisutnim disfunkcionalnim kognitivnim sadržajima klijenta i o kognitivnim distorzijama koje dovode do uspostavljanja i održavanja iskrivljenih kognicija, a sa krajnjim ciljem da otkrije koje su mogućnosti klijenta da date kognitivne sadržaje i procese promeni. Pri tome, kada govorimo o kognitivnim sadržajima, onda možemo da razlikujemo:

- negativne automatske misli koje se odnose na trenutnu kognitivnu obradu stimulusa koja se aktivira u nekoj specifičnoj situaciji, kao npr. „Srušiću se", „Umreću", „Dosadna sam im", „Sigurno misle da sam luda".
- disfunkcionalne pretpostavke ili verovanja i pravila i zahtevi koja se odnose na generalna verovanja ili očekivanja koja osoba ima u odnosu na sebe (npr. „Ja sam gubitnik, ne vredi da pokušavam" ili „Moram se svima dopasti"), u odnosu na druge (npr. „Ljudi moraju biti fini prema meni", „Moraju me razumeti" „Ako me neko voli, mora me potpuno prihvatiti"), u odnosu na svet i život („Užasno je ako stvari ne idu kako ja zamišljam da treba da idu" ili „Svet bi trebalo da bude pravedan") i koja je čine osetljivom na određene stimuluse i sklonom da produkuje baš određene negativne automatske misli, odnosno, da interpretira specifične situacije na određen način. Ove pretpostavke su od krucijalne važnosti kasnije u terapiji jer bez njihove promene osoba će i dalje biti vulnerabilna i sklona da na isti način negativno i automatski misli o aktivirajućim događajima. Osim ovih apsolutističkih iracionalnih očekivanja, za terapiju je važno dijagnostikovati i tzv. iracionalne ideje diskomforta (npr. „ja ne mogu to podneti"..."Ne mogu podneti da se javno osramotim" „Ne mogu podneti da se neko naljuti na mene" i sl.) pošto ovakvim načinom razmišljanja klijent smanjuje toleranciju na frustraciju pa izgrađuje izbegavajuće ponašanje i time dolazi do kratkoročnog olakšanja (koje ima potkrepljujuće dejstvo za dalje izbegavanje i snagu dokaza za diskomfort verovanje) a dugoročno gledano ostaje i dalje u istom začaranom krugu patologije.

Kada govorimo o kognitivnim distorzijama, mi mislimo na specifične načine kako klijent menja svoju trenutnu percepciju i usklađuje je sa postojećim kognitivnim šemama, kao što je preterano uopštavanje, čitanje misli, umanjivanje pozitivnog, emocionalno zaključivanje, personalizacija, predviđanje budućnosti, prebrzo skakanje na zaključak i sl. Kao što je važno

dijagnostikovati kognitivne sadržaje, tako je važno dijagnostikovati i ove mehanizme kojima se dati sadržaji formiraju i održavaju da bi se kasnije mogao napraviti adekvatan plan tretmana. U daljem tretmanu uočavanje kognitivnih distorzija će pomoći klijentu da prepozna svoju aktivnu ulogu u kreiranju iracionalnih koncepata kao i prostor za samokorekciju.

Pošto kognitivni sadržaji ne postoje izolovano, nego su integrisani u širi, međusobno povezan i multiuslovljen kognitivno-afektivno-bihevioralni sistem i pošto su produkt stalne aktivnosti osobe i njene interakcije sa socijalnim činiocima, interes kliničara će obuhvatiti procenu šireg konteksta uspostavljanja i održavanja disfunkconalnih kognicija i posledično i simptomatskog ponašanja i neće se zadržati samo na registrovanju kognicija iako će one biti njegovo početno i krajnje polazište za razumevanje klijenta. Sacco & Beck (1995 po Needleman, 1999) navode sledeće osnovne elemente koje treba da sadži kompletna klinička procena klijenta iz pozicije kognitivno-bihevioralnog modela:

Detaljna procena kognitivnih, afektivnih i bihevioralnih reakcija na precipitirajuće okolnosti – Kliničar planira da proceni koja problematična ponašanja, doživljavanja, misli, osećanja i senzacije klijent ispoljava kao reakciju na precipitirajuće događaje. Ovo je procena C nivoa u ABC modelu: šta je problem, koja osećanja klijent razvija, koja ponašanja, kako finalno evaluira situaciju, koja izbegavajuća ponašanja razvija, procena učestalosti, intenziteta, toka, trajanja reakcija i sl. Ovo ustvari znači da se kliničar kognitivne orijentacije u procesu formulacije problema na samom početku procene bavi simptomima i pitanjem dijagnostičke klasifikacije problematičnog ponašanja. Pri tome se oslanja na postojeće psihijatrijske klasifikacione sisteme. Obrazoloženje ovoga se nalazi u pretpostavci modela o kognitivnoj specifičnosti poremećaja, odnosno, u pretpostavci da je moguće prepoznati za svaku grupu poremećaja karakteristične kognitivne sadržaje i kognitivne distorzije, kao i specifične personalne karakteristike koje osobu čine vulnerabilnom na specifične aktivirajuće događaje. Drugi važan razlog je taj što se simptomi ne posmatraju kao samo manje važan indikator nekih važnijih latentnih struktura, nego su oni sastavni deo problema pa ih je nužno kao takve dijagnostikovati, klasifikovati i primereno tretirati. Ovo znači i da će plan procene klijenta biti uvek delimično modifikovan tipom problema koji klijent ispoljava. U skladu sa ovim, kognitivno-bihevioralni terapeuti imaju za veliki broj dijagnostičkih kategorija razvijene tretmanske procedure koje su specifične baš za određeni poremećaj. Istraživanja pokazuju da su najuspešniji u tretmanu simptoma povezanih sa anksioznošću, dok se isti koncept specifičnih intervencija razvijenih za simptome povezane sa depresivnim poremećajima kao i sa poremećajima ličnosti pokazao nešto manje efikasnim (Brown, O'Leary, & Barlow, 1993 po Groth-Marnat, 2003).

Procena klijentovog bazičnog sistema verovanja koji uslovljava i određuje pojedinačne klijentove reakcije – Kliničar planira da se u skladu sa teorijskim pretpostavkama kognitivno-bihevioralnog modela ovim segmentom najdetaljnije pozabavi. Ovo je procena B nivoa i treba da obuhvati analizu kognitivnih sadržaja i kognitivnih distorzija koje su relevantne za nastanak i održavanje problema, sa naročitim akcentom na otkrivanje predisponirajućih kognitivnih šema, odnosno, sržnih iracionalnih verovanja, kao i na analizu kognitivnih mehanizama koji održavaju problematično ponašanje i osećanje.

Procena okolnosti koje aktiviraju maladaptivne odgovore – kliničar planira da u svoju procenu uključi i analizu onih stimulusa (situacija, događaja, senzacija) na koje klijent razvija maladaptivne odgovore. Iako se u ovom modelu akcenat stavlja na važnost intervenišućeg uticaja kognitivne konceptualizacije realnosti, ipak se ne zanemaruje ni „objektivna" realnost. Ova procena je potrebna i da bi se moglo proceniti u kojoj meri je klijentova reakcija na takav događaj idiosinkratična i neprimerena a koliko je uobičajena, „normalna" i očekivana. Poneki događaji su realno do te mere remeteći sami po sebi, bez posebne kognitivne korekcije, (događaji koji bi za najveći broj ljudi bili stresori, kao što su katastrofe, smrti, bolesti sa skorim fatalnim krajem, teške traume i sl.) da je potrebno razviti praktičnija rešenja (kao što su npr. efikasniji mehanizmi prevladavanja) od kognitivne restrukturacije i gde problem ni nije na nivou mispercepcije i miskoncepcije. Ovo je ustvari procena A nivoa: planira se da se detaljno analiziraju konkretne situacije u kojima klijent razvija problematične reakcije i stimulusi koje klijent na tako specifičan i iracionalan način interpretira i da se prepozna na koji su način te situacije i stimulusi povezani sa za klijenta važnim ciljevima. Praktičar u svoj plan uključuje i procenu eventualnog simptom stresa.

Procena reakcija okoline na klijentovo problematično ponašanje - Ovo je procena medijatorskih faktora, kakva je uloga okoline u održavanju problematičnog patološkog kruga kao i kojim reakcijama okolina podupire funkcionalne odgovore klijenta. Kliničar planira da istraži da li je i na koji način klijentova bliža okolina uključena svojim ponašanjem u održavanje klijentovog problema. Primer za ovo bi bila majka koja svojim preteranim uključivanjem u ćerkine odluke omogućava da ćerka izbegava situacije u kojima treba da preuzme odgovornost, ili prezaštitničko ponašanje žene u odnosu na panične napade muža i sl.

Procena negativnih događaja koji su precipitirali klijentove probleme – Kliničar planira da istraži da li su u životu klijenta postojale okolnosti i različiti sredinski faktori koji su imali funkciju stresora i koji su mogli doprineti klijentovoj osetljivosti na aktivirajuće događaje, kako skorašnji, tako i iz dalje prošlosti. Ovo može biti važno iz dva razloga, prvo da

bi se ustanovilo da li ti stresori još uvek deluju i da li doprinose održavanju problema i drugo, priroda precipitirajućih događaja ponekad može da nam bude vrlo informativna za razumevanje klijentove specifične kognitivne vulnerabilnosti. Npr. drugačije ćemo zaključke doneti o vulnerabilnosti osobe koja reaguje depresijom uvek nakon prekida emotivne veze nego o vulnerabilnosti osobe koja paradoksalno reaguje depresijom nakon napredovanja na poslu ili o vulnerabilnosti osobe koja reaguje depresijom nakon što je završila gradnju kuće. Takođe, kliničar planira da posveti pažnju postojanju eventualnih interpersonalnih stresora koji bi mogli da doprinesu održavanju problema, kao što su različite vrste latentih ili otvorenih konflikata ili drugih životnih događaja koji mogu da dovedu do iscrpljenosti adaptivnih mehanizama, kao što je npr. produženi i komplikovani razvod, odgajanje deteta sa hroničnim problemom, dugogodišnje negovanje bolesnog roditelja, skora smrt roditelja, smrt partnera, teška telesna bolest, dugogodišnja nezaposlenost, iskustvo mobinga na poslu, rad na izrazito odgovornom radnom mestu, izrazito nezadovoljstvo radnim mestom, bračno neverstvo i sl.

Procena istorije učenja koja je doprinela klijentovoj vulnerabilnosti za razvoj specifičnih problema – Iako je u ovom modelu prioritet dat aktuelnim dešavanjima i procesima, ipak se ne zanemaruje činjenica da se pojedinačne reakcije klijenta oslanjaju na formirano iskustvo, te da je za razumevanje nastanka sržnih kognitivnih šema i pravila korisno znati uslove i uticaje pod kojima je klijent sticao i razvijao ideje o sebi, drugima i životu. Ovo znači da će kliničar planirati prikupljanje osnovnih biografskih podataka, odnosno, podataka o relacijama sa roditeljima, o karakteristikama roditelja, o relacijama između roditelja, o važnim odvajanjima od roditelja, o prirodi psihološke atmosfere u primarnoj porodičnoj grupi, o vaspitnom stilu roditelja, o klijentovoj relaciji sa siblinzima, o relacijama sa vršnjacima, o relacijama sa partnerima, o toku školovanja, o porodičnim prvilima i sl.

Takođe, ono što ovde nije jasno navedeno, a jeste integralni deo procene klijenta u okviru ove orijentacije je procena klijentovih snaga i pozitivnih okolnosti koje povećavaju verovatnoću da će klijent rešiti problem kao što je npr. visoka praktična inteligencija, sposobnost apstrakcije, smisao za humor, dobra socijalna podrška i sl. Osim snaga uvek je korisno proceniti i moguće izvore otpora ili otežavajuće okolnosti, kao što je postojanje neke dobiti od simptoma, neadekvatna motivacija za tretman, komplikovana klinička slika koja ukazuje na komorbiditet, izostanak socijalne uključenosti i sl.

Ovako specifikovan plan oblasti koje će se pratiti moguće je sprovesti i u okviru uobičajene procedure kliničke procene koja se onda prilagođava samo po navedenim oblastima koje se prate uobičajenom baterijom testo-

va, a postoje i specifične strategije, načini procene koje češće sprovode kliničari koji rade ili u savetovalištima ili u institucijama koje imaju ili podupiru kognitivno-bihevioralnu orijentaciju. To su strategije koje su u potpunosti prilagođene ovoj koncepciji psihopatologije i teoriji promene ponašanja koja proizilazi iz te koncepcije. Kirk (1990) navodi da se najčešće planiraju sledeći načini procene koji će se sprovoditi u okviru kognitivno-bihevioralne procene:

- sprovođenje bihevioralnog intervjua – čiji je cilj da kliničar od klijenta dobije što detaljnije informacije o manifestacijama problema i o antecedentima i konsekvencama ispoljavanja problema kroz bihevioralne jedinice,
- prikupljanje podataka putem klijentovog samoposmatranja,
- primena različitih prilagođenih samoopisnih tehnika, npr. Beckove skale depresivnosti ili danas na zapadu obaveznih strukturiranih intervjua za skrining procenu kliničkih poremećaja i poremećaja ličnosti,
- uzimanje heteroanamnestičkih podataka
    - intervju sa važnim osobama iz klijentovog okruženja
    - posmatranje sprovedeno od strane drugih osoba
- Direktno posmatranje klijenta u kliničkim uslovima
    - role play
    - bihevioralni testovi
- bihevioralne nuzmere,
- fiziološke nuzmere.

Iz ovog spiska vidimo da kliničar ove orijentacije ima veliki i raznovrstan asortiman načina za procenu i da ima dosta prostora za individualizaciju pristupa. Takođe je uočljivo da su preporučeni načini uglavnom usmereni na konkretno ponašanje klijenta u konkretnim situacijama što u potpunosti proizilazi iz kognitivno-bihevioralne teorijske konceptualizacije nastanka i održavanja disfunkiconalnog ponašanja.

14.3. Planiranje kliničke procene iz eklektičke ili integrativne perspektive

Prednost psihologa je da su tokom edukacije stekli dovoljno informacija o osnovnim konceptualnim modelima i etiopatološkim hipotezama, a mnogi su se još dodatno i specijalizovali u nekom od psihoterapijskih modela koji ima svoje protagoniste i edukatore, pa ih mogu veoma kompetentno primenjivati u praksi. Pregledi pokazuju da veliki broj psihologa ima tendenciju da se prikloni nekom od vodećih teorijskih pravaca i da se oslanja na njegove pretpostavke u svom radu (Norcross et al., 2004). I ovde se mogu zapaziti trendovi koji se menjaju vremenom. Tako su do

sedamdesetih godina psiholozi najčešće isticali psihodinamski pravac kao primarni okvir svoje prakse (35%), dok se današnji psiholozi češće opredeljuju za kognitivni (28%), pa za psihodinamski (15%) i bihevioralni (10%). Zanimljivo je da iako se u skoro svim udžbenicima kliničke psihologije redovno predstavlja humanistički pravac kao treći teorijski okvir uz psihodinamski i bihevioralni, on se od strane psihologa praktičara retko spominje kao primarni okvir iz kojeg se obavlja klinička praksa (od 6% do 1%). Ovaj pravac se često navodi kao sekundarni, odnosno kao onaj sa kojim se primarni kombinuje (Mahoney, 1991). Pretpostavljamo da ovo ima veze sa tim da kliničari ipak u najvećoj meri rade u medicinskom kontekstu i da priroda zadataka kojim se bave nije uvek baš kompatibilna sa pretpostavkama koje se nalaze u osnovi humanističkih i egzistencijalnih pristupa. Povezana sa ovim je još jedna zanimljivost koja na neki način možda govori o izvesnom egocentrizmu istraživača koji najčešće nisu i kliničari praktičari, a to je da se u pomenutim pregledima ni ne nudi biološka orijentacija pa deluje da ova orijentacija nije zastupljena medju psiholozima, što verovatno nije tačno. U znatnoj meri psiholozi koji rade u psihijatrijskom kontekstu svoju praksu obavljaju upravo iz ovog konceptualnog modela koji utiče na to da se fokusiraju na simptome, da se bave njihovom medicinskom klasifikacijom, da procenjuju stepen oštećenja struktura, procesa i funkcija i sl.

Takođe ima autora koji govore o sve češćem priklanjanju kliničara takozvanom ***dijateza-stres modelu*** (Monroe & Simons, 1991) koji je tako koncipiran da omogućava veliku slobodu kliničaru u sprovođenju i procene i intervencija a ipak mu daje i značajne smernice oko toga šta treba da posmatra i kako da organizuje prikupljene informacije. Ono što je po ovom modelu ključno, to je da je za svaki poremećaj nužno da se steknu dva uslova od kojih ni jedan sam po sebi nije dovoljan da bi se poremećaj razvio:

- S jedne strane osoba mora biti *vulnerabilna na određeni poremećaj*. Ta vulnerabilnost se najčešće odnosi na genetsku predispoziciju, ali se u psihološkim etiopatogenetskim modelima govori i o psihološkim predispozicijama u smislu postojanja određene strukutre ličnosti i izraženosti određenih crta ličnosti koje čine neku osobu podložnom da razvije poremećaj.
- S druge strane, ova vulnerabilnost neće biti dovoljan uslov da se poremećaj razvije ako ne postoji i neki *stresor, odnosno okidač*. Tek postojanje okidača kod osobe koja je osetljiva zbog svoje vulnerabilnosti na taj okidač može da dovede do razvoja pormećaja.

Po dopunjenom modelu (Ingram & Price, 2001), čak ni postojanje ova dva elemanta nije dovoljno za ispoljavanje poremećaja nego je potrebno i da je priroda ili intenzitet stresora takav da prevazilazi *protektivne faktore*

❒ **Prilog 6.**

FORMULACIJA SLUČAJA U KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOM PRISTUPU

Klijent: S. G.
Terapeut: Snežana Tovilović
Datum prve seanse: 12.09.2005.
(četvrta seansa)

Podaci o klijentu:

Klijent star 41 godinu, živi u Novom Sadu. Oženjen, u skladnom braku, ima dvoje dece uzrasta 8 i 2 godine. Ekonomista po struci (VSS), zaposlen u privatnoj firmi kao komercijalista. Solidnog materijalnog stanja.

Prvi put se javlja psihologu, po preporuci porodičnog lekara i nagovoru supruge. Negira postojanje ranijih somatskih tegoba i ozbiljnijih bolesti, kao i postojanje psihijatrijskih bolesti u široj porodici.

Podaci sa testova od značaja:

Prema primenjenom inventaru ličnosti MMPI-202, reč je o klijentu sa neurotskim tegobama, hipersenzivnom strukturom ličnosti, sklonoj prenošenju psihičke napetosti na somatski nivo. Postoji tendencija ispitanika ka preduzimanju velikog broja aktivnosti. Prisutni indikatori latentne agresivnosti, a odsutni indikatori devijantog ponašanja.

Formulacija problema:

Klijent se obraća za pomoć u stanju izražene napetosti sa pratećim somatskim tegobama (umor, nesanica, gastro-interstinalni problemi) i kognitivnim smetnjama (dekoncetrisanost). Aktuelno je zabrinut povodom mogućnosti da će ostati bez posla koji mu finansijski i lično puno znači.

Precipitirajući događaj je pisana opomena od šefa da mora da koriguje svoje "drsko ponašanje" jer će u protivnom ostati bez posla.

Klijent ima problema sa besom koji najčešće potiskuje ili izražava u formi pasivno-agresivnog ponašanja (durenje, prikrivena oponencija, odlaganje aktivnosti). Ima retke izlive besa (isključivo u formi verbalne agresije), nakon čega je prisutno osećanje krivice i ponovno pasivno ponašanje u situacijama kada nadređeni iskazuju neopravdane ili teško-izvodljive radne zahteve.

Na početku tretmana klijent nema uvid u povezanost somatskih tegoba sa emocionalnim stanjem.

S. G. doživljaj samopoštovanja gradi na osnovu svojih sposobnosti, ali problem uslovnog samovrednovanja nije u fokusu klijentovog doživljaja problema.

U odnosu na sebe, klijent zahteva da po svaku cenu očuva poštovanje okoline, a od drugih (u cilju očuvanja samopoštovanja) da ne dovode u sumnju njegove kvalitete i sposobonosti. Klijent zahteva od drugih da ga tretiraju pravedno, fer ("pošteno") i "onako kako ja to zaslužujem" i reaguje besom u situacijama kada procenjuje da se ljudi iz okoline ne ponašaju korektno ili mu ne iskazuju priznanje za zasluge.

Bazično iracionalno uverenje (izraženo u različitim formama: neophodno mi je, ne mogu da podnesem, užasno je) je *Drugi ljudi me moraju tretirati pravedno i fer*.

Postoji tendencija ka izbegavanju situacija u kojima postoji mogućnost od kvalifikovanja ispitanika kao manje vrednog i sposobnog iz klijentovog uverenja *Ne smem sebe izložiti situacijama u kojima postoji opasnost narušavanja mog ugleda (samopoštovanja).*

Plan tretmana:

Inicijalno raditi na redukovanju tenzije i podupiranju ponašanja koji su u funkciji očuvanja radnog mesta. Neophodno je razvijanje klijentove spremnosti za promenu kroz pobudjivanje nade da je promena moguća, kao i na razvijanju intrizične motivacije.

Rad na centralnom iracionalnom uverenju organizovati kroz što veći broj konkretnih emocionalnih epizoda, obzirom na otežane sposobnosti klijenta da racionalno uverenje generalizuje na veći broj situacija.

Sprovesti što veći broj raznorodnih vežbi i bihejvioralnih zadataka u kojima će klijent moći da praktikuje racionalnu alternativnu i demonstrira veći stepen tolerancije u odnosu na ponašanja drugih ljudi.

Raditi na razvijanju asertivnog ponašanja u situacijama kada klijent na socijalno-prihvatljiv način ima potrebu da brani svoja prava, bez upadanja u agresiju ili pasivnog povlačenja.

Podaci o suicidalnim ili homicidalnom ponašanju ili namerama:

Nema podataka koji govore u prilog postojanja takvih ponašanja i namera.

Predviđeni otpori:

Klijent dolazi na tretman po nagovoru svoje supruge, te se početni otpori iskazuju u vidu sumnje u efikasnost tretmana i odbijanje uloge "pacijenta". Taj otpor je dobrim delom otklonjen redefinisanjem *terapijskog tretmana* u *otklanjanje emocionalnih blokada*, a delom se zadržao u vidu neizvršenih domaćih zadataka.

Tokom tretmana uočavaju se otpori uzrokovani stidom od otkrivanja i izlaganja sopstvenih nesavršenosti.

Primarni terapijski otpor odnosi se zahtev klijenta da se mora promeniti brzo, jer bi u protivnom to bio dokaz njegove neuspešnosti.

Očekivani otpor odnosi se na zahtev da sredina obezbedi neremeteće uslove za promenu.

koje osoba ima ili ih je razvila tokom godina čak i ako jeste genetski, psihološki i/li socijalno vulnerabilna na poremećaj.

Znači da kliničar prilikom planiranja procene, treba da usmeri pažnju na prikupljanje informacija o predisponirajućim faktorima, o stresorima, odnosno okidačima i o dodatnim otežavajućim ili olakšavajućim, protektivnim faktorima da bi potpunije razumeo klijentov problem i sve relevantne varijable koji problem održavaju.

Po navedenim pregledima, pristup koji se konstantno navodi od strane psihologa praktičara kao ubedljivo najdominantniji okvir iz kojeg psiholozi posmatraju i tumače svoja stručna iskustva je ***eklektičko-integrativni pristup*** (od 27% do 55%) (Norcross et al., 2004; Trull, 2005). S jedne strane, verujemo da je ovakva orijentacija psihologa posledica njihovog uvida u nemogućnost ijednog od postojećih konceptualnih modela da adekvatno odgovori na sve kliničke probleme koje praktičari moraju da rešavaju, a sa druge strane se pribojavamo da je ovakva orijentacija delimično i odraz nemogućnosti praktičara da prepoznaju i dedukuju teorijske principe i da ih dosledno primene na pojedinačni slučaj tako da se istovremeno koriste pojmovima i objašnjenjima koji pripadaju različitim teorijskim okvirima. Sve dotle dok se kliničari koriste srodnim modelima koji u svojoj osnovi imaju slične i kompatibilne pretpostavke o ljudskoj prirodi, razvoju, adaptaciji i patologiji ili dok slede jasno eksplicirane principe integracije, dotle ovo ne mora nužno da predstavlja problem.

Danas postoji više integrativnih modela koji se bave analizom osnovnih teorijskih pravaca u nameri da nađu načine na koje se znanja i predstave o psihopatologiji i psihoterapiji iz pojedinačnih pristupa mogu iskoristiti bez obzira na neke konceptualne protivurečnosti (Goldfried, 1980; Prochaska & Norcrosss, 1994, Gavrilov-Jerković, 2003). Osnovna ideja ovih modela je da je ljudsko ponašanje slojevito i kompleksno i da se čoveku može prići iz različitih uglova, u zavisnosti od toga šta je primarni problem ili šta su sve problemi pojedinca, te da se za svaki nivo funkcionisanja može prepoznati prednost različitih pojedinačnih teorijskih modela. Tako Prochaska i Norcross (1994) nude tzv. *model nivoa promene.* Nivoi promene reprezentuju hijerarhijsku organizaciju pet distinktivnih ali međusobno povezanih nivoa psiholoških problema koji se tretiraju u poznatim psihoterapijskim pristupima. U pitanju su sledeći nivoi:

- Simptomatsko/situacionalni problemi
- Maladaptivne kognicije
- Interpersonalni konflikti
- Porodično/sistemski konflikti
- Intrapersonalni konflikti

Po ovim autorima, psihoterapijski sistemi uglavnom atribuiraju psihološke probleme na jedan ili dva nivoa i fokusiraju i procenu i intervencije

na te nivoe kao što je prikazano u tabeli 1 u kojoj su dati primeri nekih poznatijih terapijskih pravaca i nivo promene na koji se u okviru svakog pravca primarno atribuira psihološki problem.

Tabela 1. Odnos nivoa promene i psihoterapijskih pravaca

Nivo promene	Psihoterapijski pravac
Simptomatsko/situacionalni problemi	Bihevioralna terapija
Maladaptivne kognicije	Racionalno-emotivno-bihevioralna terapija Kognitivna terapija Adlerova individualna psihologija Kelijeva teorija i terapija ličnih konstrukata
Interpersonalni konflikti	Interpersonalna psihoterapija Bračna psihoterapija Transakciona analiza
Porodično/sistemski konflikti	Strateška terapija Strukturalna terapija...
Intrapersonalni konflikti	Psihoanalitička psihoterapija Egzistencijalna psihoterapija Geštalt terapija Na klijenta usmerena psihoterapija

U skladu sa ovim modelom, klijentov problem je moguće koncipirati na različite načine i iz različitih nivoa, ali je pretpostavka da će intervencija biti uspešnija ako postoji usaglašenost vrste klijentovog problema, klijentovog atribuiranja problema i pristupa sa kojim mu terapeut prilazi (Jerković, Gavrilov-Jerković, 1997). Zato je od ključne važnosti za kliničara da u svoj plan procene uračuna i procenu klijentovog viđenja problema i procenu koji bi od postojećih nivoa bio najadekvatniji za rad sa konkretnim klijentom. U slučaju kompleksnijih problema, moguće je da će biti potrebno da se klijent i procenjuje i da se planiraju intervencije iz više nivoa.

Ovo znači da se psihologu praktičaru preporučuje ne da svakog pojedinca uklapa u preferirani model i da ga po svaku cenu pokušava razumeti

uvek iz istog seta pretpostavki, nego da, u zavisnosti od toga šta je klijentov problem i kako se manifestuje, tome i prilagođava svoj pristup. Ovo ima veliki značaj jer model koji kliničar svesno ili intuitivno odabere ima reperkusije, kao što smo rekli ne samo na to koju terminologiju će upotrebljavati i kako će objasniti klijentovo ponašanje, nego i koje će podatke prikupljati, šta će posmatrati i kojim sredstvima će to obaviti.

IV POGLAVLJE

KONTEKST KLINIČKE PROCENE

Sadržaj poglavlja:

- Šta čini kontekst kliničke procene?
- Kontekst mentalnog zdravlja
  - Tipične institucije i klijenti
  - Tipični zadaci psihologa
  - *Dijagnostička klasifikacija*
  - *Dinamska dijagnoza*
  - *Procena preostale radne sposobnosti*
  - *Preporuke u vezi tretmana*
  - Neophodna znanja
  - Specifičnost komunikacije
- Forenzički kontekst
  - Tipične institucije i klijenti
  - Tipični zadaci psihologa
  - *Veštačenje procesne kompetentnosti*
  - *Veštačenje uračunljivosti*
  - *Veštačenje duševne zrelosti*
  - *Veštačenje ličnosti*
  - *Veštačenje traumatizovanosti*
  - *Veštačenje o dodeli starateljstva*
  - Neophodna znanja
  - Specifičnost komunikacije
- Zdravstveni kontekst procene
  - Tipične institucije i klijenti
  - Tipični zadaci psihologa
  - *Klinička procena u svrhu pripreme pacijenta za neku intervenciju*
  - *Procena psihosocijalnih faktora koji interferiraju sa tokom tretmana*
  - *Klinička procena efekata bolesti i tretmana na kvalitet življenja pacijenta i njegove porodice*
  - *Klinička procena rizičnih navika i životnog stila*
  - *Klinička procena pacijentove spremnosti da menja nezdrave životne navike i da razvija zdrave stilove življenja*
  - *Racional potrebe za kliničkom procenom u zdravstvenom kontekstu*
  - Neophodna znanja
  - Specifičnost komunikacije
- Kontekst socijalne zaštite
  - Tipične institucije i klijenti
  - Tipični zadaci psihologa
  - Neophodna znanja
  - Specifičnost komunikacije

Ciljevi poglavlja:

- da se student informiše o tome koji je sadržaj posla kliničara u kontekstu mentalnog zdravlja i na koji način se ti poslovi sprovode,
- da student stekne uvid u to koji su to još konteksti u kojima se danas klinička procena sprovodi osim konteksta mentalnog zdravlja,
- da student prepozna uslovljenost kliničke procene institucionalnim uslovima u kojima se sprovodi, prvenstveno zbog specifičnih zahteva klijenata i ali i stručnjaka koji se u različitim kontekstima pojavljuju kao saradnici psihologu i kao naručioci njegovih profesionalnih usluga,
- da student stekne znanja kada se, kako i zašto, sa kojim ciljevima sprovode različite procedure kliničke procene,
- da student dobije informacije o tome na koji način treba da proširuje svoja osnovna znanja da bi mogao kompetentno i funkcionalno da ostvaruje procenu u različitim kontekstima.

15. ŠTA ČINI KONTEKST KLINIČKE PROCENE?

Činjenica je da se psiholozi danas bave kliničkom procenom u vrlo različitim institucijama u kojima ispunjavaju veliki dijapazon zadataka te da postoji direktna uslovljenost ovih zadataka od toga u kojim ili za koje institucije psiholog radi. Institucionalni kontekst ostvaruje svoj uticaj na to kako će psiholog donositi odluke o bitnim aspektima kliničke procene uglavnom preko širih ciljeva koje psiholog u njima ispunjava, zatim preko karakteristika klijenata sa kojima radi i problema zbog kojih se ti klijenti obraćaju tim institucijama.

Kontekst kliničke procene se odnosi na specifične institucionalne uslove u kojima se odvija klinička procena i koji delimično modifikuju način na koji će se procena sprovoditi.

Konteksti se razlikuju s obzirom na:

- tipične institucije u kojima ili za koje se klinička procena obavlja,
- prirodu zadataka koje klinički psiholog obavlja, odnosno specifičnost zahteva i očekivanja koji se postavljaju pred psihologa,
- specifičnosti klijentele koja se procenjuje,
- osnovna znanja koja su psihologu potrebna da bi u tom kontekstu obavljao procenu,
- specifičnosti komunikacije sa kolegama drugih struka koji su neposredno ili posredno uključeni u procenu.

Tipični ili najčešći konteksti u kojima radi klinički psiholog i u kojima obavlja kliničku procenu su:

- kontekst mentalnog zdravlja ili klinički kontekst u užem smislu
- forenzički kontekst
- zdravstveni kontekst
- kontekst socijalne zaštite

Diplomske studije iz oblasti psihologije opremaju studenta u značajnoj meri znanjima i veštinama potrebnim za funkcionisanje u kontekstu mentalnog zdravlja i tom vrstom procene će se i ovaj praktikum u najvećoj meri baviti. Ova odluka se zasniva na dve činjenice. Prvo, to je činjenica da je

to originalni kontekst u kojem se psihološka procena i počela primenjivati i formirati kao klinička procena, a drugi razlog je taj što klinička procena u drugim kontekstima u značajnoj meri podrazumeva primenu upravo znanja iz oblasti mentalnog zdravlja, odnosno, i ostali konteksti prvenstveno podrazumevaju poznavanje zadataka i procedura tipičnih za kontekst mentalnog zdravlja i predstavljaju neku vrstu varijacije i ekstrapolacije ovog konteksta, tako da on predstavlja neophodnu osnovu za bavljenje praksom u bilo kom drugom kontekstu kliničke procene. Ipak, za profesionalno funkcionisanje psihologa u ostalim kontekstima je potrebno da se diplomirani psiholog dodatno edukuje putem poslediplomske nastave, specijalizacije ili kontinuirane edukacije kroz različite specijalizovane kurseve i seminare. To će biti očigledno i iz opisa konteksta koji slede. Nakon detaljnog predstavljanja kliničkog konteksta daćemo osnovne informacije i o ostalim kontekstima kliničke procene i zadacima koje psiholozi obavljaju u njima kada je u pitanju procena. Paradoksalno je da su do sada specijalizacije bile redovno organizovane uglavnom za ovladavanje dodatnim veštinama u kontekstu mentalnog zdravlja, a da su se za rad u ostalim kontekstima psiholozi većinom sami snalazili i često i samoedukovali, te da ne postoji od strane državnih organa organizovana ni jedna institucija koja dugoročno i sistematski obavlja ciljanu edukaciju i kontrolu kvaliteta ove vrste psiholoških usluga, nego se to dešava sporadično ili samo formalno. Očekujemo da će se sa promenom režima studija psihologije u našoj zemlji i na ovom planu desiti značajne promene, što se može pretpostaviti iz sadržaja poslediplomskih studijskih programa naših vodećih univerziteta.

16. KONTEKST MENTALNOG ZDRAVLJA

16.1. Tipične institucije i klijenti

Ovaj kontekst se prvenstveno odnosi na procenu koja se sprovodi u različitim institucijama koje se neposredno bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja. To su neuropsihijatrijske klinike, neuropsihijatrijske bolnice i odeljenja, ambulante, dispanzeri, odeljenja za mentalno zdravlje pri domovima zdravlja i sl. U svim ovim institucijama, psiholog svoj posao obavlja kroz neposredni kontakt sa psihijatrijskim pacijentima i ponekad i članovima njihovog bližeg okruženja. Osnovne potrebe klijenata u ovom kontekstu se organizuju oko reuspostavljanja njihovog adekvatnog mentalnog, odnosno, psihosocijalnog funkcionisanja. U okviru ovog konteksta, razlikujemo tri podkonteksta:

- uži psihijatrijski kontekst u radu sa odraslima,
- neuropsihološki kontekst,
- razvojno-klinički kontekst.

U najvećem broju slučajeva, u kliničkom kontekstu u užem smislu pacijenti bivaju upućeni kod psihologa ili od strane psihijatra ili od strane neurologa ili rukujućeg lekara opšte prakse. Izuzetno, klijenti samoinicijativno dolaze direktno kod psihologa. Takođe, povremeno inicijativa za kliničku procenu dolazi od strane samog psihologa. Ovo se uglavnom dešava kada je psiholog istovremeno i klijentov psihoterapeut pa sprovodi kontinuiranu procenu da bi konstruisao plan tretmana, da bi pratio tok tretmana i da bi na kraju i evaluirao efekte koji su postignuti.

16.2. Tipični zadaci psihologa

I u ovom i u sledećim poglavljima govorićemo o zadacima tipičnim za pojedine kontekste koji se odnose isključivo na kliničku procenu. Važno je znati da se psiholozi u različitim kontekstima osim procene bave i drugim aktivnostima, u najvećoj meri se bave savetovanjem i psihološ-

kim tretmanom, a povremeno se bave i organizovanjem ili učestvovanjem u različitim preventivnim akcijama, istraživanjem i edukacijom (Berger, 1984). Zastupljenost ovih aktivnosti se razlikuje u zavisnosti od konteksta u kojem psiholog radi. Klinička procena je najzastupljenija u kontekstu mentalnog zdravlja i u forenzičkom kontekstu, dok su preventivne i terapijske aktivnosti zastupljenije u kontekstu socijalne zaštite i u zdravstvenom kontekstu.

Što se tiče zadataka koje psiholog ostvaruje baveći se kliničkom procenom u kontekstu mentalnog zdravlja, ne može se reći da postoji neki ustanovljeni spisak i autori se delimično razlikuju po tome šta navode kao osnovne zadatke psihologa. Bagby, Wild, N. & Turner, A. (2003) navode da se stvarno mogu razlikovati samo dva cilja kliničke procene a to su dijagnostička klasifikacija ili klarifikacija i davanje tretmanskih preporuka. Oni smatraju da svi ostali zadaci kao što su npr. opis klijentove ličnosti, odnosno, dinamska dijagnoza, zatim procena klijentovih sposobnosti, procena propadanja ili oštećenja kognitivnih ili psihičkih funkcija i sl. mogu da se podvedu pod navedena dva cilja. Mi ćemo iz edukativnog razloga izlistati tipične zadatke kojima se klinički psiholozi svakodnevno bave u kontekstu mentalnog zdravlja bez namere da ovu listu promovišemo u neku konačnu listu zadataka:

- Klinička procena sa ciljem dijagnostičke klasifikacije, odnosno klarifikacije,
- Klinička procena sa ciljem uspostavljanja dinamske dijagnoze
- Klinička procena sa ciljem procene preostale radne sposobnosti
- Klinička procena sa ciljem procene postojanja ili stepena oštećenja kognitivnih funkcija,
- Klinička procena sa ciljem određivanja indikacija za tretman
- Klinička procena sa ciljem procene podobnosti za psihološki tretman
- Klinička procena sa ciljem planiranja tretmana
- Klinička procena sa ciljem evaluacije tretmana
- Klinička procena sa specifičnim ciljevima (npr. u svrhu procene podobnosti za obavljanje nekih specifičnih poslova koji podrazumevaju dodatnu odgovornost, kao što je rad sa oružjem, sa većim količinama novaca, u svrhu dehospitalizacije, na zahtev radne organizacije,u svrhu procene sposobnosti služenja vojne obaveze i sl.).

Već smo nagovestili da ovi zadaci nisu iste opštosti i istina je da se vrlo često međusobno preklapaju, mada se najčešće jedan od njih ističe u vidu zahteva nekog naručioca za procenom. Npr. ako je zahtev da se sprovede procena sa ciljem određivanja indikacija za tretman, najčešće će to podrazumevati da će kliničar sprovesti i dinamsku dijagnozu i diferencijalnu dijagnozu jer će bez ovih informacija otežano odgovoriti i na primarni

zahtev. Ovakav spisak tipičnih zadataka proizilazi iz prirode zadataka na koje treba da odgovori institucija psihijatrije, odnosno, neuropsihijatrije a to su uglavnom zadaci koji proizilaze iz medicinskog modela. To znači da se u ovom kontekstu dominantno na psihopatološki fenomen gleda kao na bolest koju treba dijagnostikovati i koju na osnovu dijagnoze treba tretirati. Pri tome je važno biti svestan poteškoća koje postoje kada je u pitanju dijagnostikovanje mentalnih disfunkcija a koje proizilaze, kako iz ograničenja postojećih klasifikacionih sistema, tako i iz fenomena ekvifinaliteta koji je tipičan za psihopatologiju (fenomen da različiti faktori mogu dovesti do istog poremećaja, kao i da isti faktor može rezultirati različitim efektima). Upravo stoga je klinički psiholog sa svojim specifičnim tehnološki opremljenim pristupom često angažovan da doprinese razrešenju brojnih dilema kada je u pitanju diferencijalno dijagnostikovanje ili određenje najadekvatnije intervencije (da li ambulantnog pacijenta hospitalizovati ili hospitalnog prebaciti na ambulantni tretman, na koje odeljenje smestiti pacijenta, da li ga uključiti u grupni rad, da li ga uključiti u radnu terapiju, da li raditi sa porodicom, da li ako je dete u pitanju uključiti školu u tretman, koju vrstu medikamentozne terapije odrediti...). Osim ovoga, savremeni psihijatri često moraju da odgovore i na suptilnije zadatke kao što je npr. integracija pacijenata u njihovu sredinu ili saradnja sa članovima porodice ili osposobljavanje pacijenata za neki posao. Ovo ih stavlja u situaciju da daju odgovore koji ne proizilaze iz poznavanja pacijentove dijagnoze. Npr. dva pacijenta sa istom dijagnozom mogu biti potpuno različito orijentisani prema hetero ili autoagresiji, što će značajno promeniti smer intervencija koje će psihijatar sa njima sprovoditi. Ovo znači da su današnji psihijatri s obzirom na prirodu svojih zadataka sve više usmereni na saradnju sa drugim strukama pa je time određen i sadržaj zadataka, zahteva i očekivanja koji se u ovom kontekstu postavljaju pred psihologe.

Dalje u tekstu ćemo prikazati detaljnije neke od nabrojanih zadataka sa ciljem da što jasnije predstavimo suštinu procene kojom se bavi klinički psiholog praktičar u ovom kontekstu.

16.2.1. Dijagnostička klasifikacija

Procedura dijagnostičke klasifikacije

Primer 1.

Radite na psihijatrijskom odeljenju i na jutarnjem sastanku stručnog tima dobijate zadatak da sprovedete kliničku eksploraciju sa pacijentkinjom koja je pre par dana hospitalizovana nakon pokušaja suicida. Suicid je pokušala da ostvari presecanjem vena. Na odeljenje ju je doveo suprug koji je izvestio da pacijentkinja jeste najavljivala takvu mogućnost, ali da

je on nije shvatao ozbiljno jer to nije bilo prvi put. Naime, po njegovim rečima, pacijentkinja je sklona lakom uznemirenju i povremenim kratkotrajnim depresivnim stanjima, kada zna da govori o tome da će nauditi sebi, s tim da se do sada sve završavalo na tome da ili po nekoliko dana ne ustaje iz kreveta ili da na par dana ode od kuće. Suprug sada shvata da je u poslednje vreme bivala neraspoloženija i nervoznija nego ranije. Psihološka eksploracija treba da se sprovede sa ciljem dijagnostičke klasifikacije i klarifikacije a u svrhu donošenja odluke da li pacijentkinju uključiti u grupni tretman i specifično da li da se uključi u grupu depresija ili u grupu poremećaja ličnosti. Očigledno je da je zadatak psihologa sprovođenje diferencijalne dijagnoze i da je dilema naručioca procene da li je pacijentkinja depresivna ili je granična organizacija ličnosti sa depresivnom dekompenzacijom.

Primer 2.

U ordinaciju vam dolazi pacijent koji je poslat od strane ambulantnog psihijatra sa zahtevom da se izvrši psihološka eksploracija. Ispitanik je u nekoliko poslednjih meseci značajno redukovao bilo kakve kontakte sa ljudima i uglavnom vreme provodi u svom stanu. Kada je pak u društvu, postaje vrlo nervozan i ima potrebu da što pre pobegne. Izveštava da se ovo poklopilo sa otkazom koji je dobio na poslu. Bio je zaposlen kao mesar u jednoj velikoj firmi koja je promenila vlasnika i sa promenom vlasnika su se promenili i uslovi rada. Naime, njegovo radno mesto u gradu u kojem živi je zatvoreno i od njega se očekivalo da svaki dan putuje oko 90min do novog radnog mesta. Pošto je nakon mnogo dvoumljenja na kraju ipak to odbio, dobio je rešenje o prestanku radnog odnosa. Navodi da je trenutno vrlo osetljiv na stavove drugih ljudi i da mu smeta što ga svi sada pitaju u vezi posla i kada će naći novi posao i čini mu se da ga ljudi osuđuju zbog načina na koji je odreagovao na promene uslova rada. Ono što ga ipak prvenstveno dovodi kod psihijatra je to što je postao ekstremno okupiran različitim ritualima i stalnim proveravanjima da li je nešto dobro zatvoreno, isključeno, očišćeno i sl., čime je počeo jako da opterećuje članove porodice. Kaže da kada pokuša da se iskontroliše oseti jak poriv da to ipak uradi i strah da će biti još gore ako bi nešto propustio. Sebe opisuje kao osobu koja je i ranije bila više socijalno povučena nego uključena, da je kao dete bio za dečaka neuobičajeno stidljiv i kao učenik veliki tremaroš, uvek zabrinut da će se izblamirati pred drugovima ili pred autoritetima. To je pokušavao da nadoknadi samodisciplinom i izbegavanjem bilo kakvih javnih aktivnosti. Seća se i da je jedno vreme imao jake facijalne tikove. Psihološka eksploracija treba da se sprovede sa ciljem diferencijalne dijagnoze a dilema naručioca je da li se ovde radi o socijalno anksioznom poremećaju sa opsesivno-kompulzivnom dekompenzacijom ili se radi o

opsesivno-kompulsivnom poremećaju ili je u pitanju komorbiditet ova dva poremećaja.

Šta je sadržaj posla psihologa u ovakvim i u sličnim slučajevima? Prvenstveno, psiholog će organizovati psihološku eksploraciju tokom koje će pomoću različitih metoda i tehnika prikupljati informacije o *vodećim žalbama ispitanika*, zatim o *istaknutim karakteristikama ličnosti*, o *kognitivnim sposobnostima i odlikama mišljenja* i o *karakteristikama ponašanja ispitanika* i u testovnoj i u vantestovnoj situaciji sa ciljem da na osnovu takvih informacija dati poremećaj ili problem klasifikuje u neku od postojećih nozoloških grupa, odnosno da datom poremećaju pripiše određenu dijagnozu ili da nevede koja od dijagnostičkih alternativa je verovatnija. Kada mu je poznata svrha ispitivanja, onda će na osnovu zaključka o dijagnostičkoj klasifikaciji dati i preporuku koja odgovara na pitanje o svrsi ispitivanja.

Dijagnostička klasifikacija se, znači, odnosi na proceduru opisa ispitanika preko nozoloških kategorija. Psiholog se uključuje u proceduru dijagnostičke klasifikacije ili klarifikacije najčešće onda kada se

- kod pacijenta mogu registrovati simptomi više poremećaja ili
- postoji pretpostavka da manifestni simptomi ustvari pokrivaju neki drugi poremećaj (Olin i Keatinge, 1998).

Npr. pacijent se žali na simptome koji pripadaju depresivnom poremećaju a istovremeno pokazuje karakteristike ličnosti i ponašanja koji su pre karakteristični za somatoformne poremećaje ili pacijent koji se primarno žali na opsesivno kompulzivnu simptomatologiju ali njegovo bizarno objašnjenje ovih simptoma upućuje na mogućnosti da se radi o paranoidnom procesu i sl. U psihologiji je poznata psihodijagnostička klasifikacija i preko nekih drugih opštih klasa, kao što su npr. tipovi ličnosti, ali je ona manje karakteristična za psihijatrijski kontekst i u ovom kontekstu, kada govorimo o dijagnozi, mi prvenstveno mislimo na psihijatrijsku klasifikaciju.

Ideja o doprinosu psihologa u procesu dijagnostičke klasifikacije je preuzeta iz modela dijagnostičkih pretraga u somatskoj medicini, kada se na osnovu registrovanih simptoma i znakova poremećaj dijagnostikuje kao određena bolest. Šta bi to konkretno značilo? Daćemo primer za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Ukoliko bi se ispitanik žalio npr. na osećaj nervoze, napetosti i razdražljivosti, ove žalbe bi imale *status subjektivnih žalbi* i tretirale bi se kao *simptomi.* Ukoliko bi se ispitivanjem *personalnih karakteristika* konstatovalo da su kod ovog ispitanika izražene osobine kao što su ekstraverzija, agresivnost, smanjena frustraciona tolerancija, izostanak osećanja krivice i sl. takve osobine bi imale *status korelata poremećaja* zato što se različitim dosadašnjim

istraživanjima konstatovalo da se ove osobine često pojavljuju kod ljudi sa ovom dijagnozom ali one nisu dovoljne da bi se neka osoba klasifikovala u kategoriju antisocijalnog poremećaja, a moguće je i da budu prisutne u okviru nekih drugih poremećaja, kao i da se registruju kod ljudi koji ne zadovoljavaju nikakve kriterijume da budu označeni kao psihijatrijski „slučaj". Ukoliko bi ili od samog ispitanika ili od nekog iz njegovog bližeg okruženja dobili podatke o njegovim čestim agresivnim ispadima, problemima ponašanja koji datiraju od ranih adolescentnih dana, sklonosti ka zloupotrebi supstanci poput alkohola ili narkotika, čestom menjanju zaposlenja, čestim problemima sa institucionalizovanim i drugim autoritetima i sl. onda bi ti podaci u kontekstu svih ostalih podataka uslovno mogli imati *status pokazatelja poremećaja* jer se mogu objektivnim sredstvima konstatovati. Ipak važno je naglasiti da ovim pokazateljima ne možemo dati status znaka poremećaja na način kako se to čini u somatskoj medicini u okviru koje je inače uobičajeno pa i obavezno da konačnu dijagnozu o poremećaju donosimo tek na osnovu dijagnostikovanih znakova poremećaja. U ovom slučaju antisocijalnog poremećaja ne možemo govoriti o direktnoj, neposredovanoj vezi registrovanih ponašanja i dijagnostikovanog poremećaja, odnosno neće svako ko je dijagnostikovan kao antisocijalni poremećaj obavezno imati baš ove indikatore, te oni ni ne mogu biti tretirani kao znaci.

❍ **Prilog 7.**

Izvod iz Kriterijuma za dijagnostikovanje disocijalnog poremećaja ličnosti po ICD-10 Klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (1992) str. 183:

F60.2 Disocijalni poremećaj ličnosti

Poremećaj ličnosti koji obično izaziva pažnju značajnim neslaganjem ponašanja sa važećim socijalnim normama, a čije karakteristike su sledeći kriterijumi:

a) gruba neazintersovanost za osećanja drugih;
b) izražen i perzistirajući stav neodgovornosti i nepoštovanja socijalnih normi, pravila i obaveza;
c) nemogućnost održavanja trajnih veza, iako ne postoje teškoće da se one uspostave;
d) vrlo niska tolerancija frustracije i nizak prag za ispoljavanje agresije, uključujući i nasilje;
e) izražena sklonost ka okrivljavanju drugih ili ka uverljivim racionalizacijama ponašanja, koje pacijenta dovodi u konflikt sa društvom

Potrebno je da postoje minimum tri od predviđenih pet indikatora da bi se razmatrala ova dijagnoza.

No, bez obzira kako ćemo date indikatore tretirati, kao simptome, korelate ili pokazatelje, postoji izvestan konsenzus stručne i naučne javnosti oko indikatora koji se očekuju da budu prisutni da bismo govorili o određenom poremećaju i taj konsenzus je operacionalizovan kroz zvanične klasifikacione sisteme kao što su trenutno ICD-10 i DSM-IV-TR i naši psihijatri i psiholozi ova dva sistema paralelno koriste kao osnovu za klasifikovanje poremećaja.

Međutim, ovako izložen primer može stvoriti iluziju o tome da je posao dijagnostikovanja linearan, jednostavan i neproblematičan, pošto je dovoljno da od ispitanika dobijemo to na koje se simptome žali, da putem različitih tehnika registrujemo koje personalne karakteristike ispoljava, pozivajući se na znanja o tome u kakvoj vezi su te osobine sa različitim poremećajima i da putem procene pacijenta i njegove samoprocene registrujemo koja ponašanja pacijent pokazuje, te da to onda uporedimo sa indikatorima koji su opisani u klasifikacionom sistemu. Još ako se tome dodaju drugi objektivni znaci kao što su različite fiziološke mere ili laboratorijski nalazi, eto očas dijagnoze. Iako formalno gledano ovo jeste procedura koju sprovode psiholozi u okviru kliničke procene, samo donošenje zaključka o dijagnostičkoj pretpostavci je vrlo delikatan posao povezan sa mnogim konceptualnim problemima koji u najvećoj meri proizilaze iz problema vezanih za naučni status aktuelnih klasifikacionih sistema i logike na kojima se oni zasnivaju (Maj, Gaebel, Lopez-Ibor & Sartorius, 2002; Vojnović, 2008).

Problemi vezani za dijagnostičku klasifikaciju

Možemo reći da najveći broj problema koji se pojavljuju tokom dijagnostičke klasifikacije povezan sa sledećim važnim činjenicama:

- Ne postoji jasan kriterijum između mentalnog zdravlja i mentalnog poremećaja (Biro, 2003). Ne samo da ne postoji jasan kriterijum, nego ne postoji ni saglasnost oko principa na kojima bi trebao da se definiše kriterijum jer svaki kriterijum ima pored prednosti i ozbiljne nedostatke. Najčešće korišćeni kriterijumi su kriterijum statističke norme, zatim subjektivne patnje i kriterijum funkcionalnosti ponašanja (Trull, 2005), ali ni jedan od ovih kriterijuma nije ni dovoljan ni nužan da bi se određeno ponašanje proglasilo poremećajem.
- Ne postoji jasna demarkaciona linija između različitih poremećaja, odnosno postoji značajan stepen preklapanja među indikatorima poremećaja, tako da osobe sa različito dijagnostikovanim poremećajima mogu imati iste indikatore te i veoma sličnu kliničku sliku (Baron, 1998). Praktičan problem se pojavljuje i onda kada osoba ne zadovoljava kriterijume ni jednog poremećaja a ipak indikatori upućuju na postojanje disfunkcionalnosti (Westen & Arkovic-Westen, 1998)

- Kriterijumi su definisani fleksibilno tako da je moguće da osobe sa različitim kliničkim slikama na kraju imaju istu dijagnozu.
- U oblasti mentalnog zdravlja najveći broj indikatora nema status znaka poremećaja nego status simptoma.
- Ne postoji jasno ustanovljena jednoznačna veza između kliničke slike poremećaja, etiologije poremećaja i preporučenog tretmana (Gunderson, Links & Reich, 1991; Maj et al. 2002).
- Aktuelni dijagnostički sistemi su kategorijalni, odnosno definišu mentalni poremećaj kao diskretnu kategoriju iako za ovo ne postoje dovoljni dokazi. Naime, postoji jednako dokaza koji upućuju i na to da je psihičke poteškoće i disfunkcionalnosti bolje posmatrati dimenzionalno (Vojnović, 2008)

❍ **Prilog 8.**

Poznati su primeri iz prošlosti psihijatrije koji ukazuju na istorijsku relativnost dijagnostičkih kategorija. Tako se npr. u XIX veku u Sjedinjenim Državama bežanje robova od svojih vlasnika smatralo izrazom patologije a Samuel Cartwright ga je stručno nazvao drapetomanijom! Zanimljiv je i primer da su pre samo nekoliko decenija stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja patologijom smatrali i nudizam, vegetarijanstvo, homoseksualnost, onaniju, pa čak i ljubav starije žene prema mlađim muškarcima! Obrnuto nije izazivalo pažnju stručnjaka.

Upravo iz razloga navedenih problema, zadatak dijagnostičke klasifikacije spada u jedan od najkontraverznijih zadataka kliničke procene. Ali, istovremeno, on je i skoro svakodnevna delatnost psihologa koji radi u kontekstu mentalnog zdravlja i danas još uvek, kao i u prošlosti, spada u jedan od najčešćih zadatka kliničke procene u kontekstu mentalnog zdravlja. (Meyer et al., 1998; Trull, 2005).

Ovakva zastupljenost ovog zadatka u svakodnevnom poslu psihologa proizilazi iz toga da kontekst mentalnog zdravlja pripada medicinskom modelu u okviru koga je određivanje dijagnoze prvi korak koji se sprovodi sa svakim pojedincem koji postaje klijent ili pacijent. S obzirom na navedene probleme koji prate ovu proceduru kada se ona sprovodi sa psihijatrijskim pacijentima, psiholozi se uključuju sa idejom da će svojom tehnologijom moći doprineti razrešenju čestih dijagnostičkih dilema.

S druge strane, kontraverza proizilazi iz veoma ambivalentnog stava koji imaju i sami psiholozi, kao i psihijatri, koji su najčešći tražioci kliničke procene, u vezi toga da psiholozi učestvuju u proceduri dijagnostičke klasifikacije. Ambivalencija psihijatara je rezultat statusa psihologa kao zdravstvenih saradnika koji nemaju medicinsko obrazovanje te je upitno

koliko kao stručnjaci bez medicinskog obrazovanja mogu da budu uključeni u jednu suštinski medicinsku aktivnost. Istovremeno, mnogi psihijatri ovakav isključivi stav tretiraju kao formalnu stvar i kao relativno zastareo princip koji ne odgovara realnosti, a koja ističe i druge osim medicinskih komponenti bitne za razumevanje klijentovog funkcionisanja i za krajnje odlučivanje o njegovoj dijagnozi. Takođe, kroz svakodnevni rad sa psiholozima, psihijatri praktičari prepoznaju da psiholozi poseduju metode i veštine da dođu do informacija koje mogu biti vrlo korisne u ovom poslu pa ih često pozivaju da se uključe, ostavljajući za sebe poziciju onih koji daju krajnju ocenu o dijagnozi, uzimajući u obzir i druge izvore informacija koje često nisu dostupne psiholozima, kao što su npr. različite laboratorijske pretrage ili reakcije na lekove i sl. Ambivalencija psihologa prema ovom zadatku ima nešto drugačije korene. Ona prvenstveno proizilazi iz istovremene spoznaje praktične potrebe za klasifikovanjem pojava sa kojima rade i istovremeno vrlo kritičnog stava koji klinička psihologija ima prema karakteristikama i ranijih i aktuelnih klasifikacionih sistema.

Naime, iako je klinička psihologija i postala institucionalizovana i legitimna profesija upravo preko ideje da će psiholozi svojim tehnikama odigrati onu ulogu koju laboratorija ima za internu medicinu, odnosno da će na osnovu nekih konkretnih zahteva za procenom konkretnih indikatora ispostaviti izveštaj o tim procenjenim indikatorima koji će jasno upućivati na određeno stanje pacijenta i omogućiti klasifikovanje tog pacijenta u neku dijagnostičku klasu, ova analogija sa internom ili bilo kojom drugom somatskom medicinom je u realnosti ipak veoma problematična. Ova problematičnost je rezultat jasnih razlika koje se mogu povući između somatske medicine i psihijatrije a koje direktno utiču i na mogućnost psihologa da učestvuje u procesu dijagnostičke klasifikacije.

Već smo napred rekli da u psihijatriji, u najvećem broju slučajeva, date žalbe pacijenta, njegove personalne karakteristike i karakteristično mišljenje i ponašanje imaju status simptoma poremećaja, ali da mogu da se tretiraju i kao korelati poremećaja i znatno ređe ili samo uslovno rečeno kao znaci poremećaja. Zašto retko i zašto uslovno rečeno? U somatskoj medicini se kao znak poremećaja obeležava ona promena u funkcionisanju ili onaj indikator izmenjenog funkcionisanja koji je inherentan poremećaju i direktno i nedvosmisleno govori o postojanju poremećaja. Npr. povećan broj leukocita nije ni simptom ni korelat upalnog procesa nego je znak postojanja upale. Upravo zato što upala postoji, zato su se leukociti i povećali. U psihijatriji mi retko možemo govoriti o ovakvim znacima zato što nemamo indikatore koji su inherentni elementi poremećaja i koji se uvek pojavljuju kada postoji poremećaj i čiji izostanak bi govorio o odsustvu poremećaja. Npr. nemoguće je da kod pacijenta kod kojeg je ustanovljena upala pluća nemamo prateće laboratorijske indikatore ili prateće promene

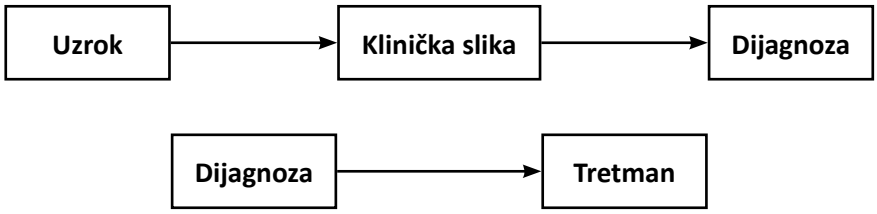
na rendgenskom snimku pluća. Upravo stoga se ovakvi indikatori nazivaju znacima. A osećaj umora bi bio simptom. Niti ga je moguće objektivno izmeriti, niti je on specifičan baš za taj poremećaj, niti je nužno da baš svaka osoba koja oboli od upale pluća izvesti o osećaju umora. Isto tako bi smo rekli da su pojačana potreba za spavanjem, lako zamaranje ili kašljanje korelati poremećaja jer nisu direktno proizvedeni poremećajem nego su rezultat drugih procesa sa kojima je sam poremećaj povezan i usled toga se veoma često pojavljuju kao pratioci tog poremećaja, ali nije nužno da se baš uvek pojave, kao što je moguće i da se pojave kao pratioci drugih poremećaja ili pak da se pojave a da nikakav organski poremećaj ni ne postoji. U psihijatriji je veoma mali broj indikatora moguće registrovati kao ovakav direktan znak određenog poremećaja i skoro da nema indikatora koji je inherentan baš određenom poremećaju i da mi sa sigurnošću možemo da tvrdimo da je njegova direktna posledica. Novija istraživanja govore, npr. da se čak i takvi simptomi kao što su halucinacije i disocijativna iskustva mogu naći i kod osoba koje nisu psihotične (Vojnović, 2008). Ovo posledično veoma problematizuje proces dijagnostičke klasifikacije jer se klasifikacija tako zasniva najvećim delom na simptomima a ne na znacima i jer dosadašnji istraživački nalazi ne pokazuju dovoljno jasnu vezu između simptoma i eventualnih etioloških činioca. Ustvari, veza ne prelazi nivo korelativne i mi samo sa izvesnom verovatnoćom i oslanjajući se na javnu proklamaciju kroz klasifikacione sisteme toga šta su kriterijumi poremećaja dati poremećaj klasifikujemo.

Takođe, kada govorimo o faktorima koji komplikuju zadatak kliničke psihološke procene sa ciljem dijagnostičke klasifikacije, treba biti svestan još jedne činjenice. Upravo usled izostanka jasnih kriterijuma disfunkcionalnog ponašanja, niti naručilac, najčešće psihijatar, ima tako jasnu ideju šta mu treba od psihologa, što se vidi iz često veoma nejasnih zahteva i nedovoljno definisanih zadataka koji se postavljaju pred psihologe, kao što to ima internista od laboratorije, niti će taj naručilac na kraju dobiti od psihologa neki spisak indikatora koji imaju jasno i nedvosmisleno značenje u vezi klijenta kao što to internista dobije od laboranta. A i kada bi naručilac dobio takve podatke od psihologa, daleko od toga da bi imao tako jasnu predstavu šta oni znače i na šta upućuju kao što to zna internista kada dobije rezultate od laboratorije. Ne iz razloga neke stručne nekompetentnosti, nego zato što, kao što smo već rekli, u oblasti mentalnog zdravlja važe ipak nešto drugačije pravilnosti. Ne samo da se dijagnoza mnogo češće postavlja na osnovu simptoma i korelata poremećaja, a ne na osnovu znakova, nego smo naveli i da postoji drugačija relacija između tri osnovna elementa medicinskog modela kada se taj model primenjuje na oblast mentalnog zdravlja. Klasičan medicinski model postulira jasnu vezu između simptoma i znakova bolesti kao onoga što je predmet dijagnostičke procedure i

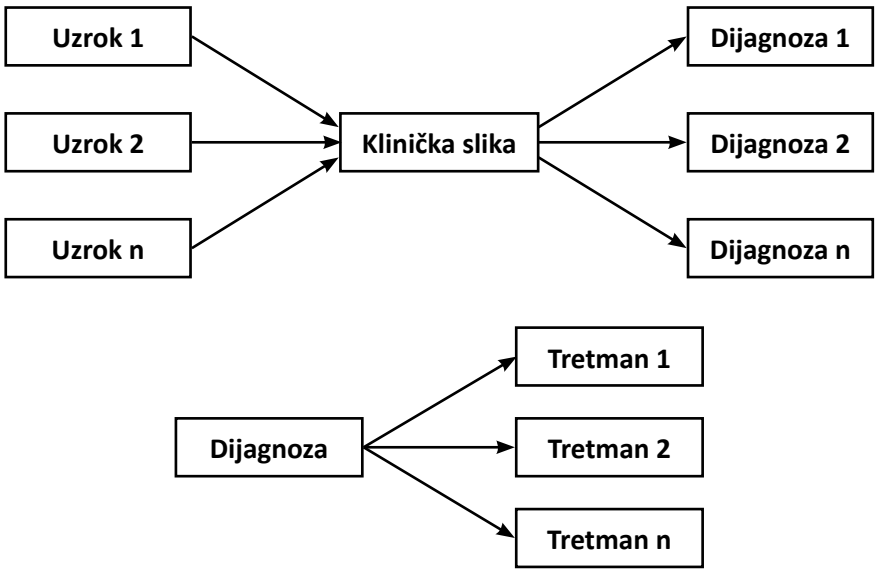
etiologije poremećaja sa jedne strane i terapijskog pristupa sa druge strane. Iz ove veze proizilazi da se na osnovu sprovedene dijagnostike simptoma i znakova može relativno sigurno zaključivati o etiologiji i postoji unapred definisana procedura ili relativno jasan opseg procedura koje se u takvim slučajevima primenjuju. Na nivou vrlo simplifikovanog primera to bi značilo da je npr. osećaj bola u stomaku simptom, rezultati pregleda i laboratorijski nalazi bi bili objektivni znaci, zaključak o upalnom procesu, npr. upali slepog creva bi govorio o etiologiji ove kliničke slike a operativni zahvat bi bio preporučena terapijska procedura koja jasno proizilazi iz veze prethodna dva elementa.

Slika 3. Odnos etiološkog faktora, kliničke slike i izbora tretmana u a/somatskoj medicini i b/ oblasti mentalnog zdravlja

a/ somatska medicina:



b/oblast mentalnog zdravlja



U oblasti mentalnog zdravlja, iako postoji namera da se povuče paralela sa somatskom medicinom i da se između kliničke slike, etiologije i terapije uspostavi ista jednoznačna povezanost i da se na osnovu dijagnoze simptoma i znakova poremećaja može direktno zaključivati o etiologiji i preporučenoj terapiji, ova vrsta zaključivanja se ne može sprovesti. Niti ista klinička slika uvek proizilazi iz iste etiologije, čak postoji izostanak konsenzusa oko osnovnih etioloških faktora u odnosu na većinu psihijatrijskih poremećaja i udela značajnih etioloških faktora u njihovom razvoju niti postoji stručni i naučni konsenzus oko toga za koji poremećaj je najbolji koji tretman.

Preporuke u vezi dijagnostičke klasifikacije

Navedeni i elaborirani problemi upućuju na obavezu psihologa praktičara da što pre izađe iz pogrešno mu pripisane uloge psihološkog laboranta jer će stalno biti frustriran i nemogućnošću da je adekvatno odigra i beskorisnošću takve utopijske misije jer je istina da je preuzeti medicinski model i pored aktuelne dominacije ipak daleko od dovoljnog u oblasti mentalnog zdravlja, te je rešenje psihologa da zauzme mnogo aktivniju i kompleksniju ulogu u procesu kliničke procene. Da bi mogao ovo da postigne, psiholog u radu sa svakim konkretnim ispitanikom treba da ima na umu to koji problemi prate dijagnostičku klasifikaciju te da zadrži izvestan kritičan stav prema toj proceduri. Istovremeno treba da bude svestan uloga i prednosti koje ima dijagnostikovanje kao što je olakšana stručna komunikacija, mogućnost sprovođenja epidemioloških i drugih istraživanja, mogućnost donošenja različitih odluka u vezi sa pacijentom a koje proističu iz dijagnostičkog statusa pacijenta i sl. Kao najvažnije, psiholog u svakom konkretnom slučaju treba da vodi računa o funkciji koju postavljanje dijagnoze ima i da se uvek rukovodi, ne prvenstveno pitanjem koja je ispitanikova dijagnoza, nego kako nas doneto dijagnostičko rešenje približava ili osposobljava da pomognemo ispitaniku da reši problem zbog kojeg se i ispituje.

Znači, da rezimiramo, kada psiholog sprovodi kliničku procenu sa ciljem dijagnostičke klasifikacije, on treba da vodi računa o sledećim aspektima ove procedure:

- Procedura se sprovodi postepeno i obuhvata prikupljanje podataka o ispitanikovim žalbama, zatim o različitim personalnim i situacionim indikatorima koji mogu biti povezani sa aktuelnim žalbama i o elementima mišljenja i ponašanja ispitanika koje on produkuje u testovnoj i vantestovnoj situaciji, a koji bi mogli biti direktniji pokazatelji postojanja ili nepostojanja određene poteškoće, disfunkcionalnosti, poremećaja, sindroma ili simptoma. Tokom rada psiholog sužava broj dijagnostičkih alterantiva koje bi mogle biti dijagnostička rešenja i sve fokusiranije i

diskriminativnije proverava različita rešenja oslanjajući se na svoja znanja iz psihopatologije različitih poremećaja i disfunkcionalnih ponašanja i na uputstva data u zvaničnom klasifikacionom sistemu. Pri tome vodi računa da ne upadne u grešku preteranog dijagnostikovanja, u smislu da klijentov problem dijagnostikuje kao teži nego što jeste, kao npr. da se adolescentna kriza proglasi početkom šizofrenog procesa, kao ni u obrnutu grešku nedovoljnog dijagnostikovanja kada ispitanikov problem klasifikuje u grupu poremećaja koji su „lakša" kategorija od one kojoj klijentov problem pripada kada se početak šizofrenog procesa proglasi za adolescentnu krizu, iako se u slučaju da je ispitanik mlad i prvi put se pojavljuje kao klijent, ovakva greška lakše toleriše.

- U slučaju da ne uspeva da pronađe dovoljan broj indikatora koji se očekuju da bi određeni problem bio klasifikovan, psiholog treba da odustane od davanja dijagnostičke preporuke. Kada je ovakav nalaz posledica kliničareve procene da se kod klijenta ne mogu registrovati indikatori nekog poremećaja nego samo izvesnih poteškoća, kliničar treba da preporuči da to i bude dijagnostičko rešenje. Kada kliničar, i pored nedovoljno jasne slike, ipak procenjuje da su klijentovi problemi ozbiljniji i da ukazuju na disfunkcionalnost, onda bi trebalo da preporuči ili ponovljeno ispitivanje ili proširivanje ispitivanja ili produžen rad sa klijentom da bi se bolje razumeo njegov problem.
- Ponekad će ispitanikov problem zadovoljavati kriterijume većeg broja poremećaja. Psiholog u takvoj situaciji može da predloži višestruko dijagnostičko rešenje, odnosno da predloži postojanje komorbiditeta, vodeći pri tome računa da je rešenje smisleno i realno moguće a ne samo maskiranje njegove nesigurnosti oko dijagnoze. Npr. u slučaju da osoba u okviru paničnih napada posle izvesnog vremena počinje da produkuje izvesne brige i ponašanja karakteristična za socijalnu anksioznost te da na formalnom nivou zadovoljava kriterijume oba poremećaja, nužno je proveriti da li manifestovana socijalna anksioznost proizilazi iz pacijentove anticipacije da bi mogao da doživi atak panike na javnom mestu i da će zbog toga biti pogrešno shvaćen, odnosno da će se osramotiti. Ukoliko bi socijalna anksioznost bila takve prirode, onda se ne radi o komorbiditetu paničnog napada i socijalne anksioznosti, nego o još jednom simptomu paničnog napada. Preporuka o komorbiditetu socijalne anksioznosti bi došla u obzir ako bi ovaj pacijent pored svojih problema sa atacima panike, strahovao i od toga da će ga okolina negativno proceniti iz bilo kog razloga koji nije obavezno vezan za atak panike, nego je u pitanju permanentan doživljaj da je potencijalno neadekvatan i da će okolina to primetiti, te su za njega skoro sve situacije u kojima treba nešto pred drugima da izvede provokacija za brigu i strepnju, od toga da li treba da zatraži nešto od šalterskog radnika, preko toga da li će se u

društvu izblamirati time što će nešto reći pa do intenzivnog straha kakav utisak će ostaviti u situaciji polaganja nekog ispita.

- Ni jednog momenta kliničar ne sme da zaboravi principe na kojima se zasnivaju aktuelni klasifikacioni sistemi i da u tom smislu, dijagnostičko rešenje koje nakon sprovedene eksploracije ponudi, ne može u potpunosti biti ni tačno ni netačno. Ono samo može biti korektno sprovedeno ili ne. Ovo proizilazi iz činjenice da su psihijatrijske kategorije, odnosno, nozološke grupe ipak samo koncepti, eksplanatorni konstrukti, koji imaju opravdanje dotle dok pružaju koristan radni okvir za organizovanje i objašnjenje kompleksnog kliničkog iskustva i dok se iz njih mogu derivirati određene korisne predikcije u vezi adekvatnog tretmana ili drugačijeg rešenja problema svakog individualnog pacijenta. Znači, kada se neki klijentov problem klasifikuje kao npr. poremećaj prilagođavanja, to znači da je ovakvo dijagnostičko rešenje ime za određeni skup indikatora koji se prepoznaju kod tog pojedinca a ne da taj klijent ima neki određeni poremećaj prilagođavanja unutar sebe kao izolovani entitet koji objašnjava dijagnostikovane indikatore. To ne znači da dijagnostikovan fenomen ne postoji ili da ne poseduje određene pravilnosti, trajnost i konsekvence, nego da ga ne poznajemo dovoljno i da se kategorisanjem u nozološku klasu ne obezbeđuje dovoljno materijala za razumevanje njegove prirode.
- Kliničar treba da bude svestan i etičke težine dijagnostikovanja. Dok sa jedne strane dijagnoza može da olakša i ubrza donošenje različitih važnih odluka u vezi klijentovog tretmana, ona istovremeno može da ima i različite neprijatne konsekvence. Poznato je istraživanje Langera i sar. (1980 po Trull, 2005) koje je pokazalo da su procenjivači različito procenjivali isti materijal sa intervjua u zavisnosti od toga da li su instruisani da je taj intervju vođen sa ispitanikom koji se prijavio na konkurs za posao ili da je psihijatrijski pacijent ili da je pacijent oboleo od kancera. I Snyder (1984 po Trull, 2005) je našao da nastavnici drugačije procenjuju ponašanje studenata u zavisnosti od toga da li je taj student prethodno opisan kao nadaren ili kao nasilan. Ovo govori o tome da etikete imaju snažnu moć i da mogu uticati na tok života onoga kome su pripisane.
- Cilj dijagnoze nikada ne bi smeo da bude samo korektno etiketiranje klijenta radi etiketiranja, nego bi cilj trebalo da bude obezbeđivanje samo jednog koraka ka boljem opisu i razumevanju klijentovog funkcionisanja da bi se na osnovu toga mogle doneti neke za klijenta relevantne odluke.

16.2.2. Dinamska dijagnoza

Da bismo razumeli zašto se osim dijagnostičkom klasifikacijom psiholozi često bave i dinamskom dijagnozom, potrebno je da se podsetimo dve važne činjenice koje smo naveli u prethodnom poglavlju.

❒ Prilog 9. – Primer dijagnostičke klarifikacije

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Tijana Pavlović

N. S., 59 godina, udata, srednja stručna sprema

Bolesnica je psihologu upućena od strane interniste, a u cilju utvrđivanja eventualne psihogene etiologije njenih somatskih tegoba za koje nije nađeno adekvatno organsko pokriće.

Sa bolesnicom se uspostavlja zadovoljavajući kontakt, saradnja je solidna, a tokom eksploracije se registruju hipohondrijske sumanutosti koje vrlo uporno iznosi i nije spremna na prihvatanje alternativnih tumačenja svojih tegoba (smatra da joj je „noga toliko bolesna da treba da se odseče“, „lekari ne žele da joj saopšte da je stanje toliko loše, a ona zna da joj krvotok ne ide kroz celu nogu, već samo do određenog dela, pa se onda vraća nazad“, „taban joj je blatnjav“ tj. „nema vezivnog tkiva“). Zbog navedenih smetnji obilazi brojne vaskularne hirurge i interniste, te insistira na hospitalizaciji. Ove tegobe traju unazad nekoliko meseci, tj. od preloma i operacije kuka.

Testovnom eksploracijom ličnosti dobijen je profil sa dominantnim hipohondrijskim fiksacijama uz visoku anksioznost na terenu premorbidno histrionično-psihopatske strukture ličnosti.

Primenom testa osetljivog na organicitet registruje se otežana vizuelna retencija i reprodukcija zadatog materijala uz trend kognitivne zamorljivosti i indikatore umerenog organiciteta.

Projektivni materijal odlikuje se perseverativnim obradama i dezinhibiranošću koji idu u prilog postojanja organskog oštećenja kognicije. Uočavaju se i korelati histroničnih i pasivno-agresivnih odlika kao i sklonost ka kontriranju i oponenciji uz anksioznost prisutnu i u dubljim segmentima ličnosti. Kontrolni mehanizmi su regresivnijeg kvaliteta, dok je kontakt spram realiteta očuvan, osim u segmentu koji se tiče bolesti noge.

Dakle, reč je o bolesnici koja je premorbidno funkcionisala u okvirima histroničnog poremećaja ličnosti, dok je po svemu sudeći, operacija kuka bila okidač za dekompenzaciju u pravcu sumanute hipohondrijaze čemu je možda doprinelo i postojanje umerenog stepena oštećenja kognitivnih funkcija organskog tipa. Imajući u vidu nesumnjivu psihogenu etiologiju različitih telesnih tegoba bolesnice, nužan je oprez prilikom odlučivanja za eventualne invazivne dijagnostičke i terapijske procedure, uz neophodnost objektivne verifikacije njenih subjektivnih žalbi.

Jedna se tiče toga da se proces dijagnostičke klasifikacije često oslanja na podatke koji nisu očigledni samo iz opisa kliničke slike ispitanika. To se odnosi na one brojne situacije kada pacijenti produkuju misli i ponašanja koja istovremeno i zadovoljavaju kriterijume više poremećaja i ne zadovoljavaju dovoljan broj kriterijuma ni jednog pojedinačnog poremećaja ili kada postoji sumnja da simptomi na koje se pacijent žali i koji relativno jasno navode na određeno dijagnostičko rešenje u stvari pokrivaju neku drugu problematiku i moguće maskiraju ozbiljniji problem (Olin & Keatinge, 1998). Tada je nužno obaviti širu inspekciju različitih indikatora i korelata koji bi mogli olakšati razumevanje pacijenta i omogućiti neko dijagnostičko rešenje.

Druga činjenica je to da je određivanje dijagnoze često tek prvi korak u razumevanju problema pacijenta i, sam po sebi, uobičajeno taj korak nije dovoljan da bi se donela najadekvatnija odluka o daljem toku intervenisanja.

Kao što smo rekli, između simptoma poremećaja, etiologije poremećaja i njegovog tretmana ne postoji linearna povezanost, tako da je posao psihologa da kroz svoju procenu obezbedi dodatne informacije koje će dati specifičnije smernice za donošenje različitih odluka u vezi pacijenta i rešavanja njegovog problema. Odgovorom na pitanje kojoj široj ili užoj klasi pojava pripada ispoljeni problem pacijenta, mi smo daleko od toga da razumemo zašto se pacijent tako ponaša, koje sve posledice u životu može imati zbog toga kao i kako njemu, konkretnom, možemo pomoći.

Zamislimo npr. da treba da donesemo, na prvi pogled, jednostavnu odluku o tome da li pacijenta uključiti u hospitalni ili poluhospitalni tretman ili ga ostaviti na ambulantnom tretmanu. To da je pacijentov problem dijagnostikovan kao depresivni sindrom, ne pomaže nam mnogo u kontekstu donošenja ovakve odluke jer nam sama dijagnoza ništa ne govori o tome kako bi neki konkretni depresivni pacijent reagovao na uslove svakog od ponuđenih terapijskih aranžmana niti u kojem od tih aranžmana bi on najviše terapijski profitirao. To znači da treba bolje da upoznamo pacijenta da bismo mogli da prepoznamo neke karakteristične sklopove ponašanja i da bismo mogli da predvidimo njegovu specifičnu reakciju na terapijske alternative. Ono što bi nam više pomoglo, to su prvo informacije o njegovom *tretnutnom stanju*, odnosno *intenzitetu uznemirenosti* i trenutnog *stepena disfunkcionalnosti*. Što bi intenzitet uznemirenosti i stepen disfunkcionalnosti bili više izraženi, to bi bilo verovatnije da bi klijentu više odgovarao hospitalni tretman. Ali osim ovoga od posebnog značaja bi nam bili i podaci o njegovim *dominantim personalnim karakteristikama* i karakterističnim *sklopovima mišljenja i ponašanja*, kao i o faktorima koji su doprineli *razvoju njegovog depresivnog sind*roma, zatim o *mehanizmima održavanja* depresivnosti i o *efektima depresivnosti na kvalitet njegovog života*. Ovo znači da ovaj klijent možda izražava neke karakteristike ličnosti ili

ponašanja koje bi bile rezistentne na hospitalni tretman, kao što bi npr. bila izražena pasivnost i introvertnost i možda bi poluhospitalni tretman koji se intenzivnije bavi klijentovim psihosocijalnim funkcionisanjem u takvom slučaju bio indikativniji. A možda kroz psihološku eksploraciju klijentovog kognitivnog stila dijagnostikujemo postojanje snažne težnje ka autonomiji i zaključimo da je ambulantni tretman za sada adekvatniji.

Specifično, naše interesovanje može biti usmereno na brojne varijable, kao što su informacije o onim personalnim karakteristikama koje su doprinele da pacijent razvije depresivnost, o situacionim faktorima koji su možda imali ulogu provokatora depresivnog reagovanja, o personalnim resursima pacijenta da izlazi na kraj sa svojim tegobama, o efektima dijagnostikovane depresije na ostale aspekte njegovog funkcionisanja, kao što su socijalno, radno, emotivno i intelektualno funkcionisanje, o socijalnim resursima kojima pacijent raspolaže, odnosno o količini i kvalitetu socijalne podrške koju ima, o kvalitetu komunikacije koju ostvaruje sa svojom okolinom, o mehanizmima prevladavanja, o sklonosti da razvija otpore, o osnovnim intrapsihičkim konfliktima, o dominantnim mehanizmima odbrane, o kvalitetu testa realnosti, o atribucionom stilu pacijenta, o kvalitetu i stepenu spremnosti na promenu...

Izbor varijabli koje će biti praćene zavisiće prvenstveno od toga koja je svrha kliničke procene, odnosno, za rešavanje koje vrste dileme je potrebno sprovesti procenu, o kojem problemu klijenta se radi i, naravno, i verovatno najviše, od toga iz kojeg teorijskog okvira će kliničar pokušati da razume klijentovo ponašanje. Naglašavamo teorijski okvir kao najuticajniji stoga jer za razliku od dijagnostičke klasifikacije prilikom koje se kliničar u donošenju odluka prvenstveno rukovodi kriterijumima koji su navedeni u klasifikacionom sistemu, u proceduri dinamske dijagnoze ne postoji ni jedan konsenzusom stručne i naučne psihološke javnosti ustanovljen radni okvir u skladu sa kojim bi se ova procedura sprovodila. U nedostatku ovakvog okvira, kliničari se oslanjaju na postojeće teorijske modele koji implicitno ili eksplicitno usmeravaju na to koje pojave je potrebno da kliničar prati da bi razumeo psihopatološki izmenjeno ponašanje pojedinaca, što smo ilustrovali u poglavlju četrnaest, posvećenom teorijskom opredeljenju kliničara. S obzirom na velik broj takvih modela koji ravnopravno koegzistiraju u psihologiji, razumljivo je da se u kliničkoj praksi pojavljuju značajne razlike među kliničarima u načinu na koji će objašnjavati ponašanje svojih klijenata.

Pojednostavljeno rečeno, dinamska dijagnoza je procedura kliničke procene klijenta čiji je cilj da psihološkim terminima opiše klijenta, odnosno da obezbedi razumevanje sledećeg:

- kakva je klijent osoba,
- kako je i pod kojim uslovima klijent postao baš takva osoba,

- kako je to što je takva osoba povezano sa tim da on u momentu procene ispoljava problem koji ispoljava i
- koji su njegovi unutrašnji i spoljašnji, generalni i specifični resursi da reši taj problem.

Ovakva procedura se sprovodi na osnovu pretpostavke da različiti psihosocijalni faktori i sklopovi ponašanja učestvuju u razvoju ili održavanju različitih oblika psihosocijalne disfunkcionalnosti kao i da isti ti faktori mogu da dovedu do reuspostavljanja funkcionalnog doživljavanja i ponašanja. Takođe se ova procedura zasniva i na pretpostavci da su ljudski psihosocijalni problemi kontekstualni, da su na neki način funkcionalni, odnosno da predstavljaju izraz neke adaptacije na uslove života i da su integrisani u biografiju pojedinca i njegovog okruženja, odnosno da nisu strani i spolja nametnuti fenomeni nego da su integralni deo generalnog funkcionisanja osobe. Ovo objašnjava tako eksplorativnu strategiju koju psiholozi zauzimaju kada sprovode proceduru dinamske dijagnoze.

Tako, npr. iako smo mi zainteresovani za to da razumemo aktuelno ispitanikovo funkcionisanje i eventualno da predvidimo njegove reakcije u nekim specifičnim situacijama, kao što je terapija ili neka nova životna ili radna sredina i sl., da bismo dostigli to razumevanje, mi ćemo često biti usmereni ne samo na aktuelne aspekte njegovog problema nego i na njegovu prošlost i to sa ciljem da registrujemo kontinuitet i razvojnu dimenziju problema.

Takođe da bismo obezbedili potpunije razumevanje klijenta, često ćemo se usmeriti i na kontekst u kojem se njegov problem pojavljuje i kakvo specifično značenje problem može imati u različitim kontekstima u kojima klijent funkcioniše.

Polazeći od pretpostavke da su ljudski problemi ipak neki izraz adaptacije i da je potrebno stalno angažovanje osobe da bi se ti problemi održali, zanimaće nas i kako klijent doprinosi održavanju problema i šta bi mogli biti izvori otpora klijenta da problem realno reši.

S obzirom da kliničar treba da odgovori zašto se klijent ponaša baš tako kako se ponaša, očigledno je da mu je za takav odgovor potrebno mnogo pouzdanih i proverenih informacija do kojih dolazi upotrebom različitih metoda i tehnika. Upravo stoga, ova vrsta procedure kliničke procene je prilično zahtevna za kliničara u najvećoj meri zbog toga što se kliničar stalno suočava sa dilemama kako da izvrši izbor varijabli koje će uključiti u procenu, kojim metodama je najbolje da procenjuje izabrane varijable i kako da na kraju, kada prikupi mnoštvo različitih podataka, te podatke integriše u jednu smislenu, koherentnu i informativnu celinu, kako da tako zaokruženu informaciju poveže sa aktuelnim problemom ispitanika i kako da iz toga dedukuje relevantne preporuke. U poglavljima koja slede mnoga od ovih pitanja će biti detaljnije razmatrana.

❒ Prilog 10. – Primer dinamske dijagnoze

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Ljiljana Vojnović

Ispitanica Milica S. Ima 27 godina. Po zanimanju je dipl. geograf- turizmolog. Nije udata, niti zaposlena. Trenutno živi sa roditeljima, bratom blizancem i sestrom starijom godinu dana, u porodičnoj kući na salašu.

Ovo je prva hospitalizacja na psihijatriji, i uopšte prvi kontakt sa stručnjacima za mentalno zdravlje. Prijemna dijagnoza je: psihoza- disocijativna slika.

Tegobe traju 2-3 meseca, s tim da početak upadljivog ponašanja majka i sestra lociraju pre godinu dana. Kao svoj problem navodi strah da će se um skroz pomračiti, da će izgubiti kontrolu nad svojim milsima (ima „shizofrene, kontradiktorne misli, da li da se uda ili da ode u manastir"). Ima strah da će u braku umreti, i strah da će povrediti oca, koga inače jako voli, i brata („ filmovi" kako uzima nož i ubija oca, a zatim i brat umire), te dodaje „ako se to desi, otići ću u manastir". Okupirana religioznom tematikom do nivoa sumanutosti o svojoj grešnosti (jer se nije vezala „za gospoda već za momka", jer se „pričešćivala kod više duhovnika", nije izabrala samo jednog...i onda ih nije ispoštovala, njihove savete poslušala, jer se „pogordila...mislila da će postati popadija"). Na Ostrogu je bila oko mesec dana- ispovedala se stalno, i na čudnim mestima. U izlaganju je preopširna, uz gubitak centralne tendencije. Iako povremeno govori „sludila sam se" i „ovo nije depresija, već shizofrenija", uvid je tek delimičan, i nije praćen kritičnošću. Simptome ne uviđa kao deo svoje patologije, već ih objašnjava obuzetošću đavolom, od ideja grešnosti ne distancira se do kraja (s tim da bi gresi mogli biti oprostivi ako se zamonaši). Noć pre prijema tražila da pozovu sveštenika, koji je iščitao molitvu za izgnanje đavola.

Psihološko ispitivanje obavljeno je s ciljem psihodijagnostičke eksploracije ličnosti, s naglaskom na diferencijalno dijagnostički problem: da li postoji dovoljno elemenata za postavljanje dijagnoze psihoze shizofrenoh tipa, a u svrhu davanja preporuka za dalji psihoterapijski rad.

Kontakt i saradnja sa ispitanicom se naizgled lako uspostavlja. Na poziv na testiranje ispitanica reaguje automatskom poslušnošću. Međutim, vidljivi su znaci otpora, koji povremeno slabi, ali se ne prevazilazi sasvim do kraja ispitivanja. Svrsishodnost ispitivanja, i lečenja uopšte, ostala je do kraja nejasna. U situaciju ispitivanja ulazi poslušno, iz pozicije bespomoćnosti i sa očekivanjima zaštite (prva impresija „blaga, krhka devojka" izaziva zaštitnički impuls). Blaga distanciranost smanjuje se paralelno sa porastom očekivanja utehe. Na frustraciju ovih očekivanja, reaguje pasivnom agresijom, smanjenom motivacijom za ispitivanje, ali i dalje ne odbija saradnju. U odnosu prema ispitivaču primetno je da se pomera iz inferiorne ka superiornoj poziciji.

Ispitivanje intelektualnih sposobnosti svrstava ispitanicu u kategoriju prosečnih. Uočeni su elementi psihotičnog mišljenja i oštećenje koncentacije na način karakterističan za shizofreniju. Apstraktno mišljenje je očuvano, uz povremenu regresiju na funkcionalni, čak i konkretni nivo. Problemske situacije rešava planski i sistematski, putem uviđanja. Pri tom se više oslanja na prethodno stečeno znanje, nego što je efikasna u trenutnom rešavanju praktičnih problema: čim naiđe na teži problem čije rešenje nije odmah jasno i dostupno, ona se demoriše, uplaši, regredira na nivo zavisnosti i bespomoćnosti, koju koristi u manipulativne svrhe kako bi privukla pomagače - prestaje da se oslanja na svoje sposobnosti, a zapažena neiskorišćenost kapaciteta može se objasniti otpisivanjem vlastite efikasnosti. Primećena je i izrazita kognitivna rigidnost. Na anticipaciju neuspeha reaguje samohendikepiranjem, a od neuspeha se brani racionalizacijom po tipu „kiselog grožđa". Prosečan uspeh na studijama može se objasniti ulaganjem truda ispitanice koja najviše vremena provodi u Adaptiranom Detetu. Nesnalaženje tokom stažiranja, razumljivo u kontekstu strukture sposobnosti, može se potpunije objasniti uvođenjem neintelektualnih faktora.

Ličnost ispitanice najbolje se može opisati kao infantilna ličnost, sa specifičnom kombinacijom elemenata pasivno-zavisne, shizoidne i narcisoidne strukture. U prvom planu (socijalni sloj) su osobine pasivno- zavisne ličnosti: prepušta se stihijski životnom toku, donošenje važnih odluka prepušta drugome (ocu). Njena religioznost se može na isti način objasniti - Bog se savršeno uklapa u njene pasivno zavisne potrebe (dobar, blag, moćan UVEK). Doima se bespomoćno, neodlučno, poput deteta. Izrazita je njena potreba za spoljašnjim osloncem, koja je ego-sintona. Uporište ne pronalazi u sebi, pa ga traži u drugome, i to uglavnom na pasivan način - očekujući, ali i služeći se manipulativnim osećanjima. Međutim, za razliku od tipične zavisno struktuirane osobe, Milica ne oseća intenzivnu nelagodu kada je sama. Premorbidno je introvertirana, uz postojanje nezainteresovanosti za socijalne kontakte i uopšte za ljude, što je karakteristika shizoidnih ličnosti. Ljude posmatra kao instrumente za zadovoljenje vlastitih potreba i želja, isključivo u vezi sa sobom. Njen narcizam, međutim, nije uočljiv na prvi pogled, i dobija konačnu potvrdu tek na projektivnim tehnikama.

U relacije ulazi iz pozicije bespomoćnosti, pokušavajući na taj način uspostaviti simbiozu, kao dominanznan način (mal)adaptacije. Ovo se može objasniti kao prenos obrasca odnosa sa ocem i bratom, koji su najznačajnije figure u njenom životu, i za koje je vezana simbiotski. Simbiotski obrazac je sledeći: Milica je slaba, bespomoćna, a Drugi je jak, pruža pomoć, zaštitu i vođenje. Reč je o fiksiranoj simbiozi u kojoj Milica otpisuje mnoge svoje funkcije: mišljenje, osećanja, želje. Karakteristika njenih sekundarnih interpersonalnih relacija jeste površnost i neemocionalnost, usled zaokupljenosti sobom. Kada uspe ostvariti iole bliskiji odnos, onda je to na simbiotski način, uz narušavanje ego-granica.

Na dimenzijama vaspitnih stilova otac se pozicionira kao ekstremno permisivan i topao, dok odnos s majkom karakterizira distanciranost, i eventualno prikriveno neprijateljstvo u pozadini (s tim da je majka u porodici marginalna figura). Otac, kao idealni Objekt (svedavajući, nikad frustrirajući) ne ispunjava drugu važnu roditeljsku funkciju

pored davanja - učenje, koje implicira razvojno adekvatno frustriranje želja, i na taj način frustrira njene potrebe za granicama (patologija koju Milica razvija spada u patologiju granica, nasuprot patologiji deprivacije) i onemogućava razvoj u pravcu prevazilaženja simbioze, i osvajanja nezavisnosti. Zabrane koje upućuju roditelji, negiraju njena prava na odrastanje, odvajanje, mišljenje svojom glavom, hostilna osećanja i seksualnost. Zamenska, manipulativna osećanja su strah, tuga, ljubav i bespomoćnost.

Agresivne pulzije, koje ne uspeva neutralisati, tretira mehanizmima odbrane do momenta dekompenzacije: reaktivna formacija i pasivna agresija, tako da njeno neprijateljstvo ne biva prepoznato ni od nje same (narcistička struktura jako ponosna na svoje čistunstvo) niti od okoline. Usled duboko ukorenjene nesposobnosti za integrisano doživljavanje i zabrane hostilnih osećanja, ona otcepljuje agresiju i izgrađuje novi, Idealni i nestvarni Self (dobra, ispunjena ljubavlju, voli Boga, ljude, svakoga). Otcepljena agresivnost postaje afekat visoke eksplozivnosti i eruptivnosti, i prema tome teži da se isprazni - najpre okretanjem protiv sebe (autoagresija: grickanje noktiju, suicidalne ideacije). Naročito ugrožavajuća su hostilna osećanja prema Idelanom Objektu, koja u svojoj izolovanosti od ostatka ličnosti bivaju uvećana i oslobođena u simptomima, mada i tada ovi delovi autentične ličnosti ne bivaju prepoznati kao njeni (već ih pripisuje đavolu). Jasno je da Milica ima problem u toleranciji ambivalencije prema voljenim objektima.

Slično je i sa njenom seksualnošću gde takođe registruje ambivalencija0. U pozadini njene seksualne ambivalencije uočen je mehanizam rascepljivanja. Jedan deo simbolično je izražen u figuri manekenke na crtežu, a drugi u njenoj svesnoj želji da se zamonaši (manekenka i monahinja). Upadljiva je oštra polarizacija između ova dva stava: što više Milica potiskuje svoje seksualne potrebe, to iste više jačaju, a paralelno sa njima, usled osećanja krivice, kao spasonosno rešenje, sve je veća, neodgodiva želja da se zamonaši.

Nekoliko biografskih tačaka čini „crnu liniju patologije“. Na odlazak na fakultet koja je prva separacija od roditelja, reaguje regresijom, pojačanom zavisnošću od brata, u vidu „lepljivog ponašanja“ („gde on, tu i ja“) i pronalaženjem novog oslonca u obliku crkve. Studiranje koje predstavlja niz frustracija, uspešno izdržava jer sve dok ima oslonac ona može podneti različite frustracije. Nakon što je diplomirala, pojavljuju se opsedantne ideje kako ubija oca, intenzivnije ide u crkvu, biva upadljivog ponašanja. Počinje se pojačano vezivati za jednog momka (apsolvent bogoslovije), što predstavlja prvi pokušaj da izađe iz primarne simbioze, mada opet na isti simbiotski način - potpuno premešta svoje uporište na momka i unosi u vezu svoja prevelika, infantilna očekivanja. Raskid sa momkom predstavlja pored gubitka oslonca, i narcističku povredu. U tom životnom periodu prestaje i stažiranje koje je pružalo spoljašnji oslonac u vidu strukturianja vremena, ali je imalo i karakteristike frustracije - prisiljenost na kontakte, teškoće usled socijalne insuficijentnosti i apragmatičnosti. Karakterističan način reagovanja na frustracije vidljiv u istoriji adaptacije jeste pre svega regresija do pozicije bespomoćnosti uz manipulativna osećanja, a ukoliko ova manipulacija ne uspe, ona se povlači, odustaje. Konačan ishod ovih progresivno loših adaptacija jeste povlačenje iz realnosti,

beg u bolest tj. psihozu. Aktuelna razvojna faza, uticaji spoljašnje okoline koji imaju karakter dvostruke vezanosti (porodica održava zavisnost, a implicitno očekuje nezavisnost), kao i zahtevi realnosti (i samoj Milici je jasno da je vreme da se osamostali, zaposli, to je logičan sledeći korak) imaju kvalitet pritiska. Konflikt zavisnost- nezavisnost osnovni je generator poremećaja. Imajući u vidu spoljašnje povećane pritiske, i paraleno unutrašnje povećane potrebe, jasno je da su ego-kapaciteti, koji stoje na raspolaganju za prevladavanje gubitka značajne osobe (koje je za ovakvu strukturu ličnosti izuzetna frustracija i bez ovih dodatnih pritisaka) izuzetno smanjeni. Otud deklanširajući efekat raskida s dečkom, od koga se brani obrađujući ovaj događaj na psihotičan način: nije stvar u tome što ju je on ostavio, nego se ona pogrešno vezala. Fokus problema tako je pomeren sa događaja koji jeste „trigger“, da bi se oko novog fokusa razvila čitava patologija. Njeni simptomi se pri tom mogu videti kao izrazi međuigre regresivnih i kontraregresivnih potreba.

U momentu ispitivanja uočljiv je tzv. „depresivni pomak“. Depresivnost u okvirima ove patologije je maska, posledica uvida u uznemirujuća unutrašnja zbivanja. Ispod depresivnih simptoma nazire se agresivna šarža sa „acting-out“ tendencijama. Na osnovu teškoća u socijalnim relacijama, i emocionalne praznine, može se predviđati sve veća socijalna izolacija. Dominantan simptom je ambivalencija, koja je difuzna i generalizuje se na sve oblasti života. Zajedno sa ovim i polimorfna anksioznost koje nije u stanju da se oslobodi vodi ka sve većem udaljavanju od realiteta.

Poreklo problema vidi u neposlušnosti, a definiše ga „pogrešno sam se vezala“. Rešenje je „samo mi treba neko da se vežem“, „da budem dobra, poslušna, da se ispunim ljubavlju prema Bogu, ljudima, svima...“, dakle da bude poslušna= potpuno dobra (Idelani Self) i da nađe novi oslonac , ali sad onaj koji neće napustiti = Bog (Idelani Objekt). Deluje da ima autoplastičnu orjentaciju, što je povoljno sa terapijskog aspekta, međutim, promena o kojoj govori znači regresiju na prethodni nivo funkcionisanja, usled nedovoljnih ego-kapaciteta za rešavanje novog razvojnog zadatka. Način rešavanja problema predstavlja upravo deo mehanizma koji je i doveo do problema i to ga i čini nefunkcionalnim. Uloga bolesnika ide u prilog njenom vraćanju na poziciju bespomoćnosti i potkrepljena je od strane porodice. Gratifikacije regresivnih potreba su nužnost u ovom momentu, s obzirom na slabe ego-kapacitete. Preporučljiv je paralelan rad s porodicom sa ciljem prevazilaženja simbioze (fokus terapijske intervencije treba da bude ukidanje znaka jednakosti između „voleti“ i „sve dopuštati, raditi umesto nje“ tj. naučiti roditelje da razdvoje njene želje od njene ličnosti, pa kada frustriraju želje tj. postavljaju granice, pokazuju istovremeno ljubav prema njoj). Kao globalni cilj terapije može se preporučiti reintegracija otuđenih delova Selfa i tolerancija ambivalencije prema volejnim objektima, pre svega kroz davanje terapijske dozvole za hostilna osećanja, i ostala autonomna prava ličnosti. Najpodobnija vrsta terapije bila bi transakciona analiza (reparenting metoda), u kombinaciji sa principima i tehnikama sistemske porodične terapije. Postoji opasnost od zapadanja u ulogu Spasioca. Pristup kojim bi se ovo izbeglo, a da se ispitanica zadrži u terapiji, jeste tzv. „očinska podrška“- blaga, ali čvrsta ruka.

16.2.3. Procena preostale radne sposobnosti

Primer 1:

U ordinaciju vam dolazi muškarac srednjih godina sa uputom od strane lekara opšte prakse. Na uputu se nalazi zahtev za psihološkom procenom u sklopu prikupljanja dokumentacije za izlazak pred Invalidsku komisiju. Ispitanik se žali na dugogodišnje opsesivno-kompulzivne simptome zbog kojih je poslednjih par godina više vremena proveo na bolovanju nego na radnom mestu. Kao dokaz pokazuje podebeo medicinski karton sa brojnim izveštajima neuropsihijatara. Po zanimanju je pravnik u jednoj manjoj društvenoj firmi. Navodi da je opsednut strahom da će se zaraziti dodirujući predmete oko sebe, što je dovelo do toga da stalno dezinfikuje svoju okolinu. Alkoholom po nekoliko puta na dan briše sve površine, čak i garderobu i mekane delove nameštaja. Na šakama se vidi da je koža promenjena, crvena i ispucala. Godinama je pod medikamentoznom terapijom koja pokazuje nedovoljne efekte i više sedira sekundarnu depresiju nego što ga oslobađa simptoma, a u par navrata je išao i na psihoterapiju. Na početku tretmana je na par meseci bio uključen u grupu psihodinamske orijentacije, dve godine je išao kod terapeuta transakcionog usmerenja i pola godine kod bihevioralno-kognitivnog terapeuta. To mu je u početku bilo naročito stresno jer je morao da putuje u drugi grad. Terapije su davale kratkotrajne rezultate sa proređivanjem simptomatskog ponašanja, ali su se nakon završavanja tretmana tegobe ponovo intenzivirale. Po nagovoru žene probao je da potraži pomoć čak i kod predstavnika alternativne medicine, ali nije doživeo nikakvo olakšanje zbog toga. Ispitanik se žali da je izgubio svaku nadu da mu se može pomoći. Aktuelno, nakon nekoliko godina intenzivnog i neuspešnog tretmana pokazuje kritičnost da je njegovo ponašanje neprimereno i preterano, da su njegovi strahovi neopravdani, ali istovremeno negira više svaku mogućnost da može da promeni svoje ponašanje. U dogovoru sa svojim psihijatrom i lekarom opšte prakse je odlučio da izađe pred Invalidsku komisiju jer ga simptomi jako ometaju u obavljanju posla, kako zbog temeljnih priprema zbog kojih često kasni na posao, tako i zbog upadljivog ponašanja na poslu i zbog ekstremne neefikasnosti usled stalnih rituala čišćenja, što izaziva različite neprijatne komentare i reakcije kod kolega. Psihološka eksploracija se sprovodi sa ciljem procene preostale radne sposobnosti u kontekstu dijagnostikovanog opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Primer 2:

Na kliničku procenu dolazi žena u kasnim pedesetim godinama sa uputom od lekara opšte prakse sa zahtevom da se sprovede psihološko ispitivanje a u cilju pripremanja za izlazak pred Invalidsku komisiju. Ispitanica

se žali na niz somatskih tegoba, kao što su glavobolja, bolovi u abdominalnom predelu, bolovi u leđima, slabost ekstremiteta, osećaj trnjenja, vrtoglavica, jutarnja mučnina, praćenih opštim osećajem slabosti i bezvoljnosti. Navodi da je izgubila volju da bilo šta radi, da joj je jako oslabio apetit te da je u poslednje vreme izgubila na telesnoj težini, da nema strpljenja da se sa bilo kim druži i da je teška i sebi i drugima. Prvi put se obraća lekarima za pomoć iako tvrdi da ovakvo stanje traje već godinama. Tvrdi da je sama sebi pomagala, da je pila razne lekove koje je kupovala u apoteci bez lekarske asistencije. Po njenim rečima, stanje se jako pogoršalo otkako je ostala bez posla jer je otpuštena kao višak radne snage. Radila je kao fabrička radnica. Trenutno je izdržava muž koji je sezonski radnik tako da imaju ozbiljne finansijske teškoće. Ima dve ćerke koje su se udale i žive van roditeljskog doma. Ubeđena je da je više niko ne bi primio na posao i da bi joj rešenje bilo kada bi dobila invalidsku penziju. Psihološka ekploracija se sprovodi sa ciljem dijagnostičke klasifikacije i procene da li je došlo do smanjenja radne sposobnosti te da li postoje psihološki indikatori da se za ovu ispitanicu preporuči rešenje o invalidskoj penziji.

Primer 3:

U ordinaciju ulazi žena u ranim tridesetim godinama u pratnji supruga. Veoma se teško kreće i skoro potpuno se oslanja na supruga. Dolazi po uputu rukujućeg psihijatra sa zahtevom za procenom preostale radne sposobnosti u sklopu pripreme za izlazak pred Invalidsku komisiju. Ispitanica se vrlo teško izražava tako da većinu informacija daje suprug. Isptanica je vaspitačica po zanimanju. Radi u predškolskoj ustanovi u selu u kojem i živi. Pre oko dve godine je dijagnostikovan kancer uterusa nakon čega joj je izvršena histerektomija. Od tada je stalno na bolovanju. Od kada je saznala svoju dijagnozu, zbog čega joj je preporučen operativan zahvat koji kao posledicu ima nemogućnost poroda, počinje da pokazuje izmenjeno ponašanje, koje postaje veoma upadljivo nakon operacije, odnosno, nakon izlaska iz bolnice. Povlači se, odbija da jede, povremeno govori o tome da mora da je jako grešna kada ju je tako kaznio Bog, higijenski se vrlo zanemaruje, prestaje da se bavi domaćim poslovima, stalno vodi dnevnik koji je nečitljiv i suprug ima utisak da su u pitanju vrlo nepovezane misli, te da često ni nije u pitanju nikakav tekst. Suprug misli da ispitanica ima halucinacije iako ona to negira. Prima medikamentoznu terapiju koordinisanu i od strane onkologa i od strane psihijatra. U međuvremenu je imala više kraćih hospitalizacija koje su uglavnom preduzimane na intervenciju supruga a usled bizarnih samopovređivanja. Na svaki razgovor o tome da se vrati na posao postaje izuzetno uznemirena do nivoa agitacije sa autoagresivnim radnjama i sa izrazitim znacima regresivnog ponašanja. Psi-

hološka eksploracija se sprovodi sa ciljem da se procene preostale radne sposobnosti i da se razmotri potreba da se ispitanica penzioniše.

Primer 4:

Na psihološku procenu dolazi pacijentkinja stara oko četrdeset godina sa uputom od lekara opšte prakse a po preporuci rukujućeg gastroenterologa sa ciljem procene preostale radne sposobnosti. Ispitanica godinama unazad boluje od Kronove bolesti (Crohn – bolest digestivnog trakta) zbog koje je veoma često na dugim bolovanjima. Zaposlena je kao nastavnica u osnovnoj školi. Stomačne tegobe koje su nepredvidljive često je dovode u veoma neprijatnu situaciju posebno u vreme nastavnog procesa. U poslednje vreme je počela da razvija jaku brigu i osećaj neizvesnosti te da anticipira razne neprijatnosti izazvane simptomima osnovne bolesti, što je rezultiralo sa par napada panike zbog kojih je morala da prekine čas, a jednom je bilo tako dramatično da ju je jedna koleginica odvela do Hitne pomoći. Primetila je da joj se telesne tegobe pogoršavaju usled ove narasle anksioznosti. Ispitanica verbalizuje želju da i dalje ostane radno sposobna ali da joj se omogući da se prebaci na radno mesto koje ne uključuje javne nastupe i nemogućnost izlaska iz prostorije, kao što bi bilo neko mesto službenika u školi. Psihološka eksploracija se sprovodi kao deo procedure pripreme za izlazak pred Invalidsku penziju. Zadatak psihologa je da proceni stepen psihološke traumatizovanosti zbog osnovne bolesti i postojanje indikatora da se sekundarno razvija anksiozni poremećaj koji bi dodatno objektivno pogoršao i ovako ozbiljnu kliničku sliku telesnog oboljenja.

Psiholozi koji rade u kontekstu mentalnog zdravlja relativno često učestvuju u ovakvoj proceduri procene preostale radne sposobnosti klijenta. Najčešće ovu proceduru zvanično pokreće rukujući lekar pacijenta koji ga šalje kod različitih specijalista sa ciljem da pacijent sakupi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju koja se zatim prezentuje članovima Invalidske komisije. Invalidska komisija se sastoji od tri lekara različitih specijalnosti koji razmatraju prikupljenu dokumentaciju i na osnovu nje donose odluku o tome da li je radna sposobnost datog pacijenta smanjena do mere da on više trajno ili privremeno nije sposoban za rad ili je radna sposobnost specifično smanjena ali još uvek postoje radni kapaciteti pacijenta koji mu omogućavaju obavljanje nekog manje ugrožavajućeg posla. U slučaju da Komisija donese odluku o trajnoj nesposobnosti pacijenta, on se penzioniše. U slučaju odluke o privremenoj nesposobnosti, pacijent se privremeno penzioniše, a nakon izvesnog vremena se procedura procene pred Invalidskom komisijom ponavlja da bi se videlo da li su se u međuvremenu neke okolnosti promenile i u kom smeru. U slučaju da Komisija donese odluku o izmenjenoj radnoj sposobnosti, u saradnji

sa odgovarajućom službom u radnoj organizaciji u kojoj pacijent radi, traži se rešenje za pacijenta, odnosno, pacijent se premešta na odgovarajuće radno mesto ukoliko takvo radno mesto postoji. Odluka o izmenjenoj radnoj sposobnosti se tretira kao preporuka i nije obavezujuća za radnu organizaciju u kojoj klijent radi.

S obzirom da različite studije (Maruish, 2000) upućuju na nalaze da se kod više od polovine pacijenata koji se obraćaju lekarima opšte prakse i lekarima somatske medicine mogu dijagnostikovati i različiti indikatori mentalnih poremećaja ili psiholoških poteškoća ili neuroloških poremećaja, onda je razumljivo zašto će u značajnom broju slučajeva, rukujući lekar u fazi prikupljanja medicinske dokumentacije za Invalidsku komisiju, poslati pacijenta i kod psihijatra i psihologa. U svim tim slučajevima primarni cilj je da se sprovede psihodijagnostička procedura da bi se procenilo:

- da li pacijent ispoljava probleme koji zadovoljavaju kriterijume za psihijatrijsku klasifikaciju,
- da li je usled postojanja takvih problema došlo do značajnog kompromitovanja radne sposobnosti i
- da bi se u odnosu na značaj i prirodu tog uticaja procenila preostala radna sposobnost pacijenta, odnosno da li je preostala radna sposobnost dovoljna da pacijent i dalje bude radno angažovan.

Uglavnom, klijenti sa kojima se radi ovakva psihološka procena spadaju u dve grupe klijenata.

Jedna grupa su klijenti koji imaju dijagnostikovanu somatsku bolest koja zbog prirode tegoba koje uzrokuje ima za posledicu i izmenjeno psihosocijalno funkcionisanje. To su uobičajeno bolesti koje značajno utiču na promenu dotadašnjeg stila života ili koje su praćene kontinuiranim ili intenzivnim bolovima ili koje nose sa sobom visok rizik od letalnog ishoda ili koje su dovele do spolja vidljivog invaliditeta ili deformiteta. Ponekad će somatska bolest ili posledice bolesti biti provokator za razvijanje ozbiljne psihološke disfunkcionalnosti, kada ova disfunkcionalnost postaje primarni ili osnovni razlog za razmatranje preostale radne sposobnosti, kao što naslućujemo da je u trećem navedenom primeru, dok je ponekad osnovna somatska bolest i dalje primarni razlog za pokretanje procene radne sposobnosti, ali se psihološke reakcije razmatraju kao faktor koji otežava osnovnu bolest i time dodatno može da ugrozi radnu sposobnost ispitanika kao što je verovatno slučaj u poslednjem datom primeru.

Druga grupa su klijenti koji nemaju dijagnostikovanu somatsku bolest nego je razlog njihovog lošeg stanja ili smanjene funkcionalnosti isključivo ili dominantno u sferi mentalnog funkcionisanja. To su najčešće višegodišnji psihijatrijski pacijenti koji su pokazali visoku rezistentnost na

različite tretmanske pristupe ili kojima se i pored primenjenog tretmana stanje stalno pogoršava i mala je verovatnoća da će se taj trend promeniti. Ponekad će se na ovu procenu poslati i pacijenti koji nisu ranije bili tretirani u okviru psihijatrije, ali koji izveštavaju o dužem trajanju tegoba.

Uobičajeno je da se ova procena sprovodi kroz tri koraka.

Prvi je sprovođenje dijagnostičke klasifikacije po istim principima kako smo to ranije opisali.

Sledeći korak je da psiholog identifikuje koje posledice data disfunkcionalnost ima na mentalno funkcionisanje ispitanika, odnosno koje su psihičke funkcije ugrožene.

Treći korak je da to poveže sa zahtevima koje ima radno mesto ispitanika.

Tako će npr. drugačiju težinu imati šizotipalni poremećaj ličnosti ili izbegavajući poremećaj ličnosti kod osobe koja je prosvetni radnik ili pravnik u nekom preduzeću nego isti taj poremećaj kod osobe čiji posao ne uključuje stalnu komunikaciju sa saradnicima ili strankama. Veoma je važno voditi računa, ne toliko o težini same dijagnoze, koliko o tome u kojoj meri i na koji način dati problemi umanjuju radnu sposobnost, da li je radna sposobnost ugrožena globalno ili su ugrožene samo neke sposobnosti, odnosno one koje su potrebne za aktuelno radno funkcionisanje, koliko je poremećaj reverzibilan, da li postoji tretman za dati poremećaj i da li je realno na raspolaganju klijentu, te kako je do sada pacijent reagovao na tretmanske procedure. Takođe je važno voditi računa o tome da je kod nekih poremećaja u određenom procentu moguće očekivati spontanu remisiju i da se ona ne pojavljuje za svaki poremećaj nakon istog protoka vremena. Što je u pitanju teži poremećaj, to će se i remisija očekivati kasnije, tako da je u takvim slučajevima bolje preporučivati privremena rešenja, posebno ako je u pitanju relativno mlada osoba. S druge strane, izostanak remisije čak i kod relativno lakših poremećaja ali koji kompromituju radnu sposobnost, sa evidentnim izostankom poboljšanja nakon više uzastopnih tretmanskih pokušaja kod starijih osoba smanjuje verovatnoću da će doći do rešenja problema pa nema potrebe preporučivati privremena rešenja.

Vidimo tako da iako pacijent iz prvog primera ima tegobe koji se klasifikuju u takozvanu lakšu kategoriju poremećaja, odnosno kao neurotski poremećaj, tu se radi o globalno i verovatnije trajnom oštećenju radne efikasnosti. Kako smo došli do takvog zaključka? Kao prvo, pacijentovi problemi se mogu opisati kroz psihodijagnozu opsesivno-kompulsivnog poremećaja. Kao drugo, nakon sprovedene psihološke eksploracije konstatovano je da su ispitanikove kognitivne sposobnosti iznadprosečne ali vrlo neujednačene u smislu lošije iskorišćenosti kapaciteta, lošeg rešavanja socijalnih i praktičnih problema i nemogućnosti odvajanja bitnog od ne-

bitnog. Sa ovako specifičnim kognitivnim stilom ovaj ispitanik ne uspeva da apstrahuje bitne elemente različitih događaja i zadataka koje treba da rešava nego se nepotrebno zadržava na detaljima sa rastućom tenzijom i nezadovoljstvom i sve većim strahom od greške. Registruje se visok i nekonstruktivan perfekcionizam uz preteranu kontrolu agresivnih impulsa i smanjenu toleranciju na anksioznost. Ovo u značajnoj meri objašnjava održavanje opsesivno-kompulzivne simptomatologije kao i pokazanu rezistentnost na primenjene tretmane. Ovako ugrožene mentalne funkcije i stepen izraženog neuroticizma pacijenta ugrožavaju globalno i na socijalnom i na emotivnom i na planu radne efikasnosti.

Zadatak 4.

Pokušajte da kroz ostala tri prezentovana primera sa početka poglavlja pretpostavite koje bi dijagnostičke alternative došle u obzir, koji podaci bi vam trebali još da biste mogli da procenite preostalu radnu spsosobnosti i koje bi preporuke mogli naverovatnije da ponudite.

S obzirom na značaj posledica po dalji kvalitet života ispitanika, ispitanici mogu situaciji psihološke procene da pristupe sa namerom da prenaglase svoje tegobe ukoliko su motivisani za pozitivnu ocenu od Invalidske komisije ili da prenaglase svoju funkcionalnost ukoliko su zainteresovani za negativnu ocenu Komisije. Ovo je važno imati na umu, ponovo naglašavamo ne zato da bismo detektivski prepoznavali „simulante“ ili „disimulante“ nego da bismo uzeli u obzir eventualni uticaj takve namere na krajnje rezultate procene. Pozivamo studenta da povodom ove teme ponovo pogleda prilog 4 u poglavlju 13.

Važno je na kraju naglasiti da se, slično kao i kod najvećeg broja drugih zadataka kliničke procene, od psihologa traži mišljenje, odnosno argumentovana preporuka, a ne i konačno rešenje.

16.2.4. Preporuke u vezi tretmana

Dijagnoza kao kriterijum

Primer 1.

Na psihološku procenu dolazi devojka, stara 23 godine. Šalje je rukujući psihijatar sa ciljem procene podobnosti za tretman. Uputna dijagnoza je fobija. Ispitanica se žali na intenzivan strah od loših vremenskih prilika, na prvom mestu od vetra i grmljavine. U situacijama kada se naslućuje oluja, ispitanica postaje intenzivno uznemirena, plačljiva, dezorganizova-

nog izbegavajućeg ponašanja do nivoa panike i takvo osećanje i ponašanje ispoljava dok se vreme ne poboljša. Ovo je u značajnoj meri ograničava u kretanju i time u izvršavanju različitih obaveza koje su vezane za izlazak iz kuće. Tegobe traju poslednih pet godina. Ispitanica ih ne povezuje ni sa čim i navodi da se odjednom počela bojati. Završila je srednju školu, nikada nije bila zaposlena. Živi sa roditeljima koji je izdržavaju. Nikada nije bila u bilo kakvoj emotivnoj vezi. Aktuelno, roditelji vrše pritisak na nju da se zaposli, što ona ne vidi kao moguće zbog svojih tegoba. Sa roditeljima je u vrlo komplikovanim odnosima. Izuzetno su upućeni jedni na druge sa izolacijom u odnosu na okolinu, ali su njihove relacije često opterećene burnim svađama, pa i fizičkim obračunima. Navodi da je sve vreme na medikamentoznom tretmanu, ali da nije bila hospitalizovana, mada je povremeno toliko uznemirena da smatra da bi joj to dobro došlo, a misli i da bi roditelji onda shvatili da je ona zaista bolesna i da je nesposobna za rad. U toku dijagnostičke procedure smenjuje ponašanja sugestibilnosti i preterane vodljivosti i očigledne želje da se dopadne sa ponašanjem distanciranja i verbalne agresije u situacijama kada se započne tema o njenim resursima da se osamostali.

Primer 2.

Na psihološku eksploraciju dolazi žena u ranim četrdesetim godinama. Šalje je rukujući neuropsihijatar sa ciljem procene podobnosti za psihoterapijski tretman. Uputna dijagnoza je fobija. Ispitanica se žali na strah od ptica. Navodi da ih nikada nije naročito volela ali da ipak nije osećala strah. Pojavu povezuje sa neprijatnim iskustvom koje je imala pre nekoliko meseci kada joj je kroz otvoren prozor od kancelarije uleteo jedan golub i unezvereno leteo praveći veliki nered i buku. Kaže da je bila prestravljena da će naleteti na nju i, specifično, da će joj uleteti u kosu i da će je izgrebati i iskljucati po licu i glavi a da ona neće moći da ga se oslobodi. Toliko se uplašila da joj je pozlilo i muž je došao po nju da je odvede kući. Nakon tog događaja, prvo je na ulici postala svesna prisustva ptica i počela je da oseća sve veću nelagodu, tako da je prestala da ide peške na posao i da otvara prozore, a sada je došlo do toga da više uopšte ne izlazi napolje i usled toga je na bolovanju već par nedelja. Jedva i na nagovor supruga je uspela da dođe i kod neuropsihijatra. Shvata da je strah prenaglašen, naziva ga fobijom i procenjuje da joj je potrebna hitna stručna pomoć jer ju je jako sramota pred decom što pravi takvu paniku oko „običnih ptica". Inače, za sebe smatra da je normalna osoba, možda malo više tiha i povučena, posvećena svojoj porodici. Najboljeg prijatelja vidi u svom suprugu koji joj je velika podrška. Do sada se nikada nije obraćala psihijatru niti je bilo ko iz njene porodice imao potrebu za tim. Smatra da su svi iz porodice

obični, fini i lepo vaspitani ljudi koji nisu nikada ni sebi ni drugima pravili probleme.

Iz dva navedena primera vidimo da ćemo, iako su nam poslate dve ispitanice čiji je sklop simptoma dobio isto dijagnostičko rešenje, najverovatnije imati različita tretmanska rešenja za njih i što se tiče formalnih aspekata terapije, kao što su dužina trajanja tretmana i učestalost terapijskih seansi, tako i što se tiče suštinskih aspekata terapije koji se odnose na preporučeni terapijski modalitet i tehnike i procedure. Naime, iako je dijagnoza jedan od osnovnih kriterijuma za to koji će tretman biti preporučen ili koji će biti isključen sa spiska preporučenih tretmana, istraživanja pokazuju da je ona daleko od dovoljnog kriterijuma, čak upućuju na to da je i precenjen kriterijum, te da bi oslanjanje samo na nju često dalo neadekvatne preporuke (Clarkin & Mattis, 1991; Maruish, 2004). Ovo proizilazi prvenstveno iz već pominjanog problema da mi do sada nismo uspeli da opišemo jasnu vezu između simptomatologije i etiologije, te ni veza između dijagnoze i tretmana nije jednostavna. Upravo stoga, da bismo mogli da obezbedimo kvalitetnu tretmansku preporuku, nužno je da idemo dalje od dijagnostičke klasifikacije i da se posvetimo proceni različitih varijabli koje preciznije opisuju klijenta.

Elementi preporuke za tretman

Tradicionalno, generalne oblasti na koje se obraća pažnja kada se razmatraju pitanja procene podobnosti kljenta za psihološki tretman ili elemenata na osnovu kojih se konstruiše plan tretmana su:

- Procena *tretabilnosti problema*, odnosno da li dati problem klijenta spada u one za koje postoji evidencija da se mogu tretirati psihološkim putem ili empirijski podaci upozoravaju na visoku rezistentnost na psihosocijalne intervencije, kao što su npr. problem prevelike telesne težine, antisocijalni poremećaj ličnosti, manično-depresivna psihoza i sl. (Seligman, 1994).
- Procena *kvaliteta spremnosti klijenta za psihološku promenu*, odnosno da li klijent prepoznaje da je njegov problem povezan sa njegovim ponašanjem, razmišljanjem, doživljajima, navikama, strategijama rešavanja problema i sl. i u kojoj meri je spreman da takva ponašanja koriguje, šta je spreman da koriguje, koja očekivanja ima od sebe u tretmanu a koja od terapeuta, da li ima realna očekivanja i na sebe usmerena ili ta očekivanja uključuju promene okoline i onih elemenata nad kojima on nema kontrolu i sl. Postoji više modela koji organizuju varijable na osnovu kojih se procenjuju ove karakteristike klijenta i o njima će uskoro biti više reči.

- Procena *indikacionog područja* radi preporuke tipa tretmana, odnosno procena da li određeni elementi problema klijenta ili njegovih ekstradijagnostičkih faktora, kao što su pol, starost, kvalitet socijalne podrške, kulturna specifičnost, inteligencija, sklonost ka razvijanju otpora i sl. upućuju na potrebu da se preporuči neki određeni tretman jer dostupni empirijski podaci ukazuju na specifičnu osetljivost problema ili drugih faktora prisutnih kod klijenta na određenu grupu bioloških ili psihosocijalnih intervencija, kao što npr. podaci ukazuju na dobru responzivnost osoba sa paničnim poremećajima na određene intervencije iz kruga kognitivno-bihevioralnih intervencija (Beck & Zebb, 1994) kao i bolju reakciju teško depresivnih klijenata kada se u tretman uključi medikamentozni tretman (Leichsenring, 2001). I o ovim faktorima će uskoro biti više reči.
- Procena *mogućih poteškoća*, odnosno procena da li postoje neki faktori koji bi mogli da ugroze odvijanje tretmana bilo da potiču od strane samog klijenta, kao što bi npr. bili faktor niske motivacije ili niske inteligencije ili prisustva teškog telesnog oštećenja koje ga ograničava u kretanju, bilo da potiču od spoljašnjih okolnosti, kao što je npr. loša organizacija psihijatrijsko-psihološke službe, nepostojanje adekvatnog terapeuta i sl.

Groth-Marnat (2003) daje nešto konkretnija uputstva i navodi da davanje dobre tretmanske preporuke podrazumeva odgovaranje na sledeća pitanja:

- pitanje *setinga tretmana*, odnosno da li tretman treba da se odvija u hospitalnim, poluhospitalnim ili ambulantnim uslovima,
- pitanje *intenziteta tretmana*, odnosno koliko često treba da se odvijaju seanse, da li terapija treba da bude kratka ili duga, da li unapred vremenski ograničena ili sa otvorenim krajem,
- pitanje *formata*, odnosno da li će biti individualna, grupna, porodična,
- pitanje *ciljeva*, odnosno koji su kratkoročni, a koji dugoročni ciljevi tretmana, da li se ciljevi tiču simptomatskog olakšanja ili nekih strukturalnih personalnih promena, da li postoje neki urgentni kratkoročni ciljevi na koje treba odmah reagovati, kao što je hitna hospitalizacija, rešavanje ozbiljnih suicidalnih ili homicidalnih namera, rešavanje ozbiljne somatske deteriroracije u okviru mentalne anoreksije i sl.
- pitanje *terapijskog modaliteta*, odnosno da li klijenta treba uputiti na terpeuta koji sprovodi terapiju određene terapijske škole,
- pitanje *specifične terapijske strategije, metoda i tehnika*, odnosno faza kroz koje bi tretman trebalo da teče, koje podciljeve treba da postigne i koje su tehnike preporučene, a koje verovatno ne bi dale rezultate.

Da bi se dobili odgovori na ovakve i slične spiskove pitanja, očigledno je da kliničar treba da poseduje daleko šira znanja i veštine od onih koje su

potrebne da bi se samo interpretirali testovni rezultati ili da bi se ustanovili dijagnostički indikatori i da je nužno u kliničku procenu uključiti i procenu specifičnog problema klijenta, zatim klijentovih resursa, klijentovih personalnih karakteristika i karakteristika okruženja u kojem klijent živi kao i svih onih elemenata koji mogu imati motivatorsku ulogu ili koji mogu biti izvor otpora u tretmanu.

Problemi i modeli selekcije relevantnih varijabli

Pa i pored toga što nas navođenje elemenata koje treba da sadrži tretmanska preporuka u izvesnoj meri usmerava na to koje su to oblasti u vezi kojih treba tražiti odgovor i koje su to generalne oblasti koje treba pratiti, ako bismo imali zadatak da damo tretmansku preporuku za nekog konkretnog pacijenta, i dalje bismo imali problem. Ono što nam još uvek nije poznato, to je koje su to specifične varijable koje treba da procenjujemo, odnosno koje su to karakteristike klijenta i njegovog problema a čije poznavanje će nam dati dovoljno podataka da donesemo odluku o tome koja vrsta tretmana bi dala najbolje rezultate sa datim klijentom. U odnosu na ovo pitanje ima mnoštvo odgovora.

Neki odgovori proizilaze iz teorijskih modela nagoveštavajući da su to obično podaci o onim varijablama koje i inače po tom modelu učestvuju u razvoju psihopatoloških manifestacija. Primeri za ovu vrstu izbora su dati u poglavlju o uticaju teorijskog modela na proces odlučivanja kliničara o važnim aspektima kliničke procene. Problemi sa datom vrstom rešenja mogu da se pojave ukoliko kliničar pokazuje pristrasnost u odnosu na neki terapijski modalitet koji nije dovoljno empirijski evaluiran ili čak i ako jeste validiran da kliničar ipak zanemari empirijske nalaze koji ukazuju na ograničenu efikasnost tog modaliteta i zavisnost terapijskih efekata od istaknutih karakteristika klijenata, pa kao rezultat te pristrasnosti neselektivno za sve klijente preporučuje isti terapijski modalitet. Npr. Beutler i saradnici (1994, 2004) ukazuju da kognitivno bihevioralni tretman pokazuje bolje efekte sa klijentima koji su eksternalizirajući, dok je suportivni i nedirektivni metod bolji sa internalizirajućim klijentima. Takođe se kao zabluda često pokazuje uverenje da je komunikacija empatije i prihvatanja nužna u svakom terapijskom procesu. Isti autori nalaze da je ona kontraindikovana sa klijentima koji su sumnjičavi i nisko motivisani za promenu. Ovakvi nalazi nalažu da, iako je oslanjanje na teorijski model ne samo legitimno nego i poželjno jer dosledno organizuje proces kliničke procene, da je ipak nužno da kliničar dobro poznaje indikaciono područje onih terapijskih modaliteta koje u svojoj praksi preporučuje kao tretmane izbora.

Neki se odgovori, međutim, formulišu prvenstveno na osnovu rezultata brojnih empirijskih studija koje su poslednjih decenija preduzimane da

bi se prepoznali prediktori uspeha ili neuspeha psihosocijalnih intervencija. Istraživanja, koja su se prvenstveno bavila komparacijom različitih tretmanskih pristupa da bi se ustanovilo koji je od pristupa najefikasniji, su vremenom dala rezultate koji su uglavnom ukazivali na takozvani „paradoks ekvivalencije". Dosledno su dobijani podaci da terapijski modaliteti daju efekte koji se međusobno značajno ne razlikuju (Ahn & Wampold, 2001; Wampold, 2000; Gavrilov-Jerković, 2003).

Različiti autori su različito reagovali na ovakve rezultate i objašnjavali ih na različite načine (Gavrilov-Jerković, 2003). Posebno su za polje kliničke procene informativna dva pristupa, pristup eksploracije nespecifičnih faktora i pristup eksploracije klijentovih karakteristika.

Relativno su brojni oni koji fenomen „paradoksa ekvivalencije" tumače pretpostavkom da ova jednakost efekata različitih terapijskih pristupa proizilazi iz činjenice da se psihoterapijske škole razlikuju samo po manifestnim karakteristikama, terminologiji i tehnologiji, a da se promena kod klijenta ustvari provocira nekim opštim, nespecifičnim faktorima, koji se nalaze u osnovi svih terapijskih modaliteta. Ti opšti faktori (Frank, 1973) obuhvataju npr. buđenje nade ili terapijsku relaciju ili novo emocionalno iskustvo ili davanje novog značenja problemima ili strukturiranje koraka za rešavanje problema i sl. Konsekvence ovakvog pristupa na proceduru kliničke procene su te da se smatra da procena ne doprinosi značajno tretmanu jer nema potrebe da se detaljno ispituju bilo koji specifični faktori, pošto će ionako različiti pristupi dati slične krajnje rezultate. Eventualno, kliničar se može usmeriti na procenu onih varijabli koje mogu poboljšati relaciju klijenta i terpeuta, odnosno, procena treba da bude usmerena na registrovanje toga šta klijent očekuje od tretmana i sa kojim terapeutom bi realizovao najbolju relaciju (Norcross, 2002).

Pristup eksploracije klijentovih karakteristika ima drugačije objašnjenje „paradoksa ekvivalencije". Protagonisti ovog pristupa (Beutler, Malik, Talebi, Fleming & Moleiro, 2004) tvrde da je ovaj fenomen samo artefakt uprosečavanja efekata tretmana jer se u istraživanjima efekata tretmana nedovoljno vodi računa o specifičnostima klijenata i o potrebi da se u skladu sa tim specifičnostima preporuče specifični tretmani.

Na primer, zamislimo da hoćemo da uporedimo efekat tehnike konfrontacije i tehnike interpretacije u radu sa depresivnim pacijentima. U tom slučaju ćemo najverovatnije okupiti određeni broj depresivnih pacijenata i, vodeći računa o polnoj zastupljenosti, starosti i stepenu izraženosti depresivnosti, podelićemo ih u dve ujednačene grupe i zatim ćemo na jednu grupu primeniti tehniku konfrontacije a na drugu grupu tehniku interpretacije da bismo videli koja će grupa više napredovati. U skladu sa dosadašnjim rezultatima sličnih istraživačkih nacrta, velika je verovatnoća da će obe grupe podjednako napredovati. Po autorima ovog pristupa, ovakav rezultat

je dobijen, ne zato što su ispitivane dve tehnike jednako efikasne, nego zato što su one diferencijalno efikasne za različite pacijente, ali se to ne vidi jer se te razlike međusobno potiru. To bi značilo da ako je npr. konfrontacija realno efikasnija za pacijente koji su više skloni eksternalizaciji ili koji su depresivniji ili koji su slabije motivisani i sl., a interpretacija za pacijente koji su sve suprotno, a obe grupe imaju i jedne i druge pacijente, onda će svaka tehnika biti efikasna za jedan (različit) deo uzorka u svakoj grupi a za drugi deo uzorka neće biti efikasna. Ako se posmatra samo ukupna efikasnost svake grupe, onda će se ti rezultati uprosečiti i na kraju će delovati da su tehnike jednako efikasne, a da je realno konfrontacija specifično efikasna za ekternalizujući depresivniji i nemotivisani poduzorak svake grupe a interpretacija za internalizujući, manje depresivni i motivisaniji poduzorak svake grupe tako da će svaka grupa imati i one koji pozitivno reaguju na jednu intervenciju a negativno na drugu i one koji pozitivno reaguju na drugu intervenciju a negativno na prvu. Ovo će stvoriti iluziju o jednakom učinku ispitanih intervencija na depresivne pacijente, i istovremeno se neće prepoznati stvarna diferencijalna vrednost ispitivanih tehnika.

Zaključeno je da je potrebno da se temeljno ispitaju različite karakteristike klijenata da bi se odredilo koje od njih se pojavljuju kao relevantni prediktori diferencijalnog odgovora na koje tretmanske procedure ili tretmanske uslove. Beutler i saradnici (1994, 2002, 2004) su nakon skoro dve decenije bavljenja ovim pitanjima i istražujući stotinu različitih karakteristika klijenata u kontekstima brojnih tretmanskih uslova razvili model za selekciju tretmanskih preporuka baziran na empirijskoj identifikaciji relevantnih klijentovih karakteristika.

Empirijski zasnovana selekcija tretmana

Beutler i saradnici su sistematski istraživali veliki broj različitih varijabli koje su se u različitim pojedinačnim istraživanjima pokazale kao povezane sa ishodom tretmana i izdvojili su one karakteristike pacijenata koje objašnjavaju najveći procenat varijanse terapijskog ishoda. Na ovaj način su do sada izdvojili sedam dimenzija i istražili specifičnu povezanost tih dimenzija sa različitim odlikama tretmana. Na osnovu nalaza do kojih su došli, date dimenzije su preporučili kao osnovne kriterijume koje treba pratiti prilikom procene klijenta i za svaki kriterijum su naveli kako je povezan sa ishodom tretmana. Sledi spisak kriterijuma i sa njima povezanih tretmanskih preporuka.

Prvi kriterijum je *stepen oštećenja funkcionalnosti pacijenta*, odnosno, ozbiljnost problema i konsekvenci koje problem ima na psihosocijalno funkcionisanje klijenta. Neki od indikatora (Groth-Marnat, 2003; Koocher, Norcross, Hill, 2005) na osnovu kojih se dijagnostikuje ova dimenzija su:

- postojanje problema koji ometaju klijenta da učestvuje u testovnom ispitivanju, kao što je prisustvo različitih simptoma koji interferiraju sa uspostavljanjem ili održavanjem komunikacije i problemi sa koncentracijom tokom testiranja,
- prostorna ili vremenska dezorijentacija,
- generalno smanjena sposobnost da obavlja svakodnevne aktivnosti i da brine o sebi,
- podaci o povremenim ili skorim epizodama nekontrolisanog nasilja ili onesposobljavanja sebe kroz zloupotrebu supstanci ili kroz ponovljene suicidalne pokušaje,
- podaci o propadanju socijalne ili radne efikasnosti i sl.

Ovi podaci se dobijaju kroz klinički intervju, kroz heteroanamnestičke podatke, ali i preko odgovora na psihološkim testovima, kao što su klinički testovi sposobnosti, samoopisne tehnike ili projektivne tehnike. Kroz intervju, anamnestičke podatke i posmatranje možemo da dobijemo podatke o problematičnom ponašanju, razvoju takvog ponašanja, uslovima u kojima se ono formiralo, mehanizmima kojima se održava i posledicama koje to ponašanje ima po funkcionisanje ispitanika u različitim oblastima. Na VITI-u bi nam bili informativni podaci koji bi ukazivali na jako velike razlike među pojedinim sposobnostima a koje ne bi mogle biti objašnjene specifičnošću interesovanja ili samo kognitivnim stilom, kao i podaci o nivou sposobnosti koji je daleko od očekivanog s obzirom na stepen obrazovanja ili prethodno životno iskustvo. Na MMPI–u je posebno indikativno povećanje takozvanih psihotičnih skala ali i generalno povećanje svih skala a da se pri tome isključuje simulacija. Takođe i visoki skorovi na Bekovom inventaru depresivnosti ili na Trait skali STAI-a mogu da ukažu na visok nivo ozbiljnosti problema, mada ovaj podatak ne treba uzimati izolovano jer on više govori o subjektivnoj patnji nego o ozbiljnosti problema. Zato ove podatke razmatramo kao indikatore ozbiljnosti problema samo ako postoje drugi podaci koji ukazuju na objektivne, manifestne znake disfunkcionalnog ponašanja klijenta. Na projektivnim tehnikama elementi osiromašenja produkcije ili izrazito bizarne projekcije isto imaju status znaka da je moguće da se radi o ozbiljnom problemu.

U ranijim istraživačkim nacrtima, ovaj kriterijum je u sebe uključivao i nivo funkcionalne deterioracije i stepen subjektivne patnje (Beutler, Wakefield & Williams, 1994) pa su dobijani veoma nedosledni rezultati o njegovoj prediktivnoj moći u smislu da je nekad postojala negativna veza, a nekad pozitivna veza sa ishodom tretmana, a nekad je veza izostajala. Strupp, Horowitz i Lambert (1997) su prepoznali da se ovakvi rezultati dobijaju zato što se ne pravi razlika između socijalne, odnosno, objektivne disfunkcionalnosti i subjektivnog doživljaja patnje zbog tegoba. U studijama koje

prate samo jedan nivo ili ih jasno razdvajaju, rezultati dosledno pokazuju da je stepen socijalne disfunkcionalnosti negativno povezan sa pozitivnim ishodom tretmana. Istraživanja pokazuju da visok nivo nefunkcionalnosti predviđa lošiji terapijski ishod nezavisno od vrste tretmana, čak i kada se prati efikasnost medikamentoznog tretmana (Hoencamp, Haffmans, Dulvenvoorden, Knegtering & Dijken, 1994). Međutim, podatak o nivou funkcionisanja ima i druge vrednosti u procesu kliničke procene od toga da je pouzdan prediktor negativnog ishoda tretmana.

Podatak o pacijentovom nivou funkcionisanja doprinosi prvenstveno odlukama o sledećim aspektima tretmana:

- Intenzitet tretmana, odnosno koliko često i koliko dugo treba da se odvija tretman sa datim pacijentom: Podaci ukazuju da veći stepen ozbiljnosti problema zahteva intenzivniji i duži tretman i da se sa dužinom tretmana, nezavisno od vrste tretmana povećava šansa da pacijent ipak napreduje, što nije slučaj sa manje ozbiljnim problemima čiji progres nije u tako linearnom odnosu sa dužinom tretmana (Shapiro, Barkham, Rees, Hardy, Reynolds, & Startup, 1994). Brown i Barlow (1995) navode da se po rezultatima njihovog istraživanja može govoriti čak o potrebi za nekom vrstom permanentnog tretmana sa osobama koje imaju ozbiljne probleme jer se u ovoj grupi ispitanika pojavljuju znaci recidiva nakon dve godine od pozitivno okončanog tretmana za razliku od grupe tretiranih osoba sa manje ozbiljnom problematikom među kojima su pozitivni efekti trajni. Duži tretman se savetuje i za osobe sa graničnim poremećajem ličnosti, zatim za one koji su i premorbidno lošije funkcionisali, za osobe kod kojih su spoljašnji stresori od manjeg značaja za nastanak ili održavanje problema u poređenju sa unutrašnjim faktorima, za uzrast od 25 do 50 godina i za osobe sa lošijom socijalnom podrškom. Takođe, duži tretman će biti potreban ako se primenjuje tretman koji je na uvid orijentisan. Obrnuto, kraći tretman će se savetovati za akutne probleme kao što su poremećaji prilagođavanja i poremećaji reaktivne prorode, za osobe sa dobrim premorbidnim funkcionisanjem, kada je spoljašnji stresor važniji za početak i održavanje tegoba od unutrašnjeg, kod intervencija koje su strukturirane, aktivne i direktivne, kod dece i adolescenata, kao i kod starijih od pedeset godina i kod osoba koje imaju dobru socijalnu podršku.
- Seting tretmana, odnosno da li pacijent treba da se tretira u hospitalnim ili ambulantnim uslovima: Hospitalizacija se savetuje kod psihotičnih stanja, kod manično-depresivnih psihoza, kod major depresije sa suicidalnim idejama kod organski izmenjenih pacijenata u stanju neke dekompenzacije i sl. Za razliku od ovoga, ambulantni tretman se savetuje kod manje ozbiljnih problema kao što su reakcije prilagođavanja ili umerena depresivna epizoda i kod osoba sa boljom socijalnom podrškom.

- Tip tretmana koji obuhvata i to da li je bolje pacijenta uključiti u neki psihosocijalni tretman, da li sprovoditi samo medikamentozni tretman ili ga kombinovati sa psihološkim, kao i to koja vrsta intervencije će verovatnije dati bolje rezultate: Što je ozbiljnija problematika, veća je verovatnoća da će uključivanje medikamentne terapije biti produktivnije. Medikamenti se uvode da bi se uspostavilo do izvesne mere stabilizovanje stanja pacijenta, kupiranje psihotičnih simptoma i adekvatno aktiviranje i da bi se tako pacijentima omogućilo da počnu da participiraju i u drugim formama tretmana. Takođe se medikamentozni tretman savetuje i kada su u kliničku sliku uključeni elementi vegetativnih simptoma i somatskih žalbi.
- Urgentnost tretmana, odnosno, da li je potrebno neke ciljeve hitno ostvariti: Stanja dezorijentacije, postojanje suicidalnih ili homicidalnih ideja, akutna psihotična epizoda i sl. zahtevaju da se hitno reaguje i da se akcenat stavi na najurgentnije simptome koji se odmah moraju rešavati.

Zadatak 5.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Drugi krietrijum je *postojanje i intenzitet subjektivne patnje*. Ovaj kriterijum se odnosi na to u kojem stepenu pacijent izjavljuje da se oseća uznemiren, anksiozan, depresivan, bezvoljan, očajan, umoran, da doživljava bolove, da se optužuje, obezvređuje, da doživljava napetost, iziritiranost i sl. Beutler i Harwood (2000), ističu sledeće indikatore koji ukazuju na visoku izraženest ovog kriterijuma:

- motorna agitacija
- visoko emocionalno uzbuđenje,
- slaba koncentracija
- prisustvo vegetativnih simptoma
- hiperventilacija,
- ekscitiranost
- hipervigilnost

Podaci o ovim indikatorima se mogu dobiti kroz sve tehnike koje se svakodnevno primenjuju u praksi psihologa. S obzirom da je u pitanju subjektivna patnja, za očekivati je da će se informacije najpre dobiti putem naturalističkih tehnika procene i samoopisnih tehnika. Ali se indikatori uznemirenosti mogu primetiti i na VITI-u kroz postojanje skatera koji uka-

zuje na prisustvo anksioznosti ili depresivne usporenosti. Na MMPI-u su najbolji indikatori umereno povišenje na F skali i sniženje na K skali, a od kliničkih skala su najoseljivije D i Pt skala, kao i An skala od dodatih skala. Jednako su indikativna povišenja na skalama L, K i Hy, ali u pravcu snižene emocionalne uznemirenosti i posledično i snižene motivacije za promenu. Niska Pt skala uz povišenje na ostalim kliničkim skalama indikuje slabije zalaganje klijenta u terapiji (Groth Marnat, 2003). Za procenu subjektivnog distresa su preporučeni instrumenti kao što su ček liste simptoma ili inventari emocionalnih stanja (npr. Derogatisova ček lista simptoma 90-R ili STAI ili BDI).

Različiti teorijski modeli ističu važnost distresa u tretmanu kao faktora koji motiviše klijenta i da traži pomoć i da učestvuje u terapiji. Empirijski podaci uglavnom ovu pretpostavku potvrđuju. Najveći broj studija ukazuju na to da psihoterapijski tretmani najbolje rezultate daju upravo među onim pacijentima koji su na početku tretmana imali više izražen osećaj subjektivne patnje (Lambert, 1994). Ovo se naročito odnosi na pacijente sa srednje izraženom depresijom i generalnom anksioznošću.

Međutim, ima i studija koje govore o specifičnoj povezanosti distresa i efikasnosti tretmana i koje nas upozoravaju da ne smemo olako uzimati u razmatranje podatak o izraženosti subjektivne patnje kod pacijenta, kandidata za tretman. Tako po Groth-Marnatu (2003) možemo očekivati da će nizak nivo subjektivne patnje imati za posledicu izostanak motivacije da osoba nešto promeni u svom ponašanju ili doživljavanju, srednji nivo uznemirenosti će verovatno motivisati klijenta da se zalaže i aktivira u pronalaženju rešenja za sebe, ali izrazito visok nivo uznemirenosti će biti ometajući i rezultiraće u opadanju sposobnosti da se rešavaju problemi. Beutler i saradnici (2004) navode da se kod pacijenata kod kojih je dijagnostikovan i poremećaj ličnosti ili koji primarno ili uz ostale navode i somatske tegobe, veći distres ne pojavljuje kao pouzdan prediktor uspeha psihološkog tretmana. Blanshard, Schwartz, Neff i Gerardi (1988) nalaze da je stepen anksioznosti meren inventarom STAI kod pacijentanta sa sindromom iritabilne bešike prediktor lošijeg ishoda! Jacob, Turner, Szekely i Eldelman (1983) dobijaju zanimljiv rezultat u radu sa osobama koje su se nalazile na tretmanu glavobolje. Pacijenti sa visokim rezultatom na BDI su postizali lošije krajnje rezultate u okviru tretmana bihevioralnim metodama od onih sa početnom nižom depresivnošću. Najbolje rezultate su postigli pacijenti sa nižom do srednje izraženom depresivnošću kada su bili tretirani metodom relaksacije. Sa ovom temom su povezana i istraživanja efikasnosti metode debrifinga (debrief) koje se koriste sa osobama koje su doživele neku traumu. Ono što je veoma zanimljivo je da se ova metoda i dalje primenjuje i pored toga što su rezultati o njenoj efikasnosti vrlo indikativni. Tako Gist i Woodall (2000) izveštavaju da rana psihosocijalna

intervencija sa traumatizovanima nema nikakvu protektivnu ulogu, odnosno ne sprečava niti umanjuje šanse da se razvije psihopatološka reakcija. Chemtob, Nakashima i Carlson (2002) ukazuju da se pozitivni efekti od debrifinga mogu očekivati samo kod osoba koje su doživele neku masovnu traumu ili su imale iskustvo neke masovne katastrofe, prirodne nesreće i sl. Bisson, Jenkins, Alexander i Bannister (1997) čak navode da kod osoba koje su imale individualno iskustvo traume, ova vrsta intervencije može dovesti do pogoršanja.

Još je jedna stvar važna kada se razmatra ovaj kriterijum kao vodič za procenu podobnosti klijenta za tretman, a to je da se on veoma lako može pomešati sa prethodnim kriterijumom. Ovo je važno zato što se ova dva kriterijuma u većoj meri ponašaju suprotno kao prediktori uspeha tretmana. Naime, dok se prvi kriterijum pokazuje kao otežavajući faktor, dotle je za tretman poželjnije da klijent oseća barem srednje izražen subjektivni distres jer bez njega teško možemo očekivati klijentovo angažovanje.

Groth Marnat (2003) sumira brojne nalaze Beutlera i saradnika i daje sledeće preporuke u vezi kriterijuma subjektivnog distresa:

- Kod izrazito visokog distresa, nužno je preduzeti urgentnu intervenciju čiji je kratkoročni cilj smanjenje uznemirenosti, dok dugoročni zavisi od ostalih faktora.
- Kod osoba sa srednje izraženim distresom terapeutu su na raspolaganju brojni pristupi, s tim da se bolji rezultati postižu ako su uključeni neki elementi relaksacije, oslobađanja od napetosti.
- Kod osoba sa prisutnim fiziološkim znacima uznemirenosti preporučljive su tehnike koje uključuju u sebe upravo različite forme telesne relaksacije, čak i vežbe aerobika.
- Kod osoba kod kojih je distres više socijalno uslovljen ili je povezan sa specifičnim personalnim stilom klijenta, različite bihevioralno-kognitivne tehnike su efikasne, kao i tehnike grupnih humanističkih tretmana i suportivnih pristupa.
- Kod depresivnih klijenata sa izrazito naglašenim subjektivnim distresom, bolji rezultati se postižu interpersonalnom formom psihoterapije nego kognitivno-bihevioralnom.
- Upotreba medikamenata je preporučljiva kod visoko izražene uznemirenosti, ali se bolji efekti postižu kroz kombinaciju sa psihološkim metodama kao i sa relativno brzim smanjenjem i prekidanjem oslanjanja na medikamente.
- Od osoba koje ispoljavaju psihopatološke simptome i čije ponašanje jeste po zvaničnim kriterijumima disfunkcionalno, ali iz različitih razloga ne izveštavaju o subjektivnom distresu ili negiraju psihološku prirodu svojih tegoba, generalno možemo očekivati manje angažovanje u terapiji i često i odbijanje ovakve vrste tretmana. Sa ovim klijen-

tima se kao efikasne pokazuju sve tehnike koje imaju za cilj povećanje uvida u problematično ponašanje i podizanje motivacije da se ponašanje promeni. Tu spadaju tehnike motivacionog intervjua, konfrontacije, razni oblici role play tehnika, provociranje bolne memorije, tehnike duplih stolica, interpretacija otpora i transfera, prenaglašavanje simptoma, tehnike vođene fantazije, različiti oblici porodičnog tretmana koji su fokusirani na uticaj klijentovog ponašanja na ponašanje ostalih članova porodice i sl. Ove metode su obično praćene kratkotrajnim povećanjem subjektivnog distresa i tek nakon toga se kreće u tretman problema zbog kojeg se klijent i tretira. Izostavljanje ove faze u radu sa nemotivisanim klijentima je ozbiljan propust koji obično rezultira brzim klijentovim napuštanjem tretmana.

Zadatak 6.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Sledeći kriterijum je *kompleksnost problema*, odnosno složenost ili komplikovanost problema. Ovaj kriterijum obuhvata nekoliko dimenzija, odnosno odgovara na pitanje:

- da li klijent ima izolovan problem ili istovremeno manifestuje više problema,
- da li se problem manifestuje u samo jednoj oblasti funkcionisanja ili u više, kao što je socijalno, emotivno, kognitivno, motivaciono...
- da li je problem akutan ili hroničan,
- da li se problem ispoljava samo u jednom životnom kontekstu ili je pervazivan i prožima se kroz skoro sve kontekste u kojima klijent funkcioniše, kao što su profesionalni, porodični, emotivni, socijalni...
- da li je problem reaktivne prirode ili je povezan sa trajnim personalnim karakteristikama i dispozicijama klijenta.

Tri oblasti su posebno indikativne za procenu kompleksnosti problema (Groth-Marnat, 2003):

- Istovremeno prisustvo više problema koji mogu biti opisani sa različitim dijagnostičkim kategorijama, odnosno postojanje komorbiditeta.
- Prisustvo pervazivnih i repetitivnih nefunkcionalnih obrazaca ponašanja i doživljavanja koji se registruju kroz duži životni period, u različitim situacijama i sa različitim osobama.
- Prisustvo simptoma i personalnih karakteristika koji upućuju na postojanje poremećaja ličnosti ili barem personalnog stila koji možda ne

zadovoljava sve kriterijume poremećaja ličnosti ali je dosledno i široko disfukcionalan i ometa osobu u adaptaciji.

Beutler i Harwood (2000) navode sledeće indikatore koji upućuju na to da se problem klijenta može okarakterisati kao kompleksan:

- Isti sklopovi ponašanja se ponavljaju kroz različite i nepovezane situacije.
- Ta ponašanja se mogu razumeti kao ritualizovani pokušaji da osoba reši arhaične nerazrešene bazične interpersonalne ili unutrašnje konflikte.
- Interakcija sa okolinom deluje kao da je povezana sa nekim temama iz prošlosti a ne sa onim što se upravo dešava.
- Repetitivna ponašanja stalno završavaju patnjom a ne zadovoljstvom i osoba kao da ne uči iz njih, nego ih ponovo impulsivno sprovodi nezavisno od toga što ono rezultira nezadovoljstvom.
- Problemi se mogu posmatrati kao simboličke reprezentacije unutrašnjih nerazrešenih konflikata.

Za razliku od kompleksnih problema, jednostavni problemi se odlikuju time da su uglavnom situaciono specifični, da su reaktivne prirode, odnosno često su reakcija na neku aktuelnu situaciju ili događaj, da su očigledni, odnosno lakše ih je opisati preko manifestnih ponašanja nego preko arhaičnih, latentnih struktura i da su bazirani pre na neadekvatnim veštinama nego na nekim trajnim unutrašnjim konfliktima.

Važno je ovaj kriterijum razlikovati od ozbiljnosti problema. Kompleksnost problema nije nužno povezana sa deterioracijom u funkcionisanju, nego je pre obeležena pervazivnim nezadovoljstvom osobe. Npr. osoba koja funkcioniše kao narcistički poremećaj ličnosti može istovremeno biti visoko profesionalno uspešna, znači da ima nisku ozbiljnost problema, i istovremeno imati kontakte pune konflikata, kako sa bliskim ljudima, tako i sa ljudima sa kojima ima samo površne odnose, dramatičnih prekida relacija u svim životnim kontekstima od emotivnog, preko prijateljskog do profesionalnog, izveštavati o povremenim depresivnim epizodama i suicidalnim idejama, permanentnom osećaju praznine, dosade, napetosti, razočaranosti u ljude i retkim doživljajima ekscitacije.

Jednostavno rečeno, neki klijenti imaju jednostavne probleme što nije nužno povezano sa ozbiljnošću niti sa subjektivnom patnjom. Npr. osoba može imati neki ozbiljan problem koji je značajno doprineo deterioraciji njene funkcionalnosti, kao što je major depresija i izveštavati o visokom intenzitetu subjektivne patnje, ali da taj problem istovremeno nije komplikovan. S druge strane neki klijenti koji možda nemaju neku ozbiljno ometajuću simptomatologiju mogu imati veoma komplikovane probleme koji

se očitavaju u brojnim situacijama i preko komplikovanih i bolnih međuljudskih relacija zasićenih zavisnošću, raskidima, emocionalnim ucenama i sličnim neadekvatnim obrascima komunikacije.

Ovaj kriterijum je upravo zbog svoje kompleksnosti i najteže dijagnostikovati i u vezi njega postoji najmanje empirijskih podataka iako su dobijeni podaci vrlo dosledni i nedvosmisleni. O njemu se više indirektno zaključuje preko npr. biografskih podataka koji upućuju na hronicitet problema i prisustvo problema u raznim aspektima klijentovog života ili preko odgovora na projektivnim tehnikama koji mogu da upućuju na postojanje latentnih konflikata kao što su konflikti vezani za pitanje zavisnosti i autonomije, aktivnosti i pasivnosti, kontrole i poverenja i sl.

Istraživanja indikatora kompleksnosti problema i njihove veze sa uspehom tretmana upućuju na zaključak da je kompleksnost problema veliki izazov za psihološke tretmane koji nije dovoljno istražen ali i da postoji veliki rizik od nuspeha ili kratkotrajnih i malih poboljšanja. Piper i Joyce (2001) npr. izveštavaju da pregled većeg broja istraživanja efikasnosti tretmana poremećaja ličnosti otkriva da je ova kategorija poremećaja značajno rezistentna na psihološke pristupe, dok Tyrer, Gunderson, Lyons i Tohen (1997) govore o tome da se sa izvesnim korekcijama tretmana ipak može očekivati uspeh, prvenstveno sa produženjem i intenziviranjem. Beutler i saradnici (2004) navode da neke studije upućuju na zaključak da se bihevioralne na simptom usmerene intervencije pokazuju kao efikasne sa klijentima koji imaju jednostavnije, reaktivne i situacione probleme dok se ova efikasnost gubi u radu sa klijentima sa kompleksnim problemima. S druge strane u radu sa osobama koje imaju visoku kompleksnost problema, psihosocijalne intervencije se pokazuju kao efikasnije od medikamentoznog tretmana i sistemski, psihodinamski i drugi pristupi orijentisani na uvid i svesnost, koji su dugotrajni i obrađuju širok opseg tema daju bolje i trajnije rezultate od kognitivno-bihevioralnih tretmana i tretmana koji su fokusirani na simptome.

Groth-Marnat (2003) sumirajući nalaze Beutlera i saradnika i drugih istraživača navodi da rezultati istraživanja pokazuju da je osobe koje prezentuju kompleksne probleme preporučljivo uputiti na široko orijentisane tretmane, fokusirane na uvid i na razrešavanje relativno trajnih latentnih struktura i konflikata i na menjanje obrazaca interpersonalnog funkcionisanja. Od specifičnih tehnika može se očekivati da će biti efikasne tehnike interpretacije otpora i transfera, rad na snovima, tehnike duplih stolica, katarza, grupni rad i porodična terapija koja radi na obrascima uloga i relacija. Sa druge strane, za osobe koje imaju jednostavne probleme se preporučuju tehnike koje su fokusirane na simptom i uslove koji prethode ili slede simptomatsko ponašanje. Specifične tehnike za koje se može očekivati da budu uspešne su tehnike kognitivno-bihevioralnih pristupa, asertivnog tretninga, relaksacije, paradoksalne strategije i sl.

Zadatak 7.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Četvrti kriterijum je *spremnost za promenu*. Odnosi se na procenu koliko je klijent spreman da menja neko svoje ponašanje. Ovaj kriterijum predstavlja konceptualizaciju zapažanja da osobe koje su upućene na procenu podobnosti za tretman nisu jednako spremne da se posvete tom tretmanu, odnosno promeni svog ponašanja. Neke osobe pokazuju otvoreno ili skriveno odbijanje takve potrebe ili mogućnosti, neke izražavaju načelnu spremnost i dobru volju ali nemaju uvid u to šta bi trebalo da menjaju, dok su neke veoma aktivno posvećene ideji promene svog ponašanja.

Autori Prochaska, DiClemente i Norcros (1992) definišu ovu spremnost na promenu kao spremnost da se razmišlja o promeni, da se vagaju prednosti i nedostaci starog, neadekvatnog ponašanja i novog poželjnog ponašanja, da se odmerava svoja sposobnost da se promena sprovede i da se odoli iskušenju da se ponovo ponaša na neki stari, iako nefunkcionalan, ipak poznat način i spremnost da se zaista preduzimaju akcije koje vode ka promeni ponašanja ili održavanju uspostavljene promene. Na osnovu niza istraživanja koje su sproveli baveći se pokušajem da otkriju na koji način se ljudi menjaju i šta su olakšavajući faktori a šta otežavajući kada ljudi treba da se promene, oni su konstatovali da se promena ne javlja iznenada u nekom momentu, nego da se postepeno razvija prvo kroz zapažanje problema i potrebe da se nešto drugačije preduzme, pa kroz istraživanje te ideje, njenih prednosti i nedostataka, pa tek onda kroz započinjanje prvo neorganizovanih akcija a zatim sve odlučnijih koraka ka promeni. Ovo postepeno razvijanje spremnosti su definisali kroz stadijume promene i brojnim rezultatima potkrepili ulogu tačnog dijagnostikovanja ovih stadijuma za konstrukciju efikasnog plana tretmana (Prochaska & Norcross 2002) U tu svrhu su i konstruisali i upitnik za registrovanje stadijuma promene (URICA) koji je i kod nas počeo da se upotrebljava, mada za sada samo u svrhe istraživanja (Gavrilov-Jerković, 2003; Bošnjak, 2007, Bošnjak i Gavrilov-Jerković, 2008). Stadijumi se mogu dijagnostikovati i kroz polustrukturirani intervju tako što se proverava da li klijent prepoznaje svoj problem, da li ga povezuje sa svojim ponašanjem, da li izražava potrebu i nameru da menja svoje ponašanje, da li ima određeni plan o promeni, da li je do sad nešto preduzimao, kako reaguje na instrukcije terapeuta o nekoj konkretnoj intervenciji, kako procenjuje promenjeno ponašanje, da li više kroz prednosti ili kroz nedostatke i prepreke i sl.

Dve su osnovne pretpostavke autora ovog modela:

- prva, da je brzina kojom pacijenti napreduju kroz stadijume prediktor uspeha tretmana, pa je stoga u tretmanu važno stvoriti uslove da pacijenti napreduju kroz stadijume,
- druga pretpostavka je da su pacijenti u zavisnosti od toga u kojem su stadijumu različito responzivni na tretmanske intervencije, te da je važno primeriti intervenciju kvalitetu spremnosti na promenu koju klijent manifestuje.

To ponovo naglašava ulogu dobre dijagnostike stadijuma promene jer nam ta informacija uveliko pomaže pri planiranju i sprovođenju tretmana. Obe pretpostavke su dobile solidnu empirijsku podršku (Prochaska & Norcross, 2002) i pokazale da što pacijent ranije dostigne više stadijume promene, to je veća verovatnoća da će tretman biti uspešan i obrnuto, što je pacijent duže u nižim stadijumima promene, to je veća verovatnoća da tretman bude neuspešan ili da ga klijent napusti. Isto tako, rezultati ukazuju da je u nižim stadijumima spremnosti efikasnije primenjivati intervencije koje su usmerene na uvid, dok je u višim stadijumima bolje primenjivati kognitivno-bihevioralne intervencije.

Prochaska je sa svojim saradnicima definisao i detaljno opisao ove stadijume promene i dao preporuke o tome koje su intervencije primerene za koji stadijum.

- Prvi stadijum je stadijum prekontemplacije. U njemu je osoba nespremna za bilo kakvu promenu ponašanja ili tako što odbija da vidi da je određeno ponašanje problematično ili tako što ne veruje u mogućnost promene svojih navika. Ovo su često pacijenti koji nisu dobrovoljno na tretmanu ili koji negiraju psihološku prirodu svojih tegoba. Zato je kod njih obično izražen otpor tretmanu. Podaci o subjektivnom distresu su nekonzistentni, mada se očekuje ne tako jako visok kao kod klijenata u sledećem stadijumu (Gavrilov-Jerković, 2004, 2007). Sa ovim klijentima je preporučljivo raditi po principima motivacionog intervjua (Miller & Rollnick, 2002), koristiti nedirektivne tehnike, paradoksalne intervencije i podizati uzbuđenje kod onih kod kojih je distres nizak.
- Drugi stadijum je stadijum kontemplacije. U ovom stadijumu pacijent prepoznaje da postoji potreba da promeni nešto u svom ponašanju ali je još uvek ambivalentan u pogledu mogućnosti da to ostvari ili ne zna način kako da promenu sprovede ili nije spreman da se odrekne dobiti koje ima od starog ponašanja. Ovaj stadijum može veoma dugo da traje i obično je obeležen neprijatnim osećajem istovremene nespremnosti da se krene u akciju promene i krivice što se takva promena ne započinje. Postoji stalna svest o potrebi promene i stalno odlaganje konkretnog koraka. Dok su u ovom stadijumu, sa pacijentima je kori-

sno raditi terapije koje su usmerene na iskustvo i na uvid, dok je izbor terapije usmerene na akciju vrlo problematičan i povećava šansu da osoba odustane od tretmana ili da sabotira preporučene akcije. Zato se više preporučuju tehnike koje su usmerene na izgradnju relacije i na osvešćivanje svog doživljaja, svojih potreba i svojih ciljeva i resursa. I dalje je proporučljivo raditi po principima motivacionog intervjua i podsticati klijenta da sagledava pozitivne i negativne aspekte svog nepoželjnog i poželjnog ponašanja.

- Sledeći stadijum je stadijum pripreme koji je okarakterisan konačnim povlačenjem izvesnih koraka, ali su u pitanju nesistematizovani i diskontinuirani pokušaji. Takođe, u ovom stadijumu kod pacijenta su najzad preovladali pozitivni aspekti promene u odnosu na pozitivne aspekte starog ponašanja, odnosno, osoba je sklona da više iznosi zašto je dobro da se promeni, za razliku od osobe u stadijumu kontemplacije, kada su prednosti i starog ponašanja i novog ponašanja vodile mrtvu bitku. Veoma je važno da u ovom stadijumu pacijent dobije podršku socijalnog okruženja ali i da počne da pravi plan kako da promenu konkretno sprovodi. I za ovaj kao i za prethodna dva stadijuma je preporučljivo više sprovoditi metode koje su usmerene na uvid, na izgradnju novog doživljaja, na promenu vrednovanja svog iskustva i svojih vrednosti i ciljeva. Takođe je umesno sprovoditi tehnike kognitivne restrukturacije.
- Najvažniji stadijum je stadijum akcije i oni pacijenti koji dostignu ovaj stadijum imaju najviše šansi da zaista i dostignu željenu promenu. Ovaj stadijum je obeležen značajnom posvećenošću pacijenta sprovođenju različitih promena u svom svakodnevnom funkcionisanju koje treba da doprinesu uspostavljanju i održavanju te ciljane promene ponašanja. Sa pacijentima koji su u ovom stadijumu je najkorisnije sprovoditi neku na akciju usmerenu terapiju, koja ima za cilj promenu ponašanja, promenu obrazaca reagovanja, promenu interpersonalnih obrazaca, promenu emocionalnog reagovanja i sl., a izbegavati tretmane koji su prvenstveno usmereni na iskustvo i uvid. Generalno, u ovom stadijumu pacijenti dobro reaguju na najveći broj tehnika osim na one koje su usmerene na uvid. Izbor zavisi od drugih varijabli bitnih za planiranje tretmana a najviše empirijske podrške su dobile tehnike koje uključuju kontrolu stimulusa, postepeno izlaganje, kognitivne restrukturacije, asertivni tretning, trening socijalnih veština, kontrauslovljavanje, upravljanje potkrepljenjem i sl.
- Poslednji stadijum je stadijum održavanja promene karakterističan po dodatnom obezbeđivanju uslova za odolevanje iskušenju da se vrati na staro ponašanje. U ovom stadijumu ponovo socijalna podrška dobija na važnosti i sa pacijentima u ovom stadijumu se dosta radi na promeni interpersonalnog funkcionisanja. Najviše se znači radi na prevenciji

pojave recidiva, umora od promena, razočaranja, sumnje u konačno rešenje i na uspostavljanju i održavanju visoke self-efikasnosti koja je najviša u prethodnom stadijumu a u ovom stadijumu ima tendenciju kolebanja (Gavrilov-Jerković, 2007). Specifične tehnike su slične kao u prethodnom stadijumu i dalje su akcione i kognitivno-bihevioralne, sa ponovnim stavljanjem akcenta na socijalnu podršku i pojačan rad na socijalnoj integraciji.

Istraživanja su pokazala (Prochaska et al., 1992) da će mali broj pacijenata progresivno napredovati kroz stadijume i tokom sprovođenja neke promene pre možemo očekivati stalno vraćanje na prethodne stadijume i nove cikluse promene. Dobro usklađivanje stadijuma promene i tretmanskih akcija povećava verovatnoću uspeha (DiClemente & Scott, 1997). Važno je napomenuti da je ovaj model najviše ispitivan na problemima različitih problema adikcije, od pušenja, narkomanije do gojaznosti, a najveću primenu je ostvario u oblasti zdravstvene psihologije. U kontekstu mentalnog zdravlja se mnogo manje ispitivao (Gavrilov-Jerković, 2003) i rezultati su manje dosledni nego u prethodno navedenim oblastima (Žuljević i Gavrilov-Jerković, u štampi). Ova nedovoljno jasna slika koja se pojavljuje u radu sa psihijatrijskim pacijentima se objašnjava time da je model prvenstveno ispitivan na osobama koje imaju jedan problem koji menjaju i u vezi kojeg imaju jasnu ideju. Psihijatrijski pacijenti često imaju više problema, često ne znaju tačno šta treba povodom toga da rade niti kakve veze njihovo ponašanje uopšte ima sa njihovim tegobama i ova kompleksnost i nejasna veza između problema i ponašanja koje treba menjati zahteva izvesnu promenu principa na kojima ovaj model radi, ali i pored toga osnovne pretpostavke su dobile podršku i skreću nam pažnju na to da prilikom planiranja tretmana ne smemo da zanemarimo klijentovu spremnost na promenu kao i da je važno da je adekvatno procenimo, što znači da treba da razlikujemo ne samo da li pacijent izražava želju da nešto promeni, nego i šta i na koji način je spreman to da menja.

Zadatak 8.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Sledeći kriterijum je *sklonost ka razvijanju otpora*, odnosno nespremnost klijenta da se složi sa terapeutom i da prihvati njegove intervencije. Za očekivati je da klijenti u različitoj meri prihvataju i terapeutovo tumačenje njihovog problema i ponašanja vezanog za ponašanje i sugestije

koje se tiču intervencija ili domaćih zadataka. Neki klijenti pokazuju visok stepen saradljivosti, ponekad čak i do nivoa preterane sugestibilnosti i nesamostalnosti, a neki opet pokazuju direktno suprotstavljanje i učestalo konfrontiranje sa terapeutom. Možemo razlikovati otpor kao stanje, odnosno kao reakciju na trenutnu situaciju ili stimulus i otpor kao crtu, odnosno kao tendenciju da se u različitim situacijama i na različite stimuluse reaguje odbijanjem prihvatanja tuđeg mišljenja ili tuđe sugestije. I kod jedne i kod druge vrste otpora radi se o percepciji napada na referentni okvir ili autonomiju ili na potrebu za kontrolom. Sklonost ka razvijanju otpora koji prevazilazi situacioni otpor se smatra mnogo značajnijim faktorom koji interferira sa uspehom tretmana od situacionog otpora koji se čak može percipirati kao zdrav odgovor na pojačan pritisak ili prejaku konfrontaciju (Miller & Rollnick, 2002). Osobe koje pokazuju trajniju sklonost ka razvijanju otpora pokazuju i sklonost ka pojačanoj kontroli, ka hostilnosti, impulsivnosti i ka direktnom izbegavanju prihvatanja sugestija (Dowd & Wallbrown, 1993). Pretpostavka je da ove osobe pokazuju takvu vrstu ponašanja jer su skolone da okolinu percipiraju kao napadnu i često osećaju da je na neki način ugrožena njihova sloboda i nezavisnost i često se i žale na to da drugi hoće da ih kontrolišu i da im nametnu svoje stavove. To rezultira neselektivnim odbijanjem da se slože sa svojom okolinom čak i oko bezazlenih stvari i biranjem ponašanja koje je u suprotnosti sa onim koje oni misle da drugi očekuju od njih.

Gaw i Beutler (1995) navode da se klijenti sa visokom tendencijom ka razvijanju otpora mogu prepoznati po sledećim karakteristikama i ponašanjima u terapijskoj situaciji:

- visoka rezistentnost na prethodne tretmane,
- potreba da dominiraju,
- učestali interpersonalni konflikti
- čestalo negiranje terapeutovih interpretacija
- odbijanje da se sprovedu ili završe domaći zadaci
- ekstremna potreba da se zadrži autonomija

Sa druge strane, osobe koje pokazuju smanjenu tendenciju ka razvijanju otpora po istim autorima pokazuju sledeća ponašanja ili karakteristike:

- ponašaju se submisivno,
- otvorene su za nova iskustva,
- prihvataju svaku terapeutovu interpretaciju i sugestiju,
- traže rešenje od terapeuta,
- sprovode sve domaće zadatke.

Sklonost ka razvijanju otpora se preko prikazanih indikatora može registrovati tokom psihološke eksploracije preko ponašanja sa ispitivačem,

koje je obično odbrambeno i kontrolisano sa visokom cenzurom. Takvi ispitanici su često nespremni da iznose lične podatke, ponekad skloni i verbalnoj agresiji ili prema ispitivaču ili pomerenoj na testovni materijal („Kakva su ovo pitanja?" „Ko je izmislio ovakav glup test?"...), ili ciničnim komentarima, neprimereno duhovitim komentarima kojima pokušavaju da izbegnu odgovor ili izlaganje i sl. Podaci koje iznose ukazuju na česte interpersonalne probleme i potrebu da odbrane svoju nezavisnost i slobodu, da se suprotstavljaju ustaljenim pravilima ili da nameću svoja pravila. Otpor se vidi i kroz izrazito oskudnu produkciju ili kroz stalno pomeranje sastanaka ili kroz kašnjenje na ispitivanje ili kroz često odgovaranje na pitanje pitanjem o pitanju, kroz pokušaj da uvede svoja pravila o pauzama ili drugim pravilima, kroz hostilne komentare na osoblje ili druge pacijente i sl. Na MMPI-u se kod ovih pacijenata očekuje povišenje na L i K skali od kontrolnih skala i na Hs, Pa i Pd skali od kliničkih skala (Groth Marnat, 2003). Za očekivati je i povišenje na Ag skali od dodatnih skala. Generalno, ovu osobinu očekujemo kod osoba kod kojih dijagnostikujemo izražene narcističke crte, paranoidne, pasivno-agresivne, agresivne, pa i kompulzivne. Na projektivnim tehnikama od ovakvih klijenata ćemo ili dobiti materijal koji ima puno indikatora agresivnog reagovanja, grandioznog selfa, sukoba sa autoritetom, izražene sumnjičavosti i potrebe za kontrolom ili ćemo dobiti vrlo skučene ili irelevantne odgovore, ponekad ekstremno duhovite odgovore koji upućuju na pojačanu kontrolu i nespremnost osobe da se projektuje. Važno je znati da se ovakvi irelevantni i duhoviti odgovori često dobijaju i u nekliničkoj populaciji i tada se ne tumače kao crta ka izražavanju otpora nego kao situaciona potreba da se zaštiti svoja privatnost. U suštini, i kod kliničke populacije se radi isto o ovoj potrebi da se zaštiti svoja privatnost, samo što je ona neselektivna, neproduktivna i ometa osobu u adekvatnom funkcionisanju, prvenstveno u bliskim relacijama. Najpoznatiji instrument koji je konstruisan upravo za ispitivanje terapijskog otpora je Therapeutic Reactance Scale (Dowd, Milne & Wise, 1991).

Nasuprot ovome, kod klijenata koji pokazuju sniženu tendenciju ka razvijanju otpora obično registrujemo izrazitu konstantnu susretljivost tokom psihološke eksploracije i potrebu da se dopadnu. Rezultati obično upućuju na izražene histrionične crte i crte zavisnosti i pasivnosti. Da naglasimo, ovo ne znači da je sa ovim pacijentima lakše raditi ili da je njihova susretljivost garant uspeha u tretmanu, nego samo nalaže drugačiji tretman.

Brojna su istraživanja koja su ispitivala moderatorsku ulogu tendencije da se razvija otpor na uspeh u tretmanu (Beutler et al., 2004) i rezultati koji su dobijeni su veoma dosledni i ubedljivi. S jedne strane, ova osobina se pokazuje kao prilično pouzdan prediktor slabijeg uspeha tretmana i to nezavisno od terapijskog pravca, a sa druge strane, određene modifikacije

tretmana mogu moderirati uticaj pacijentovog otpora na efikasnost tretmana. Npr. depresivni klijenti koji su skloni visokom otporu, značajno bolje rezultate postižu sa nedirektivnim terapeutima nego sa direktivnim terapeutima sa kojima u proseku ni ne postižu poboljšanje, dok su rezultati obrnuti sa depresvinim klijentima koji pokazuju izrazito nizak nivo rezistentnosti i koji najbolje rezultate postižu upravo sa direktivnim terapeutima. Beutler i saradnici (2002) nakon pregleda većeg broja studija koje su se bavile efektima terapeutove direktivnosti na uticaj tendencije ka otporu na ishod tretmana, ukazuju da rezultati ovih studija dosledno podržavaju ovu pretpostavku da direktivne intervencije najbolje efekte daju sa osobama koje imaju umerenu tendencija ka razvoju otpora, dok nedirektivne intervencije najbolje rezultate daju sa visoko rezistentnim klijentima.

Groth-Marnat (2003) sumirajući brojna istraživanja Beutlera i saradnika, daje sledeće preporuke sa obzirom na stepen izraženosti tendencije ka otporu.

Sa visoko rezistentnim klijentima u principu se bolji rezultati postižu putem nedirektivnog i ne očigledno strukturiranog pristupa a kao efikasne intervencije se pokazuju:

- samo-posmatranje,
- tehnike reflektovanja,
- podrška i razumevanje, ali sa umerenom empatijom (na kompleksnu empatiju reaguju pojačavanjem otpora),
- motivacioni intervju,
- paradoksalne intervencije kao najefektnije, posebno one koje:
    - ohrabruju relaps,
    - pripisuju izostanak promene,
    - uključuju prenaglašavanje simptoma.

Sa nisko rezistentnim klijentima u principu se postižu najbolji rezultati kada se upotrebljava direktivan i visoko strukturiran pristup, a od tehnika se izdvajaju:

- sklapanje terapijskog ugovora,
- irektivne hipnotičke sugestije,
- bihevioralne tehnike sistematske desenzitizacije,
- tehnike upravljanja potkrepljenjem,
- tehnike kognitivne restrukturacije,
- vođena fantazija,
- davanje saveta,
- tehnika stopiranja misli,
- tehnike promene samovrednovanja,
- tehnike interpretacije.

Zadatak 9.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Šesti kriterijum je *socijalna podrška*, koja se odnosi na stepen podrške koju klijent dobija od svoje okoline. Obično se kao okolina posmatra bračno i porodično okruženje, radno okruženje, podrška prijatelja i podrška različitih organizacija u koje je klijent uključen.

Kada se meri podrška, potrebno je razlikovati objektivne indikatore postojanja podrške i subjektivnu procenu klijenta o postojanju i kvalitetu podrške koju ima od svoje okoline.

Objektivna bi se odnosila na činjenicu da li je klijent ostvario npr. bračnu relaciju, da li pripada nekom radnom okruženju, da li ima i koliko ima prijatelja, koliko su članovi njegovog okruženja njemu na rapolaganju u slučaju potrebe, koliko prosečno vremena provodi u društvu drugih ljudi, u koliko je različitih grupa i organizacija uključen i sl.

Subjektivni indikatori se odnose na pacijentov doživljaj da li ima ili nema na koga da se osloni u slučaju potrebe, da li procenjuje da je okružen ljudima u koje može da ima poverenja i koliko je zadovoljan količinom i kvalitetom relacija koje ostvaruje sa drugim ljudima i kvalitetom podrške koju dobija ili potencijalno može da dobije od njih, da li oseća da je prihvaćen i poštovan u svom okruženju, da li oseća da je siguran u tom okruženju, npr. da ima poverenja da ga bračni partner neće napustiti, da li oseća sigurnost da će ostati u radnoj organizaciji, da li oseća sigurnost da će ostati prihvaćen od prijatelja i sl.

Podaci o objektivnim i subjektivnim indikatorima se mogu dobiti tokom psihološke ekploracije na više načina. Objektivni indikatori se ponekad dobijaju od klijentove okoline, ali ipak najčešće od samog klijenta kroz naturalističke tehnike. Pokazatelj podrške npr. može biti i to da li je klijent sam došao na ispitivanje ili u nečijoj pratnji a ako je hospitalizovan da li i koliko često mu dolazi neko u posetu, da li se neko od članova njegove porodice raspituje o toku njegovog tretmana i sl. Subjektivni indikatori se mogu dobiti i kroz naturalističke tehnike kao i putem samoopisnih tehnika. Posebnu pažnju treba obratiti na pacijentove izjave o doživljaju usamljenosti ili odbačenosti od strane rodbine i prijatelja ili strepnji da će ostati bez nečije podrške, kao i o tome da li ima osobe kojima se može poveriti i da li ima tajne koje nikome ne govori. Podrška se može ispitivati i putem različitih inventara objektivne i subjektivne podrške, ali i preko standardnog testovnog materijala. Npr. MMPI može biti indikativan u smi-

slu da povećanje na kliničkim skalama Pa i Sc sugerišu da osoba možda nema ni objektivnu ali sigurno nema subjektivni doživljaj podrške. Povećanje na Hs skali i Hy skali može da ukazuje na to da osoba verovatno ima visoke apetite za socijalnom podrškom i da je moguće da se hronično oseća nezadovoljno bez obzira kakva je ta podrška objektivno. Kao prilično pouzdan znak problema na polju socijalne podrške je povećanje na dodatnoj skali Si koja upućuje na to da je osoba nadprosečno stidljiva, introvertna i verovatno socijalno inhibirana te da se oseća nelagodno u društvu drugih ljudi i moguće da nema ni veštine uključivanja u socijalno okruženje ili u najboljem slučaju da ima veoma ograničen broj ljudi sa kojima ostvaruje blizak kontakt. Generalno, rezultati psihološke ekploracije koji ukazuju na prisustvo narcističkih crta, pasivno-agresivnih ili pasivno-zavisnih, kao i na prisustvo poremećaja ličnosti mogu ukazivati na klijentov konfliktan i ambivalentan odnos prema socijalnom okruženju i potrebi za tom podrškom, jer takve osobe istovremeno mogu osećati potrebu za podrškom i strah od gubitka autonomije ako tu potrebu pokažu.

Uticaj socijalne podrške na ishod tretmana je istraživan u značajnoj meri i dobijeni su relativno dosledni rezultati koji ukazuju na to da klijenti sa većom i kvalitetnijom socijalnom podrškom više i stabilnije profitiraju od tretmana (Mallinckrodt, 1996). Stepen ove povezanosti zavisi od toga koji se indikator socijalne podrške prati. Tako rezultati ukazuju da subjektivni doživljaj ima veći značaj od objektivnih indikatora iako su oba indikatora pozitivno povezana sa uspehom tretmana (Hooley & Teasdale, 1989). Isto tako, nije svejedno koji od subjektivnih indikatora se prati. Isti autori nalaze da je npr. percipiran kriticizam od strane supružnika bolji preditor relapsa od percipiranih konflikata. Zanimljiv je i nalaz Hoencampa, Haffmansa, Duivenvoordena, Knegteringa i Dijkena (1994) da dok je percipirana slaba podrška od strane porodice povezana sa slabijim napretkom depresivnih klijenata u tretmanu, dotle je iznenađujuće percepcija depresivnih klijenata da imaju slabu podršku svoje dece bila pozitivan prediktor uspeha u tretmanu!

Ali za nas je opet od ovih podataka zanimljiviji moderatorski uticaj ove varijable na efikasnost različitih terapijskih pristupa.

U tom smislu, važan nalaz je da osobe koje imaju veću socijalnu podršku zahtevaju kraći tretman i manje intenzivan tretman od osoba sa slabom socijalnom podrškom i obrnuto, klijenti sa slabijom podrškom više uspevaju u dužem i intenzivnijem tretmanu. Čak se dugotrajni tretman za osobe sa kvalitetnom podrškom može pokazati kao kontraindikovan. Tako, npr. Moos (1990) nalazi da depresivni pacijenti bez socijalne podrške kontinuirano napreduju sa produžavanjem tretmana, dok pacijenti sa zadovoljavajućom podrškom dostižu brzo i značajno poboljšanje rano u tretmanu i čak im se stanje pogoršava ako se tretman nastavlja.

Beutler, Clarkin & Bongar (2000) nalaze da pacijenti sa boljom socijalnom podrškom više napreduju u interpersonalnom tretmanu i generalno u tretmanima koji akcenat stavljaju na povećanje socijalnih veština, što je pomalo paradoksalno, a slabije napreduju u bihevioralno-kognitivnim pristupima. S druge strane, klijenti sa slabijom socijalnom podrškom imaju više koristi od kognitivnog tretmana nego od tretmana koji insistira na socijalnim relacijama. Sa ovim klijentima je preporučljiv i duži tretman i upotreba medikamenata za razliku od klijenata koji imaju zadovoljavajuću podršku okoline. U slučaju da terapeut želi da ipak radi na poboljšanju socijalnih relacija klijenata sa slabijom socijalnom podrškom onda rezultati upućuju da je poželjno klijenta uključiti u terapijsku grupu koja radi na principima suportivnog tretmana.

Zadatak 10.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Sedmi kriterijum je *stil prevladavanja*, s tim da se način na koji se ovaj kriterijum ovde koristi delimično razlikuje od strategija prevladavanja kako ih definiš Folkman i Lazarus (1980). Ovde se misli na sva ona ponašanja klijenta koja on pokazuje u različitim situacijama kada se suoči sa distresom (Butcher, 1990), i prvenstveno se odnosi na dimenziju ekstraverzije i impulsivnosti sa jedne strane i introverzije i emocionalnog povlačenja sa druge strane (Eysenck & Eysenck, 1969, po Beutler, 2004).

Eksternalisti na kraj sa problemima izlaze tako što su skloni impulsivnosti, čestim acting out reakcijama, spoljašnjem lokusu kontrole i aktivnom izbegavanju problema. Internalisti su više skloni unutrašnjem lokusu kontrole i skloniji su jačem razvijanju subjektivne patnje od eksternalista. Takođe su više od eksternalista skloni da razmišljaju o svom problemu u pokušaju da ga razumeju.

Gaw & Beutler (1995) navode da se eksternalisti u kliničkoj populaciji prepoznaju po tome što su skloni projekciji i prebacivanju krivice na okolinu, niskoj frustracionoj toleranciji, čestim izlivima agresije, manipulaciji, ispoljavanju potrebe za snažnom senzacijom, somatizaciji napetosti sa razvojem sekundarne dobiti.

Isti autori internaliste opisuju kao sklone introverziji, intelektualizaciji, izbegavanju, socijalnom povlačenju, represiji, reaktivnoj formaciji, umanjivanju poteškoća, prenaglašenoj emocionalnoj kontroli i somatizaciji sa simptomima koji su više povezani sa vegetativnim nervnim simptomima bez očigledne sekundarne dobiti.

Podaci o ovoj varijabli se mogu dobiti tokom psihološke eksploracije kako kroz posmatranje i intervju, tako i kroz testovni pristup. Na MMP-u skale Pd, Pa i Ma su skale koje ukazuju na tendenciju ka ispoljavanju eksternalizujućeg stila prevladavanja, dok povišenje na skalama D, Pt i Si ukazuje na sklonost razvijanju internalizujućeg stila. Odnos ovih skala može da ukaže na to da li je klijent više sklon jednom ili drugom stilu.

Naročito je istraživan moderatorski uticaj ove varijable na efekat tretmana depresivnih pacijenata koji imaju internalizujući stil (udruženo D sa Pt i Si) i depresivnih pacijenata koji imaju eksternalizujući stil (D udruženo sa Pd i/ili sa Pa) i nađene su značajne razlike u pristupu tretmanu među ovim grupama. Beutler, Engle i saradnici (1991) nalaze da depresivni eksternalisti više napreduju uz pomoć kognitivno-bihevioralnog tretmana nego uz pomoć analitičkih tretmana ili drugih isključivo na uvid orijentisanih tretmana, dok internalisti pokazuju obrnutu reakciju i bolje reaguju na uvid orijentisane kao i na interpersonalnu terapiju nego na kognitivno-bihevioralnu. Isto i alkoholičari koji su skloni impulsivnom i agresivnom ponašanju, odnosno eksternalizirajućem stilu prevladavanja pokazuju napredak kada se tretiraju kognitivno bihevioralnim pristupom za razliku od alkoholičara internalista koji bolje reaguju na terapiju koja je usmerena na poboljšanje socijalne relacije.

Generalno, rezultati ukazuju da pacijenti koji su skloni eksternalizirajućem stilu prevladavanja bolje reaguju na tretmane koji su bihevioralni i usmereni na simptom i na razvoj specifičnih veština. Od tehnika koje se pokazuju kao efikasne (Groth-Marnat, 2003), to su učenje socijalnih veština, asertivni trening, grupne intervecije, upravljanje besom, sistematska desenzitizacija, tehnika sklapanja ugovora, tehnike kognitivne restrukturacije, posebno izazivanje sumnje u iracionalna verovanja i razvijanje alternativnih verovanja, tehnike kontrole stimulusa, kontrauslovljavanje i razni oblici relaksacije.

Sa druge strane, pacijenti skloni internalizirajućem stilu prevladavanja više napreduju sa pristupima koji ističu razvoj uvida i emocionalnog osvešćivanja. Od tehnika su preporučljive interpretacija snova, vođena fantazija, interpretacija otpora i transfera, tehnika duplih stolica, tehnike koje provociraju katarzu, biblioterapija, direktne instrukcije i sl.

Zadatak 11.

Procenite kakve biste preporuke dali za pacijentkinje iz primera 1 i primera 2 sa početka ovog poglavlja rukovodeći se opisanim kriterijumom, koji podaci bi vam još trebali i kojim tehnikama bi ste ih prikupljali.

Beutler i saradnici (2004) ističu da ova lista kriterijuma nije konačna i da su potrebna još brojna istraživanja koja će nam dati još bolju sliku o

tome koje varijable klijenta moderiraju efikasnost tretmana i kako nam takva informacija može pomoći da preko dijagnostike tih varijabli postignemo što bolje poklapanje karakteristika klijenta i karakteristika tretmana ne bi li taj tretman dao što bolje rezultate. Trenutno interes ovih istraživače je usmeren na otkrivanje doprinosa stila emocionalne vezanosti na razvoj relacije sa terapeutom i preko te relacije na efikasnot tretmana, a takođe je istraživački interes usmeren na razvoj modela koji bi integrisao sve ove pojedinačne kriterijume i ukazao na njihov međusobni uticaj jer ima indicija da različite kombinacije kriterijuma modifikuju uticaj svakog kriterijuma (Koocher, Norcross & Hill, 2005).

16.3. Neophodna znanja

Iz pregleda samo dela tipičnih zadataka koje svakodnevno sprovodi psiholog zaposlen u kontekstu mentalnog zdravlja možemo da vidimo da je klinička procena izuzetno kompleksna delatnost koja podrazumeva da psiholog koji je sprovodi odlično poznaje opšta pravila o odnosu varijabli koje posmatra a koja proističu iz pouzdanih empirijskih podataka, da dobro poznaje vrednost tehnika kojima dolazi do podataka o klijentu, da razume konceptualne modele u okviru kojih će integrisati i interpretirati podatke, ali i da sve vreme mora da bude svestan da se pred njim nalazi neponovljivo i jedinstveno ljudsko biće sa svojom jedinstvenom biografijom, jedinstvenim ciljevima i specifičnim životnim kontekstom i da sve to ponekad izmiče svim našim šemama od kojih zbog toga ne smemo odustati ali u odnosu na koje ćemo uvek zadržati racionalnu distancu.

Ako pokušamo da rezimiramo, onda možemo da kažemo da je ono što se očekuje od kliničara koji radi u ovom kontekstu, a da bi mogao da odgovori na svakodnevne zahteve prakse, to da dobro poznaje:

- opštu i specijalnu psihopatologiju, odnosno da zna kriterijume na osnovu kojih se sprovodi klasifikacija poremećaja,
- različite teorijske koncepte koji objašnjavaju etiologiju i prirodu različitih poremećaja,
- makar okvirno farmako terapiju, odnosno da zna koje su velike grupe farmaka koji se primenjuju u psihijatriji, koje su indikacije za njihovu primenu, a koje kontraindikacije, koji su kratkoročni i dugoročni efekti određenih farmaka na ponašanje i doživljavanje pacijenata i sl.
- rezultate istraživanja u oblasti psihopatologije,
- principe primene, obrade i interpretacije psiholoških tehnika, testova i metoda za procenu psihopatoloških fenomena,
- psihometrijske karatkeristike instrumenata koje namerava da upotrebljava u procesu procene,

- veštine aktivnog slušanja i generalno komunikacione veštine,
- teorijske okvire iz kojih proističu različite metode procene i varijable koje se zahvataju primenjenim metodama,
- metodologiju istraživanja i specifičnosti istraživanja u kliničkoj psihologiji,
- savremene psihoterapijske pristupe i njihova indikaciona područja,
- savremene psihološke modele promene ponašanja i njihove implikacije na kliničku praksu i posebno na praksu kliničke procene
- rezultate evaluacije psihoterapije, a naročito da zna koje intervencije imaju empirijsku potvrdu sa kojim klijentima i u odnosu na koje probleme,
- etičke principe na kojima se zasniva rad psihologa s obzirom da mnoge dileme koje treba da rešava imaju značajno etičko opterećenje, počevši od etiketiranja i povećanja verovatnoće stigmatizacije psihijatrijskog klijenta pa do pitanja etičnosti zadavanja instrumenata koji nisu standardizovani na našoj populaciji ili preporučivanja tretmana koji nemaju adekvatnu empirijsku proveru,
- ukoliko radi u neuropsihološkom kontekstu, onda je nužno da dobro poznaje i oblast neuropsihologije i različite baterije testova i metoda koje se primenjuju u cilju procene psihoorganiciteta,
- ukoliko radi u razvojno kliničkom kontekstu onda je nužno da razume principe normalnog i patološkog u razvoju, da poznaje oblast razvojne psihopatologije i specifičnosti kliničkog pristupa deci i mladima kao i da je vešt u primeni metoda i tehnika procene namenjenih ovoj uzrasnoj grupi.

16.4. Specifičnost komunikacije

Posebno delikatna tema za kliničkog psihologa u kontekstu mentalnog zdravlja je komunikacija sa srodnim strukama, prvenstveno sa psihijatrima. Kada govorimo o komunikaciji, onda mislimo i na stručnu i na profesionalnu komunikaciju.

Pod stručnom komunikacijom podrazumevamo posredovanje psihologa između pacijenta i psihijatra ili nekog drugog tražioca procene. Ovo posredovanje se najčešće odvija kroz usmeni ili pismeni izveštaj u kome psiholog daje rezultate svoje procene. Brojni su nesporazumi koji mogu da iskrsnu u ovoj oblasti, počevši od nedovoljno dobrog razumevanja cilja i svrhe procene, što dovodi do toga da psiholog na kraju daje izveštaj koji nije klinički relevantan, preko nedovoljno jasnih i višesmislenih termina koje i psihijatri i psiholozi koriste kada opisuju svoje klijente i njihove probleme (npr. termini poput emocionalno nezreo, prazna ličnost, slaba ličnost, ner-

vni slom! i sl., koji se neretko sreću u izveštajima ove dve vrste stručnjaka) pa do problema koji proističu iz različite konceptualizacije mentalnih poremećaja i strategija kako se oni trebaju rešavati. Tako psihijatri najčešće funkcionišu iz medicinskog modela i bihevioralnu disfunkcionalnost tretiraju kao simptom neke neurološke bolesti ili neurološke disfunkcije, dok psiholozi češće koriste neki od psiholoških modela i bihevioralnu disfunkcionalnost tretiraju kao grešku u adaptaciji a psihičke probleme pre vide kao probleme življenja nego kao indikatore latentne bolesti organa. Jedna vrsta problema proističe iz toga što ova dva modela nisu uvek kompatibilna u praktičnim dijagnostičkim i terapijskim implikacijama a još ozbiljnija vrsta problema se razvija kada protagonisti ove dve struke zanemare da se još uvek na ovom stupnju pozitivnog znanja radi samo o konceptualnim modelima koji treba da olakšaju razumevanje realnosti a ne o realnosti. U tom smislu, ovakvi modeli za sada mogu biti samo korisni i funkcionalni a ne i tačni ili netačni. Problemi u komunikaciji mogu da proisteknu i iz činjenice da ove dve struke imaju u značajnoj meri i zajednički predmet bavljenja (osoba ili manja grupa sa psihičkim poteškoćama) i u značajnoj meri slične metode pristupa (npr. naturalističke procene ličnosti, psihoterapijske i socioterapijske metode, rad sa porodicom klijenta), a ono što ih razlikuje je osim konceptualnih modela i način i putevi sticanja znanja, tako da povremeno postoji napetost između stručnjaka u vezi toga ko je za šta stručno kompetentan.

Delikatnost teme komunikacije proističe i iz paradoksalne pozicije kliničkog psihologa u medicinskim institucijama koje se bave pitanjima mentalnog zdravlja i koja definiše profesionalnu komunikaciju psihologa sa ostalim profesijama. S jedne strane, psiholog je pozvan da kao ekspert za procenu i razumevanje ponašanja i psihopatoloških fenomena svedoči o relevantnim aspektima funkcionisanja pacijenata kao i da sprovodi psihološki tretman, a sa druge strane, usled hijerarhijskog ustrojstva psihijatrijskih institucija, zvanično psiholog ima status saradnika a ne zdravstvenog radnika, što je inače status zaposlenih u zdravstvu koji svoj rad ne ostvaruju kroz direktan rad sa pacijentima, kao što su npr, administrativni radnici. Ovo ima ozbiljne reperkusije na mesto psihologa i u lancu odlučivanja i upravljanja, ali i u smislu uobičajeno nižih zarada psihologa u odnosu na medicinsko osoblje, što često rezultira doživljajem osujećenosti i delimično je doprinelo tome da klinički psiholozi traže i druge kontekste u kojima mogu primenjivati svoja znanja i veštine.

17. FORENZIČKI KONTEKST

17.1. Tipične institucije i klijenti

Kada govorimo o forenzičkom kontekstu procene, mi prvenstvneno mislimo na kliničku procenu koja se sprovodi sa osobama koje su u nekom sudskom procesu, bilo da su u pitanju počinioci nekog dela, bilo da se uključuju u sudski proces kao žrtve, bilo da su u nekom postupku kao što je procena poslovne sposobnosti ili procena podobnosti za obavljanje roditeljske dužnosti i sl. Forenzički kontekst kliničke procene nije definisan institucijom u kojoj klinički psiholog radi nego za koju ili po čijem zahtevu i u koje svrhe sprovodi procenu. Naime, forenzičku kliničku procenu najčešće sprovode psiholozi koji su zaposleni u kliničkom konteksu ili u kontekstu socijalne zaštite, a sve češće i psiholozi privatnici koji se bave nekim oblikom kliničke psihologije. Ovo je posledica toga da se problematika koja se procenjuje u forenzičkom kontekstu, klijentela koja se procenjuje, kao i metodologija rada u značajnoj meri poklapaju sa onima iz kliničkog i socijalno-kliničkog konteksta.

Najčešći naručioci kliničke procene u oblasti forenzike će biti ili pravni zastupnik neke od stranaka uključenih u proces ili sudija koji vodi sudski postupak ili psihijatar koji je i sam uključen u forenzičku procenu pa mu trebaju dodatne informacije od psihologa koga onda uključuje u tim za procenu. U zavisnosti od toga da li psiholog procenu, koja se u ovom kontekstu naziva *veštačenje*, vrši samostalno ili kao član tima i njegovo mišljenje kao *stručnog svedoka, odnosno veštaka*, će biti dato u obliku izveštaja, koji se naziva *ekspertiza,* samostalno ili će biti integralni deo mišljenja stručnog tima. Kada psiholog nastupa samostalno, onda i usmeno brani, odnosno obrazlaže dato mišljenje pred članovima suda, a kada je deo tima, onda nekad učestvuje i u usmenoj odbrani, a nekad to čini drugi član tima, najčešće psihijatar.

Ova činjenica da psiholog javno obrazlaže zaključke do kojih je došao procenom klijenta je nešto što forenzičku procenu čini specifičnom u odnosu na druge vrste kliničke procene. U drugim kontekstima, uslov za procenu je dobrovoljnost klijenta i relativna tajnost podataka. U forenzičkom

kontekstu se od oba ova principa odstupa. Sličnu situaciju imamo samo delimično zastupljenu i u kontekstu socijalne zaštite, ali i tamo je tada uvek uključen i neki državni organ kao naručilac. Ovu činjenicu je važno imati u vidu jer može da utiče na verodostojnost podataka koje dobijamo od klijenata jer su klijenti direktno ili indirektno zainteresovani za rezultate procene i obično su svesni da rezultati mogu da utiču na ishod procesa u kojem učestvuju.

Najčešće klijenti su ili počinioci nekog dela ili žrtve nekog dela ili učestvuju kao svedoci pa se procenjuje njihova verodostojnost ili su pak stranke koje učestvuju u nekom parničnom postupku, kao što je slučaj kod dodele starateljstva roditelju nakon razvoda braka.

17.2. Tipični zadaci psihologa

Najopštije rečeno, zadatak kliničkog psihologa će u oblasti forenzike biti da za naručioca prosledi mišljenje o klijentovom mentalnom stanju i sposobnostima koje su predmet procene. U određenom broju slučajeva zadaci koji se postavljaju pred psihologa veštaka nisu po svojoj prirodi psihološki kao npr. u slučaju kada se traži da psiholog proceni da li je počinilac nekog kriminalnog dela bio uračunljiv u momentu izvršenja dela. Uračunljivost nije psihološki nego je pravni pojam i ne postoje neke propisane psihološke procedure, tehnike ili standardi koji su namenjeni ispitivanju uračunljivosti. U takvim slučajevima, psiholog mora prvo da prevede zahtev za procenom na nivo psiholoških varijabli za koje poseduje metodologiju procene a koje mogu da daju odgovor na pitanje koje je postavljeno u pravnim terminima. U pitanju procene uračunljivosti to bi značilo da će psiholog najšire posmatrano procenjivati indikatore koji mogu da ukažu da li je u momentu izvršenja dela počinilac bio sposoban da objektivno percipira situaciju i da razume delo koje je izvršio, odnosno da li je bio sposoban da razlikuje realnost od svoje fantazije.

Da bi došao do odgovora na najveći broj zadataka u forenzičkom kontekstu, psiholog će najčešće procenjivati:

- *ličnost klijenta*, odnosno njegove dominantne osobine kao i uslove koji su mogli doprineti da se neke osobine razviju (npr. kod maloletnih prestupnika se procenjuje da li je manifestovanom ponašanju koje je dovelo do počinjenog dela doprinela određena struktura ličnosti prestupnika kao i da li je porodična atmosfera mogla doprineti razvoju i održavanju takve strukture ili kod roditelja nakon razvoda u procesu dodele starateljstva se procenjuje koje osobine su istaknute kod svakog od roditelja i da li registrovane osobine mogu doprineti neadekvatnom

razvoju deteta, kao što je npr. rigidnost, smanjena tolerancija na frustraciju, neadekvatna emocionalna regulacija, manifestna agresivnost, opsesivna sitničavost, preterani perfekcionizam...);

- *prisustvo patologije ili disfunkcionalnosti*, pa će kod optuženika ocenjivati da li je patologija interferirala sa mogućnošću osobe da donosi odluke u vezi počinjenog dela, kod žrtve da li je patologija postojala i pre počinjenog dela ili je u pitanju traumatizacija, kod procene podobnosti osobe za roditeljstvo da li patologija umanjuje sposobnost osobe da bude adekvatan roditelj, kod procene poslovne sposobnosti da li se razvija neka patologija koja onesposobljava osobu da samostalno donosi odluke u vezi sebe i svoje imovine a kod svedoka da li je izmenila njegovu mogućnost da verodostojno svedoči;
- *intelektualnu zrelost klijenta*: odnosi se na kvantitativne pokazatelje razvoja inteligencije i klasifikaciju inteligencije klijenta, ali i na procenu u kojoj meri klijent shvata realnost i svoje postupke, kako praktično koristi svoje kapacitete, koliko je intelektualno rigidan, koji je kvalitet mišljenja, za koje aktivnosti je sposoban a za koje nije ukoliko postoji ozbiljnije oštećenje inteligencije, da li mu kapaciteti omogućavaju da unapred predvidi i razume posledice nekih događaja ili svojih radnji;
- *emotivnu zrelost*: u ovom specifičnom kontekstu ona se uglavnom odnosi na širinu i intenzitet emocionalnih reakcija, usaglašenost emocionalnog odgovora sa situacijom i mogućnost kontrole emocionalnosti, impulsivnost i frustracionu toleranciju, kvalitet emocionalnog vezivanja, sposobnost empatije, sposobnost razvoja osećanja krivice;
- *socijalnu zrelost*: uglavnom se procenjuje uklopljenost osobe u primarnu i u sekundarne grupe i sposobnost stvaranja socijalnih relacija, usvojenost moralnih normi, usvojeni vrednosni sistem, odnos prema odgovornosti, sposobnost donošenja odluka i samostalno delanje, sugestibilnost;
- *motivaciju*: kod počinioca dela procenjuje se šta je najverovatniji razlog za kriminalno ponašanje, kod procene verodostojnosti svedoka da li postoje motivi koji bi mogli da kompromituju tačnost njegovog svedočenja, kod roditelja u postupku dodele dece, koji su motivi svakog od učesnika da preuzme brigu o detetu, isto kod potencijalnih usvojitelja, šta ih motiviše za takav čin, kod žrtve koja traži naknadu štete da li su u pitanju samo motivi za kompenzacijom pretrpljene štete ili ima i drugih motiva i sl. Ovde je važno naglasiti da psiholog ne treba da se bavi pitanjem da li počinilac ili svedok laže, jer je to posao suda. Posao psihologa je da istraži i pitanje motivacije da bi bolje definisao udeo mentalnog stanja klijenta u konkretnom ponašanju koje je predmet sudskog spora;

- *sve ometajuće faktore i okolnosti* koju su mogli da utiču na sposobnost donošenja odluka i prosuđivanja klijenta, na njegovu percepciju ili nameru, odnosno njegovo mentalno stanje koje je tako doprinelo da izvrši počinjeno delo i putem kojih se može makar delimično objasniti ponašanje klijenta. Npr. neke osobine klijenta kao što su hipersenzitivnost i interpretativnost mogu ga učiniti više osetljivim na provokacije, rigidnost može dovesti do veće sklonosti da ulazi u konflikte ili da zahteve za nekom promenom doživi kao napad, životna situacija koja je trenutno teška zbog brojnih nagomilanih životnih događaja je mogla da oslabi kontrolne mehanizme pa se može razumeti klijentova snižena frustraciona tolerancija ili ponašanje koje inače ni on sam ne odobrava i što povećava verovatnoću da uz adekvatan tretman taj klijent neće više činiti slične kriminalne radnje, ili obrnuto, da je inkriminisano ponašanje više rezultat stabilnih personalnih struktura manje podložnih promenama, pa postoji veća verovatnoća recidiva što u sudskom procesu može uticati na režim sankcija (o tome uvek odlučuje sudija, nikad veštak!). Ponekad je uzrast klijenta faktor koji pomaže da razumemo ponašanje klijenta i da ga tumačimo u kontekstu nezavršenog razvoja, kao npr. donošenje impulsivnih odluka ili potpadanje pod uticaj vršnjačke grupe kod adolescenata a ponekad je u pitanju mogućnost uticaja fiziološkog stanja, npr. pojava postpartalne psihoze kod slučaja izvršenja dela čedomorstva i sl.

Kada psiholog samostalno vrši ekspertizu, svoj izveštaj daje u obliku nalaza i mišljenja koji treba da sadrže sledeće informacije:

- osnovne identifikacione podatke o ispitaniku ili o ispitanicima koji su bili procenjivani,
- obavezno istaknut zahtev, odnosno koji je razlog zašto se sprovodi ispitivanje ili na koja pitanja treba da odgovori procena,
- opis ponašanja ispitanika u situaciji ispitivanja,
- koje su tehnike primenjene u proceduri procene,
- podatke o intelektualnom funkcionisanju ispitanika kroz podatke o nivou sposobnosti, stilu rešavanja problema, mentalnoj efikasnosti i eventualnim oštećenjima i indikatorima intelektualnog propadanja,
- podatke koji ukazuju na istaknute karakteristike ličnosti ispitanika,
- podatke koji ukazuju na emocionalni profil i emocionalnu regulaciju ispitanika,
- podatke o odnosu svesne i nesvesne motivacije,
- podatke o obrascima interpersonalnog ponašanja,
- eventalno, ako je to deo zahteva, dijagnostičku klasifikaciju,
- obavezno predloge u odnosu na dalji postupak i zaključni odgovor na postavljeno pitanje.

Kada nastupa kao deo tima, izveštaj psihologa je obično koncizniji i direktno usmeren na davanje odgovora na postavljeno pitanje.

Najočigledniji razlog za uključivanje psihologa u sudske postupke proizilazi iz namere države da svim akterima koji su deo procedure obezbedi maksimalno pravedne uslove.

Sve ove procene psiholog sprovodi isključivo u odnosu na specifične okolnosti zbog kojih se osoba nalazi u sudskom postupku i zaključci koje iznosi imaju značenje samo u odnosu na tu situaciju. U svojoj ekspertizi psiholog bi trebalo da naglasi tačno koji je predmet procene, odnosno u odnosu na koji specifičan zadatak sprovodi procenu. Raspon ovih zadataka u praksi je izuzetno širok. Ovde ćemo navesti samo one osnovne i relativno česte zadatke koje psiholog dobija kada je reč o proceni u forenzičkom kontekstu.

17.2.1. Veštačenje procesne kompetentnosti

Psiholog treba da proceni da li je optuženik mentalno sposoban da razume situaciju suđenja i da kompetentno učestvuje u njoj. To obično obuhvata procenu da li je u slučaju da je priznao zločin, klijent bio priseban i shvatio značaj tog priznanja, kao i da li je uopšte dovoljno duševno zreo (intelektualno, emocionalno, socijalno) da da verodostojne izjave o svom učešću u zločinu. Zatim obuhvata procenu da li je klijent dovoljno kompetentan, odnosno mentalno sposoban da prati suđenje i učestvuje u njemu, da razume proces iznošenja dokaza i posledica tog procesa, i da samostalno i verodostojno svedoči o svojoj nevinosti, krivici ili elementima koji umanjuju krivicu. Obuhvata i procenu kompetentnosti da razume kaznu i uslove izvršenja kazne, kao i da bez ozbiljnije traumatizacije podnese kaznu. U slučaju da je bilo koja od ovih kompetentnosti upitna, suđenje ili izvršenje kazne se odlažu a preduzimaju se mere tretmana koje treba da povrate klijenta u stanje kompetentnosti. Važno je prepoznati da ovo nije isto što i veštačenje uračunljivosti. Naime, počinilac može biti privremeno neuračunljiv za vreme izvršenja dela, a ponovo mentalno priseban i uračunljiv u vreme sudskog procesa i obrnuto, uračunljiv u vreme dela a privremeno neuračunljiv, odnosno, nekompetentan u toku procesa. Naravno, može biti i uračunljiv u obe situacije ili neuračunljiv u obe situacije. One treba da se posmatraju nezavisno. Psiholog procenjuje da li postoje elementi trajne ili privremene nekompetentnosti. Trajna bi proisticala iz npr. intelektualne insuficijentnosti, bilo zbog mentalne retardacije, bilo zbog deterioracije koja je posledica nekog ireverzibilnog psihoorganskog procesa, a privremena iz npr. psihotične reakcije na aktuelnu situaciju, apstinencijalne krize, razvojno uslovljene duševne nezrelosti i sl.

❒ **Prilog 11.**

VEŠTAČENJE PROCESNE SPOSOBNOSTI

Psiholog: Ksenija Kolundžija

Naredba za veštačenje: «Zadatak tima veštaka je da se izjasni na okolnost zdravstvenog stanja okrivljene..., te da se izjasne u pogledu njene sposobnosti da prisustvuje glavnom pretresu i učestvuje u postupku kao stranka.»

Psihološko ispitivanje rađeno je u svrhu sudsko-psihijatrijskog veštačenja, odnosno u sklopu timskog veštačenja.

Opšti podaci

- S.M. 30 godina, završena viša škola, trenutno nezaposlena, razvedena, bez dece.
- Dugogodišnja upotreba heroina, nakon krivičnog dela obraća se za stručnu pomoć
- Optužena za krađu

MMPI:

- Profil D Pt na granici T70
- kontrolne skale nisu značajne

VITI:

- VIQ= 112
- MIQ= 108
- CIQ= 110
- Skater: ujednačene sposobnosti, nema odstupanja ni u jednom pravcu

Roršah:

- vulnerabilan afekat
- indikatori anksioznosti
- ne registruju se pokazatelji depresivnosti
- test realiteta očuvan

Nalaz i mišljenje

Kontakt sa ispitanicom se lako uspostavlja, spremna je na saradnju i bez teškoća udovoljava svim testovnim zahtevima. Misaoni tok je koherentan, te se razgovor neometano vodi u željenom pravcu. Nakon dugogodišnjeg povremenog korišćenja heroina, povećavanjem učestalosti uzimanja razvija zavisnost od opijata. Unazad nekoliko meseci je u fazi apstinencije. Tegobe na koje se žali (sniženo raspoloženje, bezvoljnost,

nezainteresovanost za svakodnevne životne aktivnosti, osećanja krivice, besperspektivnosti i beznadežnosti, suicidalne ideje, poremećaj sna) počinju nakon krivičnog dela. Aktuelno, po ispitaničinim rečima, navedene tegobe perzistiraju i dalje, mada mnogo manjeg intenziteta.

Intelektualno funkcionisanje ispitanice je u granicama proseka. Ne registruju se indikatori propadanja kognitivnih funkcija, organske etiologije.

Testovnim ispitivanjem dobijaju se podaci koji potvrđuju postojanje premećaja raspoloženja, u pravcu depresivnosti. Takođe, pored depresivnog kognitivnog stila, upadljivi su i kognitivni korelati anksioznosti, dok su somatski slabije izraženi. Navedene karakteristike ne dostižu intenzitet koji bi aktuelno kompromitovao snalaženje u svakodnevnim životnim situacijama, niti imaju značajan uticaj na ispitaničine kognitivne sposobnosti (ne registruje se pad opšte efikasnosti, niti oštećenje pažnje i koncentracije).

Elaboracije na projektivnom materijalu upućuju na unutrašnju nestabilnost ličnosti, koja je aktuelno kompenzovana, u kontekstu očuvanog testa realiteta.

Zaključak tima veštaka

«... ranije prisutna zavisnost od heroina kao i ispoljeni depresivni poremećaj kod okrivljene, kupirani su u toku dosadašnjeg psihijatrijskog lečenja. Aktuelno psihičko stanje okrivljene je bez prisustva značajnih psihopatoloških ispoljavanja. U skladu sa navedenim S.M. je sposobna da prisustvuje glavnom pretresu i da učestvuje u postupku kao stranka.»

17.2.2. Veštačenje uračunljivosti

Psiholog treba da proceni da li postoje indikatori u mentalnom stanju klijenta koji bi ukazivali da postoji opravdana sumnja da je klijent u vreme izvršenja dela bio neuračunljiv. Neuračunljivost se odnosi na sposobnost razumevanja i situacije i svojih postupaka i posledica tih postupaka kao i na mogućnost da se tim postupcima voljno upravlja. Pretpostavka je da osoba može biti kriva za neko delo samo ako je bila sposobna da ga odgovorno sprovede, odnosno ako je znala šta radi, ako je znala da to što radi nije dobro ili barem da je znala da društvo ne odobrava takva dela i ako je mogla da odluči svojevoljno da to delo uradi ili ne. Ako je postojao bilo koji faktor koji je mogao da kompromituje ovu sposobnost onda je potrebno proceniti prirodu i efekte takvog faktora na kriminalno ponašanje okrivljenog. Kada procenjujemo uračunljivost, onda procenjujemo i koji stepen neuračunljivosti je u pitanju.

O *potpunoj neuračunljivosti* govorimo kada na osnovu rezultata procene zaključimo da je mentalno stanje klijenta bilo u toj meri izmenjeno da u momentu izvršenja dela ili nije shvatao šta radi ili nije shvatao da je to

loše ili je verovao da nije imao izbora, kao u slučaju dela nasilja (ubistva, fizičkog napada, silovanja...) koje izvrši osoba u psihotičnom šubu, pod uticajem haluciniranih naredbi ili u okviru paranoidnog sindroma i kverulentnog delirijuma ili kada npr. veruje da je nekoga spasila tim činom i kada veruje da nije imala izbora jer je to naredba koja je došla od strane neke više sile.

O *bitno umanjenoj uračunljivosti* govorimo u slučaju da je delo učinjeno od strane osobe koja je inače zadovoljavajuće funkcionalna ali je u momentu izvršenja dela bila iz nekog razloga značajno izmenjene svesti, npr. zbog snažne emocionalne reakcije, kao što je strah u situaciji percepcije da joj je dete životno ugroženo ili je bila pod snažnim dejstvom alkohola ili nekog narkotika ili je osoba i inače zbog svoje strukture ličnosti, blaže mentalne retardacije ili poremećaja ličnosti značajno pojačane sugestibilnosti, kada ne možemo da govorimo o potpunom izostanku svesti o tome šta čini ili o tome da li je to dozvoljeno ili nije, nego pre o značajno smanjenoj mogućnosti da u tom momentu samostalno donosi odluke i da se npr. suprotstavi nekom stavu ili nekoj naredbi.

O *umanjenoj uračunljivosti* govorimo kada je osoba mogla u datoj situaciji da funkcioniše potpuno pribrano ali su izvesne okolnosti dovele do delimičnog umanjenja te pribranosti, kao npr. kada je reč o trenutnoj sugestibilnosti zbog pripadanja razjarenoj gomili ili delovanju u stanju panike zbog pripadanja uplašenoj gomili, kada je reč o produženoj stresnoj situaciji i akumulaciji nezadovoljstva, te izvršenja dela u obliku acting outa ili kada je reč o ponašanju u blaže alkoholisanom stanju ili pod slabijim dejstvom narkotika (bez izmenjene svesti, samo smanjenih granica i samokontrole).

I o *potpunoj uračunljivosti* govorimo kada nije zabeleženo da postoje faktori koji bi mogli umanjiti uračunljivost, ili ako takvi faktori formalno i postoje, da u konkretnom slučaju nisu delovali na proces donošenja odluke o kriminalnom delu.

Moguće je kao i u slučaju procesne kompetentnosti govoriti i o *privremenoj neuračunljivosti i trajnoj neuračunljivosti.* Ove dimenzije su važne zbog odluke suda o tipu sankcije.

17.2.3. Veštačenje duševne zrelosti

Psiholog treba da proceni da li postoje indikatori da li je neko delo učinjeno od strane osobe koja nije dovoljno duševno (intelektualno, emocionalno ili socijalno) zrela da razume svoje postupke, da predvidi njihove posledice i da upravlja njima. Zahtevi za procenom zrelosti su za psihologa uvek izazovni i delikatni zato što osim za procenu intelektualne zrelosti ne postoje jasno definisani standardi po kojima bi se procenjivala emocionalna ili socijalna zrelost nego se o njima posredno zaključuje na

❒ **Prilog 12.**

VEŠTAČENJE URAČUNLJIVOSTI

Psiholog: Ksenija Kolunžija

Naredba za veštačenje: «Određuje se neuropsihijatrijsko veštačenje na okolnost da li je okrivljenji u vreme izvršenja krivičnog dela bio sposoban da shvati značaj svoga dela i da upravlja svojim postupcima.»

Psihološko ispitivanje rađeno je u svrhu sudsko-psihijatrijskog veštačenja, odnosno u sklopu timskog veštačenja.

Opšti podaci:

- J. M. (27), završena srednja škola, nezaposlen, neoženjen, iz Novog Sada
- Unazad nekoliko godina živi sa babom i dedom koji ga izdržavaju
- Psihoaktivne supstance (marihuana, sedativi, kokain, heroin) uzima od srednje škole, u dva navrata, kratko lečen na psihijatriji
- Optužen za nasilje u porodici (fizički napadi na majku)
- Iz sudskih spisa: svedoci (članovi porodice) primećuju promenu u ponašanju tokom perioda koji je prethodio krivičnom delu

Opšti utisak i pristup ispitivanju

- Razgovor prihvata potpuno nezainteresovano
- Daje kratke, često neadekvatne i nejasne odgovore
- Misaoni tok tokom dužeg razgovora povremeno gubi ciljnu predstavu
- U sadržaju mišljenja nema jasno profilisanih sumanutosti
- Navodi da se ne seća krivičnog dela
- Afekat je «zaravnjen» i prazan, ne prati sadržaj mišljenja
- Ne uspeva da udovolji svim testovnim zahtevima (MMPI, VITI)

TVP:
- Ne registruju se tipične organske greške
- Funkcije pažnje i koncentracije su očuvane

Roršah:
- Veliki broj patoloških verbalizacija (konfabulacije, kontaminacije, autistična logika, bizarni odgovori)
- šen test realiteta

Nalaz i mišljenje

Kontakt sa ispitanikom se uspostavlja, mada se razgovor otežano vodi u željenom pravcu usled okolišnog i neobičnog mišljenja. Usled povremenog gubitka direkcije u mišljenju i ambivalencije ispitanik nije bio u mogućnosti da ispuni sve testovne zahteve. Tokom intervjua navodi da psihoaktivne supstance ne koristi unazad dve godine, nakon bolničkog lečenja. Međutim, u poslednje vreme povremeno konzumira alkohol, u manjim količinama i nikad do opijanja. Aktuelno se žali na poremećen san, u smislu da uopšte ne spava par dana i na osećaj emocionalne praznine. Takođe, primetio je da ga prijatelji u poslednje vreme «drugačije...čudno gledaju». Prilikom razrade sadržaja na diferentne teme, daje oskudne, mada neobične elaboracije («Došlo mi je do prekida samosvesti»).

Testom osetljivim na organicitet nisu registrovani indikatori organskog propadanja kognitivnih funkcija.

Ispitanika, pored apragmatičnosti karakteriše pasivnost, odsustvo inicijative i gubitak ineteresovanja za svakodnevne životne aktivnosti, što je praćeno socijalnom izolacijom. Patološke verbalizacije, autistična logika, inkoherentna verbalizacija, propadanje granica pojma, kao indikatori na projektivnom materijalu, upućuju na gubitak distance prema realitetu i dezorganizaciju ličnosti do psihotičnog nivoa.

Zaključak tima veštaka

«...mišljenja smo da je u vreme počinjenja krivičnog dela psihičko stanje okrivljenog bilo izmenjeno po psihotičnom tipu, usled čega okrivljenji nije mogao ni da shvati značaj svoga dela niti je mogao da upravlja svojim postupcima. Pored toga što je okrivljeni prestao da uzima psihoaktivne supstance, kod njega postoji psihotični poremećaj koji, s obzirom da se ne leči, predstavlja opsnost da okrivljeni ponovo izvrši isto ili slično krivično delo i u skladu sa tim predlažemo meru obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja...»

način koji smo opisali na početku ovog poglavlja. Zato se psiholozi kada treba da procene zrelost osobe ipak u najvećoj meri oslanjaju na podatke o intelektualnoj zrelosti, odnosno razvijenosti i integrisanosti intelektualnih sposobnosti, a ostalim podacima upotpunjavaju sliku o duševnoj zrelosti osobe. To znači da će u najvećem broju slučajeva kliničar upotrebiti klinički test inteligencije prilagođen uzrastu a da će onda proširivati bateriju instrumentima i tehnikama koje mogu posredno da mu daju odgovor i na ostale dimezije duševne zrelosti odnosno nezrelosti. Ovo nikako ne znači da je podatak o intelektualnoj zrelosti dovoljan, nego pre možemo reći da je nužan a da o dovoljnosti govorimo tek u kontekstu dela koje je izvršeno, uzrastu osobe koja ga je izvršila, dominantnih personalnih osobina osobe i eventualno indikatora da postoji psihopatološki izmenjeno funkcionisanje počinioca. Ova nezrelost može da bude prolazna, uslovljena uzrastom

ili uslovljena neadekvatnim životnim okolnostima, te da se očekuje da će biti prevaziđena sa odrastanjem ili uz neku intervenciju, a može da bude i strukturalna kao deo neke retardacije ili deterioracije ili kao deo strukture ličnosti ili poremećaja i da postoji mala ili nikakva verovatnoća da će biti prevaziđena, kao npr. u slučajevima antisocijalnog ili graničnog poremećaja ličnosti. Ovakva veštačenja se obično obavljaju u svrhu olakšavanja odluke sudije u vezi tipa sankcija i posebno su delikatna kod osoba koja su prvi put uradila neko delo i kod dece i omladine kada se odlučuje o tome da li počinilac treba da bude smešten u neku instituciju ili da bude uslovno pušten uz pojačane mere nadzora i obaveznog tretmana jer se očekuje da će uz adekvatnu asistenciju prevazići trenutnu nezrelost.

17.2.4. Veštačenje ličnosti

Psiholog najčešće treba da proceni verodostojnost svedoka, odnosno kompetentnost svedoka koja bi govorila o adekvatnoj ili sumnjivoj verodostojnosti njegovog svedočenja. Svedok može biti treće lice, a može biti i sama žrtva koja svedoči o delu koje je sprovedeno nad njom. U ovom slučaju psiholog opet procenjuje postojanje različitih personalnih indikatora koji bi mogli da ukažu da li kod svedoka postoje neki *trajni* (tiču se strukture ličnosti, psihopatologije, intelektualne zrelosti i sl.) ili *prolazni procesi* (tiču se emocionalnog stanja, motivacije, prolaznih izmena stanja svesti i sl.) koji dovode u sumnju istinitost svedočenja. Zadatak psihologa ni u jednom momentu ne sme biti da diskutuje o istinitosti svedočenja, nego samo da istraži da li u funkcionisanju svedoka postoje neki psihosocijalni faktori koji bi mogli da ukažu na trenutnu ili trajnu nekompetentnost svedoka. Ovaj zadatak je posebno delikatan kada je u pitanju veštačenje kompetentnosti deteta, moguće žrtve zlostavljanja. Psiholog treba tada da proceni trenutnu zrelost deleta, posebno odnos sugestibilnosti deteta i mogućnosti da je dete izmislilo delo u smislu da li je sposobno uopšte da izmisli navedene detalje i da li je motivisano da to uradi, kvalitet relacija sa navedenim zlostavljačem, da li je zlostavljač poznat ili nepoznat, da li je u pitanju ponavljano zlostavljanje, da li je u pitanju član porodice, npr. roditelj ili hranitelj, kvalitet relacija sa članovima porodice ili sa roditeljem nezlostavljačem, kvalitet relacija među roditeljima kada je jedan roditelj označen kao zlostavljač, osobine i ponašanja koje dete ispoljava, da li su tipična za decu koja su bila žrtve zlostavljanja i sl.

17.2.5. Veštačenje traumatizovanosti

Psiholog treba da proceni da li se kod žrtve nekog kriminalnog dela ili kod žrtve neke povrede ili kod svedoka nekog traumatičnog događaja ili

kod žrtve mobinga ili druge vrste izloženosti nekom traumatskom iskustvu mogu registrovati indikatori psihološke traumatizovanosti a da se oni mogu prvenstveno pripisati tom preživljenom iskustvu ili posledicama tog iskustva, npr. nastaloj invalidnosti ili narušenoj fizičkoj pojavi ili pretrpljenom emotivnom bolu i sl.

Osim samog prisustva traumatizovanosti i registrovanja povezanosti sa doživljenim iskustvom, psiholog procenjuje i koliko ta traumatizovanost ometa aktuelno funkcionisanje ispitanika i da li je ometenost trajna ili prolazna i koliki je dodatni napor potreban da bi se traumatizovanost sanirala. Psihološka trauma se najčešće ispoljava u formi simptoma postraumatskog stresnog poremećaja, ali i u formi pojave depresivnih simptoma, različitih anksioznih stanja, disocijacije ili psihotične reakcije.

Psiholozi će povremeno, ako je osoba bila izložena povredi glave ili nekom trovanju, procenjivati i postojanje oštećenja intelektualnih funkcija.

Najčešće su u pitanju dve mogućnosti kada je u pitanju procena traumatizovanosti. Jedno je da je osoba pre iskustva adekvatno funkcionisala i da je traumatizovanost u najvećoj meri posledica izloženosti datom iskustvu. Ovo je jednostavnija procena. Komplikovanija je situacija kada je osoba i pre iskustva bila nefunkcionalna jer tada psiholog treba da proceni da li je i ako jeste u kojoj meri je traumatsko iskustvo dodatno opteretilo disfunkcionalnost, a u kojoj meri je sama premorbidna problematika doprinela intenzitetu traume pa je intenzitet traume više posledica trajne strukture ličnosti klijenta nego što se može pripisati težini traumatskog iskustva. Ovo je vrlo delikatna procena jer je traumatizovanost koja se pojavljuje npr. samo u formi duševnog bola u znatnoj meri subjektivna i pogrešno bi bilo automatski proceniti da je traumatizovanost osobe koja je i ranije bila nefunkcionalna isključivo posledica njene premorbidne strukture. Najčešće psiholog će se baviti poređenjem šta je klijent bio u stanju da uradi pre iskustva a šta sada nije u stanju, kao i da li postoje neki elementi agravacije ili možda čak i simulacije.

17.2.6. Veštačenje o dodeli starateljstva

Ova procena se najčešće sprovodi u situacijama razvoda roditelja ili u onim situacijama kada dete treba da promeni ili dobije novog staratelja. Psiholog tada treba da proceni koja dodela starateljstva i kakva organizacija viđanja deteta od strane roditelja kojem nije dodeljeno starateljstvo bi bilo u najboljem interesu deteta. Ovakvo veštačenje se sprovodi onda kada potencijalni staratelji ne mogu sami da donesu takvu odluku nego razviju konflikt oko pitanja starateljstva.

❒ Prilog 13. – Procena traumatizovanosti

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

B. L. (1990) **Psiholog: Sandra Janić**

Psihodijagnostički postupak obavljen je na zahtev suda da bi se utvrdile eventualne posledice predmetnog događaja na psihičko zdravlje mlt. oštećene, kao i na njen budući intimni život. Psihološka eksploracija obavljena je pomoću standarnih tehnika: intervjua sa prigodnom opservacijom, MMPI-202 samoopisne tehnike i MT projektivne tehnike, izabranih pitanja iz projektivnog testa nedovršenih rečenica, kao i testa ego percepcije.

U intervjuu navodi da živi u hraniteljskoj porodici. Pohađa treći razred gimnazije-opšteg smera. Za sebe kaže da je različite stvari interesuju, voli društvo, ali nerado izlazi. Raspoloženje joj je promenljivo, često je loše raspoložena, svi je nerviraju, brzo se razljuti, ali se lako i umiri, ima teškoća sa spavanjem, muče je košmarni snovi. Najčešće sanja da trči kroz šumu, boji se, beži, ali ne zna od čega. Negira zloupotrebu alkohola i psihoaktivnih supstanci. Tokom 2006. nakon traumatskog događaja išla je u nekoliko navrata kod školskog psihologa, kao i u Centar za socijalni rad na razgovor, ali je prestala da ide, jer joj se činilo da joj to ništa ne pomaže i da joj je lakše da o tome što se desilo uopšte ne misli (ovo ukazuje na tendenciju izbegavanja suočavanja s traumatskim događajem i izbegavanjem razgovora o tome što je doživela). Suicidalne ideje joj se povremeno javljaju kad joj se „sve skupi, kad se razočara, kad je povrede i kad se seti šta se sve s njom desilo“. Smatra da kad joj se nešto loše desi u životu uvek ima i to „rešenje“ pred sobom (samoubistvo). Navodi da se pre nekoliko dana javila lekaru zbog tegoba kao što su: vrtoglavica, nesvestica, glavobolja, utrnulost ruku, kaže da je nakon doživljene traume često imala slične simptome, ali se nije svaki put obraćala lekaru.

Eksploracija ličnosti ukazuje na odlike socijalne adaptiranosti, ekstravertnosti, druželjubivosti, niskog nivoa agresivnosti. Izražena je potreba za pažnjom i potvrđivanjem. Naglašena je osetljivost na odbacivanje. Potiskivanje i negacija su osnovni mehanizmi odbrane. Dominira konverzivna simptomatologija, sa fokusom simptoma u glavi, CNS-u, te perifernim organima. Umesto da bude ispoljen na svesnom planu impuls koji uzrokuje anksioznost potiskuje se van domena svesnog i konvertuje u funkcionalni simptom organa ili dela tela. Na projektivnoj tehnici (crtež ljudske figure) se detektuju crte emocionalne nezrelosti, egocentričnosti, osetljivosti na kritiku iz socijalne sredine i društveno mišljenje. Registruje se nepoverenje u socijalne kontakte, kao i osećanje kri-

vice. Konfliktna zona na crtežu, koja se odlikuje senčenjem koje odražava strahovanje je oblast račvanja nogu i opasanja, što upućuje na teškoće u psihoseksualnom razvoju. Evidentira se sniženo samopouzdanje, a upoređivanjem odnosa ženske i muške figure na crtežu uočava se značajna disproporcija, koja ukazuje na doživljaj bespomoćnosti i nemoći u odnosu na snažnu figuru suprotnog pola. Prisutni su indikatori bojažljivosti, povučenosti i nesigurnosti.

Što se oblasti intimnih odnosa tiče, navodi da je nakon traumatskog događaja čitala o temi seksualnosti sa naučnog aspekta. Intelektualno uspeva da obradi datu temu, ali ne i emocionalno. Oseća nelagodnost kad s dečkom gleda neki film na TV u kome se pojavljuju ljubavne scene. Uvek joj se čini da drugi znaju šta joj se desilo i onda oseća sram. Osim doživljaja srama, oseća i poniženje i ljutnju. Ima momka sa kojim se zabavlja već sedam meseci, a pre toga su bili najbolji prijatelji. Stekla je poverenje u njega i više se ne plaši da će je iskoristiti, što je pomišljala na početku emocionalne veze. Ima strah da će je dečko ostaviti, jer odbija seksualne odnose i ima strahove i probleme u ovoj oblasti funkcionisanja. Zna da „to“ (seksualni odnos) treba da se desi u jednoj emocionalnoj vezi, ali se pita koliko puta u životu treba kroz „to“ da prođe. Ne razume zašto uopšte ljudi upražnjavaju seksualne odnose. Izbegava sve što je podseća na traumatski događaj. Čini joj se kao da joj se sve izgubilo iz pamćenja, otežano se priseća doživljenog, data činjenica je povezana sa upotrebom potiskivanja kao mehanizma odbrane, koji podrazumeva istiskivanje iz svesti neprijatnih, bolnih i traumatskih doživljaja u funkciji odbrane ega i samozaštite. Upravo obilato korišćenje potiskivanja dovodi i do transponovanja anksioznosti na somatski plan (konverzivni simptomi).

Može se zaključiti da se radi o osobi čije su intelektualne sposobnosti u kategoriji natprosečne inteligencije. Ličnost odlikuju crte ekstravertnosti, socijabilnosti, neagresivnosti, senzitivnost na kritiku iz socijalne sredine, naglašena potreba za pažnjom i potvrđivanjem, kao i izrazita osetljivost na odbacivanje. U profilu ličnosti registrovane su neurotske manifestacije u vidu dominacije konverzivnih simptoma (glavobolja, vrtoglavica, nesvestica, trnjenje), koje se javljaju usled potiskivanja impulsa koji uzrokuju anksioznost i njihovog konvertovanja na telesni plan. Simptomi služe redukciji anksioznosti.

Na osnovu kriterijuma za procenu posttraumatskog stresnog poremećaja kod mlt. oštećene utvrđeno je naglašeno prisustvo izbegavanja razgovora o doživljenoj traumi, povišen stepen pobuđenosti koji se manifestuje kroz iritabilnost, poremećaj sna, prisustvo košmarnih snova, kao i teškoće u interpersonalnim odnosima usled preosetljivosti na kritiku, nepoverljivosti, doživljaja poniženja i srama, kao i sniženog samopouzdanja. Evidentiraju se i suicidalne ideje. S obzirom na protok vremena (skoro 3 godine od preživljenog traumatskog događaja) može se zaključivati o prisustvu trajnih promena ličnosti posle doživljaja teškog stresa, čemu je prethodio posttraumatski stresni pore-

mećaj, koji je bio konstatovan u osnovnim nalazima veštaka psihologa od 26.11.2006. i veštaka psihijatara od 29.11.2006 u kome veštaci navode postojanje znakova PTSP-a ili sindroma traume silovanja (rape trauma syndrom). Predmetni događaj je na oblast intimnih odnosa ostavio nepobitan uticaj u pravcu straha, nelagodnosti, doživljaja srama, poniženja i nedostatka polne želje.

Da bi se obezbedili neophodni podaci za donošenje odluke, nužno je da psiholog sprovede psihološku eksploraciju sa oba roditelja ili drugim potencijalnim starateljima. Roditelji se procenjuju prvenstveno da bi se ustanovili njihovi kapaciteti za roditeljstvo, odnosno za pružanje one vrste brige koja je najprikladnija specifičnim potrebama njihovog deteta.

Specifično psiholog obraća pažnju na sledeće sposobnosti roditelja: sposobnost da pokaže emocionalnu vezanost, da detetove potrebe stavi ispred svojih potreba, da obezbedi stalnu i doslednu negu i da dosledno sprovodi vaspitne metode ali isto tako i da poseduje sposobnost „zdravog razuma“ i adekvatnog testiranja realnosti, da poseduje dobru emocionalnu modulaciju i kontrolu impulsivnosti, da pokazuje adekvatnu frustracionu toleranciju, da obezbedi adekvatan kontakt sa drugim roditeljem, da predupredu otuđenje deteta od porodice razvedenog roditelja i sl. (Goldstein, 2003).

Psiholog će posebnu pažnju posvetiti i proceni psihopatoloških tendencija da bi se ustanovilo da li roditelji pokazuju znake psihosocijalne neprilagođenosti ili ispoljavaju neki oblik disfunkcionalnog ponašanja. Pri tome je važno voditi računa o tome da samo činjenica da neki od roditelja ima „karijeru“ psihijatrijskog pacijenta i neku psihijatrijsku dijagnozu nije relevantna koliko je relevantno da li je takva poteškoća u nekoj meri inkopatibilna sa odgovornim roditeljstvom. Znači sama činjenica o dijagnostikovanom poremećaju ne interferira nužno sa roditeljskom kompetencijom. Od presudne važnosti je procena da li dijagnostikovani poremećaj ometa roditelja da kontinuirano brine o detetu bez rizika da budu ugroženi detetovi interesi i uslovi za adekvatan rezvoj. Npr. roditelj može biti lako mentalno retardiran a da u odnosu na dete ispoljava jasne vaspitne ciljeve i jednostavne ali predvidive i korektne vaspitne postupke, da savesno brine o njegovim osnovnim potrebama, da ispoljava očiglednu privrženost detetu i uspostavlja kvalitetnu emocionalnu vezanost i da obezbeđuje da dete održava relaciju sa drugim roditeljem i širom porodicom. Istovremeno roditelj može biti lakše mentalno retardiran ali da ispoljava značajno nesnalaženje i nesamostalnost u roditeljskoj ulozi, sklonost ka lakoj dezorganizaciji, smanjenu emocionalnu kontrolu, da nema jasne vaspitne ciljeve ili da ih nedosledno sprovodi. S druge strane, roditelj može biti dijagnostikovan kao paranoidna psihoza a da njegova paranoidnost bude usmerena na neki

vanporodični sistem, kao npr. na radnu sredinu te da u odnosu na dete osim izvesne rigidnosti uglavnom pokazuje adekvatan podržavajući odnos sa jasnim granicama i jasnim zahtevima. Istovremeno, roditelj može da bude dijagnostikovan kao paranoidna psihoza i da usled svoje paranoidnosti ne dozvoljava detetu da ide u školu ili da ima relacije sa vršnjacima razvijajući u odnosu na detetovu okolinu paranoidne interpretacije.

Posebno je zahtevan zadatak kada se kod oba roditelja dijagnostikuje neka disfunkcionalnost, kao npr. u slučaju kada je jedan roditelj opijatski zavisnik a drugi ima dijagnostikovanu psihozu ili jedan je granični poremećaj ličnosti a drugi je disocijalni poremećaj ličnosti. Tada je nužno procenjivati i širu porodicu i mogućnost da dete bude zbrinuto u trenucima privremene nefunkcionalnosti potencijalnog staratelja.

Osim evaluacije eventualne psihopatološke disfunkcionalnosti roditelja, predmet kliničke procene je obavezno kvalitet relacije deteta sa svakim od roditelja, vaspitni stil koji preovlađuje i priroda i intenzitet konflikta između roditelja. Procenjuju se personalne karakteristike svakog od roditelja i prati se da li neke od tih karakteristika doprinose produžavanju i održavanju konflikta i nakon razvoda kao i da li mogu negativno uticati na detetov razvoj u smislu detetovog odnosa prema sebi, svojoj okolini, obavezama i sl. Procenjuje se i da li su roditelji osnovali nove porodice i kakav je kvalitet relacije deteta sa novim partnerima roditelja.

Psiholog procenjuje i dete, posmatrajući kvalitet detetove privrženosti svakom od roditelja kao i da li dete pokazuje neke oblike psihološke neprilagođenosti ili znake neke neprimerene emocionalne reakcije prema jednom od roditelja ili članovima njegove nove porodice.

Faktor koji ne sme da bude primaran ali koji ipak treba respektovati, posebno kada su oba roditelja procenjena kao relativno i jednako adekvatna je u slučaju kojeg starateljstva bi dete značajnije moralo da menja svoje dotadašnje navike i da bude izloženo riziku neuspešne ili otežane adaptacije, kao što je npr. preseljenje iz gradske u seosku sredinu ili obrnuto, izmeštanje iz škole, preseljenje u sredinu sa značajno drugačijom kulturom, običajima ili drugim jezikom i sl.

Kao posebno važan faktor koji se relativno često pojavljuje u situacijama kada se jedan ili oba roditelja i pored formalno završenog razvoda nisu emocionalno razveli od svojih partnera nego i dalje razvijaju negativne emocionalne reakcije jedno prema drugom je pojava emocionalne otuđenosti deteta od jednog od roditelja, uglavnom onog kod kojeg dete trenutno ne živi. To je pojava da dete intenzivno odbija da ide kod drugog roditelja, da ispoljava znake anksioznosti, panike, somatskih reakcija i sl. kada treba da ide u posetu. Naravno, o ovoj pojavi govorimo samo onda kada ne postoje indikatori niti sumnja da je odbačeni roditelj zlostavljač deteta. Iako je roditelj koji ima starateljstvo ili kod kojeg dete živi nakon razvoda,

ovo spreman da iznosti kao argument protiv drugog roditelja koji obično traži promenu starateljstva ili promenu režima viđenja deteta jer roditelj staratelj ne omogućava i na razne načine ometa redovne posete drugog roditelja, ova pojava se uvek uzima kao znak neadekvatnog odnosa roditelja staratelja prema detetu. To znači da će nam ovakva ponašanja deteta biti indikator da roditelj staratelj zloupotrebljava svoju poziciju i onemogućava dete da ostvari razvojno potrebnu relaciju i identifikaciju i sa drugim roditeljem čime radi protiv interesa deteta. Ponavljamo, uvek je prethodno važno isključiti mogućnost da se radi o realnom zlostavljanju deteta.

Psiholog veštak u okviru ovog zadatka uvek ima mogućnost da osim ili pre izjašnjavanja o tome koje i kakvo starateljstvo bi bilo više u interesu deteta da i preporuku o potrebi da se roditelji podvrgnu savetovanju ili proceduri medijacije da bi pronašli načine da poboljšaju svoju saradnju i time olakšaju detetov razvoj.

❒ **Prilog 14. – Poveravanje deteta**

PSIHOLOŠKI NALAZ I MIŠLJENJE:

Š. J. (1975)
Š. R. (1975) **Psiholog: Sandra Janić**
Š. D. (2002)

Na osnovu sudskog rešenja određeno je psihološko veštačenje, koje je obuhvatalo proučavanje spisa predmeta, kao i procenu podobnosti oba roditelja za vršenje roditeljskog prava, sa psihološkom eksploracijom mlt.deteta. Psihološka procena je obuhvatala intervju sa prigodnom opservacijom i primenu psiholoških testova: MMPI, MT projektivna tehnika, test ego percepcije u eksploraciji roditelja, kao i WISC, IPUES projektivna tehnika, crtež porodice u psihodijagnostici deteta. Zadatak veštaka je bio i da uzme u obzir sve kriterijume koji su značajni za poveravanje deteta.

Majka **Š. J.** ima 33 godine, završila je osnovnu školu, radi u kafiću kao konobarica i ostvaruje prihod od 15.000 dinara. Vanbračnoj zajednici, koja je trajala četiri i po godine, prethodilo je zabavljanje od deset meseci. 2002. godine je rođen sin D. Od 2006. godine kad je zajednica raskinuta J. sa sinom živi u kući svojih roditelja. Imaju zasebnu sobu (dnevni boravak), a zajedno sa njenim roditeljima koriste kuhinju i kupatilo. U zajedničkom domaćinstvu živi i njen stariji brat. Navodi da ima dobre odnose s roditeljima i da joj oboje pomažu. Za sebe kaže da je komunikativna i dobra osoba. Negira da koristi alkohol i druge psihoaktivne supstance. Negira suicidalne ideje. Pre raskida s R. obraćala se nekoliko puta psihologu u bračno savetovalište.

Intelektualni kapaciteti osobe su prosečni. Opšta informisanost i poučenost su u granicama vlastitog proseka, kao i sposobnost shvatanja socijalnih normi i zdravorazumskog rezonovanja. U oblasti neposredne memorije kao i aritmetičkog i logičkog rezonovanja se ne registruju deficiti. Nivo konceptualizacije dostiže stadijum apstraktnog pojma, što ukazuje na zadovoljavajuću logiku misaonog procesa.

Eksploracija ličnosti ukazuje na normalan profil ličnosti, što znači da nijedna klinička skala testa ne prevazilazi kritični skor u pravcu psihopatološkog ispoljavanja. Na osnovu rasporeda skala može se govoriti o konvencionalnoj, socijalno konformiranoj, ekstravertnoj i socijabilnoj ličnosti. Radi se o energičnoj, vedroj, aktivnoj i preduzetnoj osobi. Potiskivanje i negacija su osnovni mehanizmi odbrane. Moguće je javljanje konverzivnih simptoma u stresnim situacijama. Simptomi služe redukciji anksioznosti. Na projektivnoj tehnici se registruju crte osetljivosti na kritiku iz socijalne sredine, neagresivnosti, odlike nesigurnosti, povučenosti i bojažljivosti, ali uz istovremenu želju za učešćem i isticanjem u socijalnim odnosima. Nisu detektovani psihotični fenomeni, kao ni odlike poremećaja ličnosti. Može se zaključiti da se radi o osobi s normalnim profilom ličnosti, koja ispoljava karakteristike socijalne konformiranosti, ekstravertnosti, socijabilnosti, energičnosti, aktivnosti, kao i sklonosti potiskivanju i negaciji u sistemu ego odbrane.

Za svog sina D. kaže da je komunikativan, slobodan, voli društvo. Psihomotorni razvoj je uredno tekao, sa 10 meseci je prohodao, a prve reči je izgovorio s 12 meseci. Ritam spavanja i buđenja deteta je ujednačen, u 21h leže, a ujutro ustaje u 7.30, što je dovoljno da stigne na vreme u vrtić. Zajedno najradije odlaze u park i na igralište. Njen cilj u vaspitanju je da D. bude vredan i ambiciozan. Želi da joj sin završi školu. Vaspitna tehnika koja je po njoj najvažnija je razgovor. Ističe da je ona do sada obavljala dominantnu vaspitnu ulogu i da je provodila najviše vremena sa sinom. Navodi da D. zbog astmatičnog gušenja koristi pumpicu i redovno ga vodi na kontrole kod pedijatra-pulmologa. Osim toga ide i kod logopeda zbog problema s mucanjem. Za sebe kaže da je „dobra majka, koja može detetu maksimalno da pruži, ali ni njen bivši suprug nije loš otac“. Voli da bude što više s detetom, da razgovaraju o tome šta se tokom dana dešavalo. Istovremeno ga uči da se samostalno igra i obavlja pojedine aktivnosti bez pomoći odraslih.

Opserviran je odnos mlt. D. sa oba roditelja ponaosob. Registruje se aktivna interakcija majke i deteta, kao i blizak međusoban odnos. Majka se nežno i toplo obraća detetu, dete je opušteno, šali se s majkom. Uočljivo je spontano ponašanje deteta, kao i majke. Dete ima potrebu da bude u centru pažnje. Zainteresovano je i motivisano za zadatke i pitanja koja mu se postavljaju. Ostvaruje se dvosmerna komunikacija i pravilno razumevanje dečjih potreba od strane majke. Blago mu zabranjuje da pomera stvari za koje misli da ne bi trebao. Nakon kratkog perioda, prilikom samog dolaska kod veštaka-psihologa, kada je sedeo majci u krilu, dečak se lako odvaja od majke i samostalno sedi i kreće se slobodno po prostoriji.

Otac – **Š. R.** ima 33 godine. Završio je srednju saobraćajnu školu. Radi u privatnoj firmi čiji je i vlasnik. Iako navodi da mu mesečna primanja variraju, kao prosečna zaradu navodi 300-400 evra. Oženio se pre 7 meseci i pre dve nedelje je dobio sina. Sa porodicom živi kao podstanar u kući koja ima kuhinju, trpezariju, dnevnu sobu, spavaću i dečju sobu, kupatilo i WC sa tuš kabinom. Roditelji mu žive zajedno i sa njima ima dobar odnos. Za sebe kaže da voli decu, ne voli nikog da prevari, voli društvo. Ističe da voli istinu, ne voli da se jedno kaže, a drugo radi. Ponekad je sklon zakašnjavanju, jer ne voli da žuri. Nikada se nije obraćao po psihijatrijsku ili psihološku pomoć. Negira da troši alkohol i druge psihoaktivne supstance.

Intelektualni kapaciteti ispitanika su prosečni. Opšta informisanost i poučenost je zadovoljavajuća, kao i sposobnost shvatanja socijalnih normi. Opseg neposrednog pamćenja i funkcija pažnje su u okvirima sopstvenog prosečnog postignuća. Logika misaonog procesa dostiže stadijum apstraktnog pojma.

Procena ličnosti ukazuje na prisustvo disimulativnih tendenci, koje predstavljaju kako svesne, tako i nesvesne težnje osobe da prikaže sebe u što lepšem i socijalno poželjnijem svetlu. Uočava se sklonost stereotipima i predrasudama u mišljenju. Na osnovu konfiguracije skala može se govoriti o hipersenzitivnoj, uvredljivoj, krutoj i nepoverljivoj osobi. Prisutna je latentna agresivnost koja povremeno provaljuje i hendikepira razvoj socijalne komunikacije.

Kod ovih tipova ličnosti moguć je psihosomatski tip reagovanja u stresnim situacijama. Dominantni mehanizam odbrane je projekcija, koja se koristi u cilju reuspostavljanja samopoštovanja, tako što se krivica prenosi na druge. Na projektivnoj tehnici se evidentiraju crte hipersenzitivnosti i uvredljivosti, kao i zaokupljenosti sobom i sopstvenim telesnim narcizmom. Uočava se i opsesivna kontrola agresije, kao i indikatori zavisnosti. Ne detektuju se psihotične manifestacije, kao ni odlike poremećaja ličnosti.

Za sina D. kaže da je dobro dete, pametan je, hoće da uči i pomogne, pospremi što treba, kao i da se može s njim dogovarati. Kao dominantne vaspitne ciljeve navodi obrazovanje, završavanje srednje škole, zapošljavanje, navodi da je osnovao firmu i da njegovi sin u budućnosti može da nastavi posao koji on sada razvija. Kaže da se viđanja s detetom odvijaju redovno u njegovom domaćinstvu. Smatra da bi dete kod njega imalo „normalan život“, i „malo bi strožiji bio s njim, jer treba da se zna red“, a sad je „suviše slobodan i raspušten“.

U opserviranoj interakciji sa sinom D. uočen je dobar odnos. Primetna je napetost kod deteta, kao i težnja da udovolji ocu i da se ponaša onako kako misli da će se ocu dopasti. Otac mu se blago obraća ali nije usmeren na podsticanje komunikacije s detetom. Dete je mirno i ćutljivo, trudi se da ne smeta ocu. U ponašanju je manje slobodan i spontan, više je uzdržan i ozbiljan. Približava se ocu i želi kontakt s njim i žudi za pohvalom i priznanjem od njega.

Š. D.: Prilikom psihološke eksploracije ima 6 godina. Pohađa vrtić. D. je aktivan, živahan, veseo, bogatog verbalnog izražavanja. Dvojezičan je, s majkom govori na srpskom, a s ocem na mađarskom jeziku. Štampanim slovima ispisuje prve reči (mama, tata, baba, deda, svoje ime...). Nasmejan je i uspostavlja prijateljski odnos i sa psihologom. Opušten je i vedar. Lako se odvaja od jednog roditelja i raduje se prisustvu drugog roditelja u test situaciji. Navodi da najviše voli da je s mamom i tatom zajedno. Za mamu kaže da je dobra i lepa, a i tata je dobar i lep. S mamom „voli da čita knjige, slaže slagalice, piše imena i igra se, kao i da joj pomaže nešto, dok sa tatom voli da igra fudbal i tenis, vozi bicikl, trotinet i rolere“. Osim aktivnosti koje voli da obavlja s roditeljima spontano navodi i šta voli da radi s dedom i bakom. Zainteresovan je i radoznao. Kaže da voli da se igra u pesku, da trčkara i skače. Ističe da mu je „lepo tu gde žive zajedno, mama, deda, baka i ujak, oni ga zabavljaju, a i on sam sebe zabavlja“. Navodi da ga aktuelno ništa ne boli, „boli ga nešto samo kad je bolestan“, oseća se „zadovoljno i srećno“.

Može se zaključiti da su kognitivne sposobnosti deteta usklađene sa uzrastom, kao i njegova emocionalna i socijalna zrelost, što ukazuje da je celokupan psihički razvoj deteta primeren odrednicama kalendarskog uzrasta. Procenjeni intelektualni kapaciteti su u kategoriji proseka sa ujednačenošću pojedinačnih sposobnosti: opšte informisanosti i poučenosti, shvatanja socijalnih normi i zdravorazumskog rezonovanja, pamćenja, pažnje, aritmetičkog i logičkog rezonovanja.

Na IPUES projektivnoj tehnici dobijen je nizak rezultat koji ukazuje na emocionalnu stabilnost deteta. Nisu registrovani problemi u domenu dečjih navika i interesovanja, strahova, načina ponašanja u frustrativnim situacijama, te odnosa s roditeljima i drugom decom. Nije registrovano prisustvo agresivnosti u ponašajnom obrascu, niti postojanje telesnih manifestacija anksioznosti, kao ni teškoća vezanih za poremećaj sna i apetita. Na crtežu porodice predstavljene su figure maminog brata N., bake, deda, sebe i mame. Crteži ne obiluju bogatstvom detalja. D. objašnjava da ne voli da crta. Figura oca nije prisutna na crtežu, dok su sopstvena figura i majčina nakrivljene jedna prema drugoj.

ZAKLJUČAK:

Na osnovu obavljene psihološke procene roditelja mlt. D., kao i upoznavanja sa sudskim spisima u ovom predmetu mišljenja sam da su oba roditelja podobna za poveravanje deteta.

Radi se o intelektualno prosečnim individuama, koje ne ispoljavaju psihopatološke indikatore u sferi ličnosti.

Majku J. karakteriše, ekstravertnost, socijabilnost, nizak nivo agresivnosti, konvencionalnost, aktivnost i energičnost, kao i sklonost potiskivanju i negaciji u ego odbrani, Odnos koji ostvaruje sa sinom je primeren njegovom uzrastu i potrebama.

Oca R. karakteriše sklonost da predstavi sebe u što lepšem i socijalno poželjnijem svetlu, osetljivost na kritiku iz socijalne sredine, uvredljivost, nepoverljivost, crte rigidnosti i latentne agresivnosti. Odnos sa sinom je usklađen potrebama i uzrastu deteta.

Mlt. D. je dete s pravilnim psihofizičkim razvojem i adekvatnom kognitivnom, emocionalnom i socijalnom zrelošću, koja je saobražena s uzrastom (6 godina). Radi se o prosečno inteligentnom i emocionalno stabilnom detetu.

Sagledavanjem kriterijuma koji su od značaja za poveravanje deteta utvrđena je važnost kontinuiteta i stabilnosti za razvoj deteta, kao i prisustva emocionalne vezanosti, adekvatnog vaspitnog stila i prisustva posebnih potreba deteta (alergija, mucanje) koje zahtevaju posebnu brigu i uključenost roditelja. Ovi kriterijumi su sa tačke gledišta veštaka od većeg značaja od materijalnog stanja i stambenih uslova, naročito ukoliko ovi drugi nisu na nivou koji bi ugrožavao razvoj deteta (potpuni nedostatak prihoda, radna neangažovanost i pasivnost roditelja u pravcu obezbeđivanja suficijentnih materijalnih uslova za dete, kao i nesigurnost i nestalnost stambenih uslova, česte selidbe, neuslovnost u smislu nemogućnosti zadovoljavanja higijenskih potreba, nedostatak prostora i adekvatnog nameštaja). S obzirom da se u eksplorisanom slučaju ne radi o ovakvim neadekvatnim materijalnim i stambenim okolnostima prisutno je mišljenje da je sama emocionalna stabilnost deteta pokazatelj zadovoljavajućeg aktuelnog stanja u kome dete živi i razvija se, te je u interesu deteta i njegovog razvoja očuvanje stalnosti, stabilnosti, kao i zadovoljavajuće emocionalne vezanosti sa roditeljem sa kojim živi, uz isticanje važnosti redovnog viđanja roditelja sa kojim ne živi, jer se radi o roditelju koji je takođe podoban da obogati razvoj deteta i utiče na njegovo kvalitetno odrastanje.

17.2.7. Procena poslovne sposobnosti

Procena poslovne sposobnosti se sprovodi onda kada postoji sumnja da osoba ne poseduje dovoljno mentalnih sposobnosti za samostalno funkcionisanje. To znači da se ovaj zadatak odnosi na procenu da li je osoba mentalno sposobna da samostalno brine o sebi, da donosi za sebe adekvatne odluke, da raspolaže svojom imovinom, da donosi odluke npr. o svom lečenju i sl.

Obično se sprovodi nad licima koja imaju staračku demenciju ali i nad mlađim licima koja su u godinama kada pred zakonom postaju ili se već tretiraju kao odrasla a kod kojih postoji izvestan proces ili stanje koji interferiraju sa njihovom sposobnošću da brinu o sebi i da donose važne odluke. To uključuje različite psihoorganske i degenerativne procese koji značajno oštećuju psihičko funkcionisanje, zatim umerene i teže oblike mentalne zaostalosti, hronična psihotična stanja koja su teraporezistentna i bez kvalitetnih remisija i koja podrazumevaju kontinuirani gubitak testa realnosti.

Važno je naglasiti da se ova procena ne odnosi na sposobnost materijalne ili fizičke brige o sebi nego se isključivo odnosi na mentalnu spo-

sobnost. To znači da će osoba koja je telesni invalid bez obzira na stepen te invalidnosti i bez obzira na objektivnu fizičku nesposobnost da brine samostalno o svojim potrebama biti poslovno sposobna. Ovakve osobe se proglašavaju radno nesposobne, odnosno bivaju penzionisane kao telesni invalidi. Da bi neko bio proglašen poslovno nesposobnim, mora da postoji dokaz o oštećenju njegovog mentalnog funkcionisanja u meri koja ga onemogućava da donosi svrsishodne odluke o sebi, svojoj budućnosti, svojoj egzistenciji i svojoj imovini.

Psiholozi se u ovoj proceni u najvećoj meri bave ispitivanjem kognitivnih funkcija, odnosno oštećenja i prirode eventualnog oštećenja ovih funkcija. Važno je naglasiti da npr. iako u trenucima psihotične dekompenzacije pacijent može biti trenutno nesposoban da brine o sebi, takva stanja nisu dovoljna da bi se neko proglasio poslovno nesposobnim. To znači da samo dijagnostikovanje teškog psihičkog poremećaja i pored posledica koje taj poremećaj može imati na brigu o sebi nije dovoljan dokaz nečije poslovne nesposobnosti. Takvo stanje mora biti trajno i ireverzibilno i mora postojati jasan indikator da je osoba u stalnom riziku da usled svog stanja naudi sebi ili okolini i da ne poseduje mogućnosti da to kontroliše. Kada kažemo da osoba može da naudi sebi ili drugom ne mislimo sada isključivo na namerne autoagresivne ili heteroagresivne akcije, nego pre na moguće konsekvence po svoj ili tuđ život zbog prostorne i vremenske dezorijentisanosti.

Kada se ovakva procedura sprovodi na zahtev članova porodice nužno je voditi računa o motivaciji članova porodice, da li autentično proizilazi iz brige u vezi dobrobiti osobe koja se procenjuje ili je više pokušaj da se preuzme starateljstvo zbog upravljanja materijalnim sredstvima a bez prave zasnovanosti takve inicijative u realnom gubitku sposobnosti pacijenta da brine o sebi.

S obzirom na delikatnost posledica proglašavanja nekoga poslovno nesposobnim koje uključuju gubitak prava osobe da raspolaže svojom imovinom i da donosi bilo kakve pravno validne odluke, te prenošenje tih prava na staratelja, procena da je neko poslovno nesposoban mora biti vrlo temeljno sprovedena.

17.3. Neophodna znanja

Iz opisa zadataka i datih ilustracija vidi se da je posao psihologa u forenzičkom kontekstu u smislu neophodnih znanja i veština delom sličan poslu psihologa u kontekstu mentalnog zdravlja, sa tom razlikom da se ovde od psihologa očekuje da bude u većoj meri opredeljen, precizan i da podnosi očigledne argumente za svoje preporuke.

❒ Prilog 15. – Procena poslovne sposobnosti

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

B. M. (1942) **Psiholog: Sandra Janić**

Psihodijagnostički postupak obavljen je putem standardnih tehnika psihološke procene, kao što su: intervju, MMSE za procenu kognitivnog deficita, Vekslerova skala inteligencije, s ciljem utvrđivanja aktuelnog psihičkog stanja ispitanika.

Komunikacija s ispitanikom je uspostavljena, ali se otežano produbljuje. Na osnovu provere podataka koje je ispitanik dao o sebi registrovano je da u velikoj meri nisu korektni, ni precizni. Govor nije oštećen u pogledu razumevanja, ali je motorna produkcija govora nešto otežana, uz prisustvo perseveracija. Aktuelno je očuvana orijentisanost prema sebi, drugim ljudima i objektima, kao i u vremenu i prostoru. Naglašen je mnestički deficit, kako s aspekta kratkoročne memorije, tako i s aspekta informacija uskladištenih u dugoročnoj memoriji. Praznine u sećanju ispunjavaju se konfabulacijama. Otežana je retencija informacija u operativnoj memoriji i sposobnost tzv. unutrašnjeg konceptualnog praćenja, što ukazuje i na deficit pažnje. Oslabljena je mentalna kontrola. Prisutne su teškoće u aritmetičkom rezonovanju, koje su takođe posledica oštećenja pažnje. Mišljenje je rigidno, smanjene kritičnosti u odnosu na sopstveno stanje i mogućnost brige o sebi. Opseg opšte informisanosti i poučenosti je relativno očuvana, kao i sposobnost shvatanja socijalnih normi i zdravorazumskog rezonovanja. Nivo konceptualizacije onemogućava formiranje apstraktnog pojma. Funkcija vizuo-motorne koordinacije i vizuo-spacijalne organizacije je narušena, manifestne su tipične organske greške rotacije u manipulisanju zadatim dizajnom. Uočava se i mentalna zamorljivost. Prisutan je poremećaj motornih navika, koji se ogleda u usporenosti, nespretnosti, tremoru i teškoćama u iniciranju motorne akcije. U afektivnoj sferi registruje se prisustvo afektivne tuposti, ali i emocionalne labilnosti. Otežana je emocionalna kontrola, što zajedno sa afektivnom labilnošću, karakteriše osobe sa odlikama psihoorganskog sindroma.

Može se zaključiti da se radi o ispitaniku kod koga je prisutna naglašena mentalna deterioracija koja je posledica psihoorganskog sindroma, koji grubo narušava mentalno funkcionisanje, kako s aspekta kognitivnog, tako i afektivno-konativnog funkcionisanja. Samostalni život i obavljanje svakodnevnih aktivnosti su onemogućeni, neophodna je nega, briga i pomoć drugih. Osoba nije sposobna da brine o sopstvenoj dobrobiti i da donosi odluke koje se tiču njene fizičke i psihičke egzistencije i sopstvenih interesa.

Uz znanja koja su neophodna u kontekstu mentalnog zdravlja, podrazumeva se da je psiholog temeljno upoznat i sa karakteristikama pravosudnog sistema. To znači da treba da poznaje:

- zakonske regulative i pravnu proceduru,
- karakteristike istražnog postupka i njegov uticaj na klijente kao i
- prirodu sankcija koje se mogu izreći za različita dela i pod različitim uslovima.

Od specifičnih psiholoških znanja koja su mu potrebna da bi mogao da adekvatno vrši ulogu stručnog veštaka, posebno se ističu sledeća:

- Nužno je da je upoznat sa različitim mernim instrumentima koji se mogu sprovoditi u forenzičkom kontekstu i koji mogu dati za tu oblast specifične odgovore.
- Potrebno je da poznaje veštine vođenja forenzičkog intervjua.
- Potrebna su mu znanja iz oblasti socijalne patologije, a naročito iz oblasti psihologije kriminalnog ponašanja da bi mogao adekvatno da odredi oblasti koje treba da prati tokom forenzičke procene.
- Potrebna su mu znanja iz psihologije traume.
- Nužno je da poznaje psihologiju porodice i problematiku porodičnog nasilja.
- Takođe je potrebno da je temeljno upoznat sa psihologijom roditeljstva i sa razvojnom psihologijom i psihopatologijom.
- Potrebno je i da ima osnovna znanja i veštine neuropsihološke procene.

17.4. Specifičnosti komunikacije

Kada govorimo o komunikaciji u forenzičkom kontekstu, onda možemo da razmišljamo o tri nivoa komunikacije.

Jedan nivo je relacija forenzičke procene u odnosu na matičnu disciplinu iz koje je ova procena proistekla a to je klinička psihologija. Iako se forenzička procena sprovodi putem istih procedura i istom metodologijom kao i klasična klinička procena, postoje i neke značajne razlike koje ovu procenu izmeštaju blago iz okrilja kliničke psihologije. To se u najvećoj meri odnosi na to da se procena u kontekstu mentalnog zdravlja sprovodi isključivo uz saglasnost klijenta i isključivo je orijentisana na dobrobit klijenta. Figurativno rečeno, psiholog tu funkcioniše kao agent klijenta i stavlja svoje znanje u službu klijentove dobrobiti. U forenzičkom kontekstu ova dobrobit klijenta nije uvek očigledna i psiholog je povremeno agent neke treće strane.

Drugi nivo je komunikacija sa klijentom. Ova komunikacija nije uvek dobrovoljna od strane klijenta. Ono što je sa ovim povezano je i to da kli-

jent nije uvek zainteresovan da iskreno iznosi podatke o sebi i psiholog se često suočava sa potrebom da iznalazi različite načine kako da eliminiše uticaj ove klijentove namere da fabrikuje sliku o sebi u smeru koji mu se učini da bi za njega bio povoljniji. Upravo u ovakvom referentnom okviru u kojem se odvija komunikacija klijenta i psihologa, teško se može očekivati da će se razviti onaj odnos poverenja koji inače obavezno očekujemo da se razvije u okviru konteksta mentalnog zdravlja. A i taj odnos poverenja ne bi imao nikakvu budućnost jer psiholog veštak ne nudi mogućnost da dijagnostička situacija preraste u terapijsku. Čak i kada u nekim situacijama psiholog preporučuje da se klijenti uključe u neki terapijski program, on sam nije nikada uključen u to jer je to inkopatibilno sa njegovom ulogom neutralnog veštaka.

Treći nivo je komunikacija sa profesionalcima, partnerima u forenzičkoj proceni. To su uobičajeno sudije, pravnici i druga lica uključena u rad pravosudnih organa. Sa njima psiholog komunicira prvo preko pisanog izveštaja a zatim i u okviru sudske rasprave obrazlaže svoje nalaze i odluke i tumači ih prisutnim akterima. Psiholog u ovoj komunikaciji mora da vodi računa o dve stvari. S jedne strane on je svestan da razgovara sa laicima koji ne poznaju psihološku terminologiju. Ovo ga stavlja u situaciju da mora da prilagođava svoj rečnik i da mnoge termine prevodi na nivo svakodnevnog govora. Sa druge strane njegovi zaključci se u proceduri istražnog postupka posebno i detaljno preispituju i on mora da zadrži i visok nivo profesionalizma, što znači da stalno mora da balansira između toga da govori svakodnevnim rečnikom a da pri tome ne umanji stručnu vrednost svoga izveštaja. Od psihologa se ovde više nego i u jednom drugom kontekstu očekuje da može svaku svoju tvrdnju, zapažanje i zaključak bez rezerve da obrazloži i da je dokumentuje nekim konkretnim nalazom. Ovo ne znači da psiholog mora uvek da dođe do jasnog odgovora, jer je to ponekad nemoguće, ali i tada mora da dokumentuje kako je i zašto došao do takvog zaključka.

18. ZDRAVSTVENI KONTEKST PROCENE

18.1. Tipične institucije i klijenti

Zdravstveni kontekst procene se odnosi na procenu koja se sprovodi u institucijama koje se bave somatskim funkcionisanjem pacijenata, odnosno, njihovim somatskim bolestima i zdravljem. U pitanju su najčešće odeljenja interne medicine, pedijatrijska odeljenja, akušerska i ginekološka odeljenja, hirurgija, traumatologija, onkologija, odeljenja za infektivne bolesti kao i dispanzeri opšte medicine, dispanzeri za predškolsku i školsku decu i omladinu, dispanzeri medicine rada i sl. Ovo je kontekst koji se relativno skoro počeo odvajati od konteksta usmerenog na mentalno zdravlje ljudi i u svetu poslednjih decenija dobija ozbiljan zamah (Bennett, 2003; Mitić, 2007a; Sweet, Tovian & Suchy, 2003), dok je kod nas, možemo reći, još uvek u povojima i više je izuzetak nego pravilo da odeljenja somatske medicine zapošljavaju psihologe. Psiholozi se u ovim institucijama mnogo više bave sprovođenjem različitih psiholoških intervencija u okviru preventive, kurative ili rehabilitacije nego izolovanom procenom, ali je procena česta predradnja za sprovođenje određene intervencije. Uslovno rečeno, kažemo da psiholozi procenu rade uglavnom na zahtev rukujućeg lekara, mada se ovo ne odvija na isti način kao u kliničkom kontekstu u užem smislu. Naime, ono što je specifično za ovaj kontekst, to je da će kliničar ređe procenu raditi za nekog naručioca sa ciljem da mu saopšti rezultate procene da bi onda naručilac doneo odluku o intervenciji koju će on ili neko drugi da sprovede. Mada postoje i takve potrebe i takve situacije, ipak je mnogo češća situacija da će naručilac tražiti od psihologa da sprovede određenu intervenciju, kao što je npr. priprema pacijenta za neku dijagnostičku ili terapijsku intervenciju ili psihoterapija sa depresivnim koronarnim pacijentom ili terapija bola ili rad sa porodicom umirućeg pacijenta ili savetovanje sa pacijentom čija je bolest hronična i invalidizirajuća ili savetovanje sa roditeljima koji su rodili dete sa teškom hroničnom bolešću ili savetovanje sa klijentom koji treba da prestane da puši da bi smanjio rizike recidiva i sl. Sa zahtevom za nekom od navedenih intervencija, psiholog prvo sprovodi kliničku

procenu ličnosti i ponašanja klijenta za sopstvene potrebe, odnosno, da bi sam odlučio na osnovu rezultata procene koju je sproveo, koja vrsta intervencije bi bila najadekvatnija za konkretnog klijenta. Čak je velika verovatnoća da će, ukoliko se radi o psihologu zaposlenom na odeljenju somatske medicine, psihološka procena biti deo uobičajene procedure u radu sa pacijentima i da će psiholog sa svakim pacijentom uraditi rutinsku procenu bez posebnog zahteva, odnosno da će sprovesti procenu u formi skrininga da bi odvojio one pacijente sa kojima je možda potrebno raditi dodatnu procenu i dodatne intervencije. U tom smislu, možemo govoriti o većoj profesionalnoj slobodi psihologa zaposlenog u ovom kontekstu.

Najčešće, procena se radi sa individualnim pacijentom a povremeno i sa članovima pacijentove porodice, u zavisnosti od cilja procene. Uvek, kada je pacijent adekvatno pokretan, procena treba da se sprovodi na klasičan način u ordinaciji psihologa. Specifičnosti klijentele u odnosu na kontekst mentalnog zdravlja su prvo to da se ovde u većem broju slučajeva radi o osobama koje su inače psihološki zadovoljavajuće funkcionalne, a drugo da u određenom broju slučajeva zbog svoje telesne ograničenosti ili zbog nekih drugih uslova (npr. visok rizik od infekcije) ovi pacijenti zahtevaju izmenjene uslove ispitivanja ili drugačiji izbor psiholoških instrumenata. Psiholog u takvim slučajevima mora da prilagodi proceduru kliničke procene posebnim potrebama pacijenta, ali i da vodi računa o tome na koji način ovi drugačiji uslovi ugrožavaju mogućnost uobičajene procedure tumačenja ovako dobijenih rezultata.

Važno je da istaknemo i specifičnost kliničke procene koja se tiče tehnologije prikupljanja podataka. Kod primene psiholoških mernih instrumenata u ovom kontekstu možemo da razlikujemo tri osnovna pristupa.

Jedan je da se primenjuju isti instrumenti koji se upotrebljavaju i u kontekstu mentalnog zdravlja i da se koriste norme za opštu populaciju. Ovaj pristup je adekvatan kada nas zanima da li generalno postoje indikatori da je pacijent razvio neke nefunkcionalne oblike ponašanja nezavisno od toga da li su oni očekivani s obzirom na uslove oboljenja ili nisu očekivani kao npr. ako nas zanima da li je zbog određenog endokrinološkog poremećaja došlo do razvoja kliničke slike depresije ili do deterioracije kognitivnih funkcija.

Drugi pristup je karakterističan po tome što ćemo upotrebiti iste instrumente kao i u kontekstu mentalnog zdravlja, ali ćemo se prilikom tumačenja rezultata oslanjati na specijalne norme dobijene na uzorku koji ima iste karakteristike kao i naš konkretni ispitanik, odnosno za tu bolest ili za neku intervenciju specifične norme (Derogatis, Fleming, Sudler & DellaPietra, 1995). Ovaj pristup koristimo onda kada uzimamo u obzir da određeni uslovi oboljenja ili neke intervencije uobičajeno imaju za posle-

dicu razvoj određenih psiholoških reakcija i zanima nas da li naš pacijent razvija uobičajene ili neuobičajene reakcije. Npr. istraživanja nas upućuju na to da je depresivna reakcija uobičajena reakcija na brojna somatska oboljenja, posebno ona koja imaju za posledicu dugotrajnu ili trajnu potrebu za menjanjem uobičajenog životnog stila, kao što su npr. koronarna oboljenja (Bennett, 2003). U ovom pristupu mi očekujemo da će pacijent imati u izvesnoj meri povišenu depresivnost, ali nas zanima da li je ona veća od prosečne za pacijente sa istim oboljenjem ili ako znamo da je uobičajeno da pacijenti razvijaju strah, brigu ili strepnju u očekivanju određene dijagnostičke ili terapijske intervencije i da taj strah može da ima čak i zaštinu ili pripremnu ili mobilizirajuću funkciju, onda može da nas zanima da li se naš konkretni pacijent ponaša očekivano ili ne da bismo mogli da donesemo odluku o nekoj dodatnoj psihosocijalnoj intervenciji. U ovom slučaju bi bilo pogrešno da pacijentove reakcije upoređujemo sa normama koje važe za opštu, generalnu populaciju jer oni nisu adekvatna referentna grupa za tumačanje „normalnih" i „nenormalnih" reakcija. Znači ako primenjujemo npr. Bekov test depresivnosti sa pacijentom obolelim od cistične fibroze, onda bismo morali da poznajemo ponašanje takvih pacijenata na tom instrumentu, odnosno da imamo za tu subpopulaciju specijalne norme. Ponekad, to će zahtevati od psihologa zaposlenog u ovom kontekstu da sprovodi istraživanja da bi došao do ovakvih odgovora, a u svakom slučaju da stalno prati literaturu koja bi ga činila senzibilnim za ovakve specifičnosti.

Treći pristup podrazumeva primenu specijalnih tehnika za kliničku procenu koje su konstruisane baš za zdravstvenu populaciju ili specifičnu subpopulaciju kojoj pripada naš ispitanik. Za neke bolesti su karakteristični do te mere specifični simptomi ili specifični problemi prilagođavanja da uobičajeni instrumenti prilagođavanja ili prevladavanja ne bi mogli da zahvate ove specifičnosti i tada je korisno i veoma informativno da se pored uobiccajenih instrumenata uključe i instrumenti koji su po sadržaju varijabli koje mere specifični ili generalno za funkcionisanje somatski oboleleih pacijenata, kao što je npr. multidimenzionalni zdravstveni lokus kontrole ili baš za neku specifičnu bolest ili intervenciju kao što su npr. Dental Anxiety Scale ili Profile of Mood States for Cancer, (po Sweet et al., 2003). Neki autori (Strachan, Frier & Deary, 1997) predlažu čak da je za svaku hroničnu bolest nužno da se konstruišu specifične baterije instrumenata sa specifičnim normama koje bi bile standard za sprovođenje kliničke procene sa pacijentima koji pate od te bolesti. Problem sa kojim se susreću naši psiholozi je taj da kod nas nema dovoljno ovakvih instrumenata a i oni koji se koriste u svakodnevnoj praksi uglavnom nisu adekvatno standardizovani nego su rezultat ambicije i potrebe pojedinih praktičara da se ipak opreme bar nekim instrumentima.

18.2. Tipični zadaci psihologa

Osnovni cilj kliničke procene u zdravstvenom kontekstu je davanje doprinosa širem i kompleksnijem razumevanju pacijenta u njegovom psihosocijalnom i somatskom funkcionisanju i njihovoj interakciji.

Po Belaru i Deardorffu (1995) da bi mogao da odgovori na ovako široko postavljen cilj psiholog će najčešće prikupljati podatke o

- dominantnim osobinama ličnosti pacijenta,
- njegovim psihološkim slabostima i sposobnostima,
- ndikatorima psihopatoloških procesa, bilo da su povezani sa trenutnim somatskim oboljenjem, bilo da postoje nezavisno,
- pacijentovoj reakciji na bolest ili na neku dijagnostičku ili terapijsku intervenciju,
- kvalitetu psihosocijalne podrške na koju pacijent može da računa,
- prirodi mehanizama prevladavanja koje koriste i pacijent i njegovo bliže okruženje i o tome kakve to reperkusije može da ima na tok bolesti i tretmana.

Rozensky, Sweet & Tovian (1997) dodaju da se ovom spisku mogu dodati i doprinosi psihologa u detekciji somatoformnih poremećaja koji nemaju organsku osnovu pa i lažnih pacijenata, kao i detekciji interakcije psiholoških poremećaja i somatskih oboljenja. Tako Shwartz, Hughes i George (1986) nude skrining indeks za razlikovanje somatoformnih od pravih somatskih oboljenja, naravno, samo onda kada organski pregledi nisu dali pozitivne nalaze: ukoliko pacijent ispoljava najmanje pet od sledećih jedanaest žalbi, onda postoji velika verovatnoća da je u pitanju somatoformni poremećaj – abdominalna bol, abdominalna nadutost, diarea, mučnina, povraćanje, vrtoglavica, nesvestica, slabost, osećaj da je bolestan, bol u ekstremitetima i bol u grudima.

Derogatis i sradnici (1995) kao najčešće oblasti koje psiholozi posmatraju kada rade procenu sa somatskim pacijentima navode:

- kvalitet afektivne regulacije i afektivnog funkcionisanja, odnosno afektivnu ravnotežu,
- prirodu i intenzitet psihološkog distresa,
- kognitivno funkcionisanje,
- psihološko prilagođavanje na bolest i
- različite konstrukte i ponašanja povezana sa bolešću.

Da bi došao do ovih podataka, psiholog će upotrebljavati uobičajene procedure i tehnike koje primenjuje i u kontekstu mentalnog zdravlja, a to su standardizovani i nestandardizovani intervuji, testovi sposobnosti, samoopisne tehnike,

inventari ličnosti, skale procene, ček liste simptoma ili ponašanja ili kognicija, samoposmatranje od strane pacijenta, posmatranje u testovnoj i vantestovnoj situaciji i psihofiziološke mere. Izbor će zavisiti od mnoštva faktora kao što je cilj procene, opseg varijabli preko kojih će psiholog posmatrati pacijenta, fizičko stanje pacijenta u momentu procene, dostupnost instrumentarija i sl.

Koje će konkretne zadatke psiholog imati u ovom kontekstu zavisiće u priličnoj meri i od toga koje je njegovo osnovno radno mesto, odnosno da li je primarno zaposlen u kontekstu mentalnog zdravlja a samo po pozivu pruža usluge i u radu sa somatskim pacijentima ili je primarno zaposlen u instituciji koja se prvenstveno bavi somatskim zdravljem pacijenata. Belar i Geisser (1995) navode da su najčešći sledeći zahtevi od psihologa:

- da sprovede diferencijalnu dijagnostiku u smislu da proceni diiferencijalni doprinos psiholoških faktora razvoju i održavanju bolesti,
- da sprovede procenu spremnosti pacijenta da učestvuje u nekoj dijagnostičkoj ili terapijskoj proceduri kao i kompetentnosti klijenta da donosi odluke u vezi predstojećih procedura,
- da sprovede procenu faktora rizika za sprovođenje određene procedure, kao što bi npr. bilo pitanje: Koliko je pacijent podoban za transplantaciju srca, obzirom da je pušač i koliko je spreman da se uključi u program odvikavanja od pušenja,
- da sprovede procenu potrebe da se sa pacijentom dodatno radi i da sprovede procenu elemenata koji omogućavaju pravljenje plana tretmana da bi se postigli bolji terapijski efekti, kao što bi npr. bila procena mehanizama prevladavanja klijenta koji boluje od kancera i njihova uloga u čestim fazama pogoršanja ili u usporenom oporavku ili procena personalnih karakteristika ili specifičnosti kognitivne obrade koji otežavaju usvajanje novog stila ponašanja kod dijabetičara i sl.

Nabrojaćemo i detaljnije obraditi neke od najčešćih zadataka na koje psiholog treba da odgovori u ovom kontekstu kliničke procene.

18.2.1. Klinička procena u svrhu pripreme pacijenta za neku intervenciju

Ova procena se uglavnom odnosi na procenu kognitivnog stila pacijenta i afektiviteta koji pacijent razvija povodom predstojeće intervencije i kvaliteta reakcije porodice pacijenta na predstojeću intervenciju. Najčešće, psiholog će obaviti polustrukturirani ili strukturirani intervju sa pacijentom ili članom porodice koji ima skrining funkciju da bi proverio da li postoje indikatori koji bi ukazivali na neadekvatnu kognitivnu ili afektivnu obradu predstojeće terapijske ili dijagnostičke intervencije kao što su npr. procena da li klijent razvija preterano negativan i pesimističan afektivitet

ili ima ozbiljne samozastrašujuće fantazije povodom predstojeće hiruške intervencije, ili da li je dete odgovarajuće pripremljeno za hospitalizaciju i često i separaciju od roditelja, ili da li klijent zastrašuje sebe predstojećom dijagnostičkom intervencijom kao što je NMR, ili da li je pacijentkinja adekvatno informisana o proceduri i nuzefektima hemoterapije i sl.

Veoma je važno pri tome da kliničar poznaje repertoar uobičajenih ili tzv. „normalnih" emocionalnih i kognitivnih reakcija koje pacijenti razvijaju u datim situacijama i da je upoznat sa rezultatima istraživanja u oblasti zdravstvene psihologije koji ukazuju na faktore koji uobičajeno pojačavaju ili umanjuju rizik od pojave preteranih reakcija da ne bi upao u grešku patologiziranja ili minimiziranja. Npr. uobičajeno je da dete predškolskog uzrasta burno i relativno kratko emocionalno reaguje na odvajanje od roditelja jer to ukazuje na dobru emocionalnu vezanost, dok obrnuto, izostanak takve reakcije i naizgled mirno prihvatanje odvajanja na početku odvajanja povećava verovatnoću naknadnog javljanja dužih i ozbiljnijih faza detetovog tugovanja i povlačenja.

Podaci upućuju na to da su određene bolesti češće povezane sa nekim psihopatološkim reakcijama i da psiholog znači takve reakcije može u izvesnoj meri da očekuje od pacijenata. Npr. Maruish (2000) navodi da je registrovan značajan komorbiditet depresivnih poremećaja sa obljenjima kao što je kancer (do 39%), infarkt miokarda (do 19%), parkinsonizam (do 37%), šlog (do 50%) i dijabetes (do 11%).

Takođe je važno da psiholog poznaje koje od uobičajenih i očekivanih reakcija na predstojeću medicinsku intervenciju treba psihološki tretirati da ne bi došlo do nepotrebne traumatizacije a koje su čak dobrodošle i nema potrebe na njih reagovati ili bi čak intervencija dovela do komplikacije.

U slučaju da registruje indikatore koji ukazuju na disfunkcionalnu reakciju, psiholog proširuje svoju psihološku eksploraciju i uključuje i druge dijagnostičke tehnike da bi proverio intenzitet i kvalitet registrovanih nefunkcionalnih odgovora i da bi procenio da li postoji potreba da se pacijent uključi u dodatnu psihološku pripremu ili da dobije medikamentoznu potporu povodom predstojeće medicinske intervencije i da bi mogao da napravi plan takve pripreme. Ponekad, najčešće u ustanovama u kojima je klinička procena u okviru određenih terapijskih ili dijagnostičkih procedura rutinska i obavlja se sa svakim pacijentom, psiholog može da se odluči i za drugačiji redosled, odnosno da svim pacijentima da neki samoopisni instrument, inventar ili ček listu simptoma pa da onda na osnovu kritičkog skora proširuje procenu sa onim pacijentima koji su klasifikovani kao suspektni na određeni patološki ili disfunkcionalni odgovor.

Znači, cilj ove procene je registrovanje neadekvatnih reakcija na predstojeću medicinsku intervenciju, a svrha je donošenje odluke o potrebi da se sa pacijentom sprovede procedura pripreme za datu intervenciju kao i odlučivanje o načinu kako će se priprema sprovesti u konkretnom slučaju.

❒ **Prilog 16.**

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Tijana Pavlović

H. D. 59 god, diplomirani pravnik, oženjen, dvoje dece

Bolesnik je upućen psihologu u okviru pripreme za transplantaciju bubrega, a u svrhu procene psihičkog statusa kao i kapaciteta bolesnika da razume i prihvati operaciju i sarađuje u svim segmentima pre- i postoperativnog tretmana.

Nalazi se u inicijalnoj fazi prihvatanja terminalne bubrežne insuficijencije, kao i programa hemodijalize (nije ni znao za bubrežnu bolest dok nije došlo do uremije). Ipak, dijalizu je dobro prihvatio, bez maladaptivnih reakcija, a prema eventualnoj transplantaciji ima pozitivan stav. Poseduje psihičke resurse da razume i prihvati sve moguće rizike i komplikacije ove operacije i ima realna očekivanju u pogledu ishoda.

Testovnom eksploracijom ličnosti se kod bolesnika registruje blaža disforičnost koja ne izlazi iz okvira uobičajanih reakcija u okolnostima potrebe za adaptacijom na drastično pogoršanje zdravstvenog stanja. Ne uočavaju se znaci grubljih psihopatoloških fenomena te nema prepreka u pogledu psihičkog statusa bolesnika za planiranu transplantaciju bubrega.

18.2.2. Procena psihosocijalnih faktora koji interferiraju sa tokom tretmana

Ovaj zahtev se uglavnom odnosi na procenu psiholoških ili socijalnih faktora koji ukazuju na vulnerabilnost klijenta da razvije određenu psihopatološku reakciju bilo na somatsku bolest bilo na specifične zahteve koji se pred njega postavljaju u sklopu tretmana te somatske bolesti. Tako će psiholog pratiti:

- da li je pacijent pod rizikom da razvije ili već razvija stanja kao što su depresija, anksioznost, razdražljivost ili auto- ili hetero-agresija kao odgovor na npr. dijagnostikovan malignitet ili dijagnostikovano koronarno oboljenje ili novonastali invaliditet,
- da li razvija pesimističan kognitivan stil i da li se lako demoriše u odnosu na mogućnost oporavka što može ne samo da umanji njegovo angažovanje u tretmanu nego čak da poveća verovatnoću da pacijent naudi sebi,
- da li pacijent poseduje sve neophodne informacije da bi mogao da razume prirodu bolesti koju treba da tretira i korake koje treba da sprovede,

- da li pacijent pokazuje znake neopravdanog optimizma i negacije ili drugih neadekvatnih mehanizama odbrane kojima umanjuje dimenzije bolesti i rizika i potrebe da se pridržava uputstava za sprovođenje tretmana i sl.

❒ **Prilog 17.**

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

U. V.
KU 13 god. **Psiholog: Olja Dukić**

Dečak dolazi na psihološko ispitivanje po uputu gastroenterologa pod Dg M. Chron, zbog pogoršanja osnovne bolesti i otežane adaptacije na bolničke uslove. Anamnestički podaci ukazuju da je dečak do sada imao tri hirurške intervencijje. Majka navodi podatak da je dečak na uzrastu od šest godina spavao sa ocem u noći kada je otac preminuo.

Verbalni kontakt sa dečakom se uspostavlja. U početku razgovora je plačljiv, vidno uznemiren, sa snažnim otporom da prihvati mogućnost sprovodjenja invazivnih medicinskih procedura. Vremenom se opušta, prihvata razgovor na ponudjene teme i adekvatno saradjuje. Razgovara o učestalim noćnim morama koje su bile aktuelne nakon očeve smrti. Pažnja i koncentracija na sadržaje rada su u granicama urednog.

Na primenjenoj skali za procenu intelektualnog funkcionisanja (Revisk) postiže rezultat u kategoriji proseka. Razlika izmedju verbalnih i neverbalnih sposobnosti nije od dijagnostičkog značaja.

Registrovana vulnerabilnost i otpor prema boravku u bolnici su posledica višestrukih hospitalizacija i hipersenzitivnih karakteristika u razvoju ličnosti. Zbog traumatskog iskustva (smrt oca) dečak je posebno osetljiv u situacijama koje podrazumevaju separaciju te je neophodno da majka tokom hospitalizacije ostane pored deteta i nakon predvidjene posete.

Psihoterapijski tretman sa dečakom je u toku.

Ključno pitanje je da li ova stanja i reakcije otežavaju prihvatanje i tok tretmana. U slučaju da ovakvi rizici ili ovakve reakcije postoje, sledeći cilj procene postaje prepoznavanje kapaciteta pacijenta da ih prevaziđe i registrovanje faktora koje je potrebno obezbediti da bi se stvorili uslovi da se pacijent aktivno uključi u svoj medicinski tretman. Psiholog procenjuje karakteristike kognitivnog stila pacijenta, osobine ličnosti koje pacijenta čine

podložnim da razvija neadekvatne reakcije, vrednosni sistem i ciljeve kojima pacijent teži i na koji način bolest i tretman ometaju pacijenta u dostizanju važnih ciljeva, faktore koji doprinose obeshrabrivanju i smanjenju motivacije i faktore koji bi mogli biti potencijalni potkrepljivači aktivnog uključivanja pacijenta u tretman. Takođe, u okviru ovog zadatka, psiholog će često procenjivati kakav je kvalitet podrške koju pacijent dobija od porodice i da li postoje indikatori da bi stavovi porodice prema pacijentu i njegovoj bolesti mogli da olakšavaju ili da ometaju prihvatanje i tok tretmana.

18.2.3. Klinička procena efekata bolesti i tretmana na kvalitet življenja pacijenta i njegove porodice

Činjenica je da neke somatske bolesti u značajnoj meri ometaju svakodnevno funkcionisanje pacijenata ili zahtevaju značajne promene uobičajenog ponašanja. Nekada su u pitanju direktne posledice bolesti, kao što je npr. kod kronove bolesti ili kod angine pektoris ili kod najvećeg broja malignih oboljenja, a nekada su više u pitanju indirektne posledice u smislu da je priroda bolesti takva da zbog neizvesnog toka ili ishoda pacijenti menjaju svoje ponašanje da bi smanjili rizik pojačavanja simptoma, kao npr. kod dijabetesa ili hipertenzivnih tegoba. Neke povrede ili stanja ostavljaju trajne ili barem dugotrajne posledice do nivoa invaliditeta kada pacijent mora da uči nove oblike funkcionisanja i da se prilagođava na svoja ograničenja da bi zadovoljio svoje uobičajene potrebe. Ponekad je invaliditet ili težina stanja takva da zahtevaju skoro stalni nadzor i stalnu asistenciju okoline. A nekad je u pitanju bolest koja u skoroj budućnosti ima letalan ishod pa ta činjenica predstavlja dodatan stres i za samog pacijenta i za članove njegove porodice. Poznate su i bolesti koje ne nose sa sobom ni invaliditet ni fatalan kraj, ali su povezane sa čestim ili trajnim osećajem bolnih senzacija koje u manjoj ili većoj meri onesposobljavaju pacijenta i ugrožavaju kvalitet njegovog života. U zavisnosti od mnogobrojnih okolnosti kao što su starost, pol, materijalna sigurnost, kvalitet socijalne podrške, stvarni stepen invaliditeta, ali i u zavisnosti od dominantnih osobina ličnosti, kvaliteta premorbidnog psihičkog funkcionisanja i dominantnog stila prevladavanja pacijenti će različito reagovati na ovakva svoja stanja i lakše ili teže će se adaptirati.

U ovakvim slučajevima zadatak psihologa je da proceni:

- u kojoj meri je novonastala ili već ranije dijagnostikovana bolest ili stanje uticalo na deterioraciju kvaliteta života datog pacijenta,
- koji su psihološki medijatori u ovoj vezi između bolesti i smanjenja kvaliteta,
- koje su psihološke funkcije i u kojoj meri oštećene,
- da li je promena reverzibilna ili nije,

- da li je usled toga kompromitovano socijalno ili profesionalno funkcionisanje pacijenta, kao i
- koji su resursi i mogućnosti da se smanje eventualni negativni efekti.

Takođe, uloga psihologa je da proceni koje su potrebe pacijenta i koje su promene nužne u njegovom svakodnevnom ponašanju ili u ponašanju njegove okoline da bi se te potrebe što više zadovoljile. I u okviru ovog zadatka, psiholog će se često baviti i procenom kapaciteta socijalnog okruženja, prvenstveno porodice da se adaptira novom stanju pacijenta.

Znači, osnovni cilj ovih procena je da se ustanovi

- da li je i u kojoj meri svakodnevno i samostalno funkcionisanje pacijenta promenjeno i
- da li i u kojoj meri to kompromituje zadovoljenje njegovih potreba i ostvarenje životnih ciljeva i zadataka.

Psiholog procenjuje da li pacijent ili njegovo socijalno okruženje dodatno otežavaju adaptaciju razvojem nekonstruktivnih reakcija na posledice bolesti i da li su i ako jesu koji su psihološki faktori doprineli razvoju ovih nekonstruktivnih reakcija pacijenta na svoju bolest i posledično doprineli i padu kvaliteta života.

Ova procena se sprovodi u svrhu definisanja potrebe da se pacijentu i njegovoj porodici ponudi psihološka ili neka druga podrška da bi maksimalno očuvali kvalitetan život.

Najčešće psiholog će se oslanjati na naturalističke tehnike, kao što su intervjui sa pacijentom i članovima njegovog najbližeg socijalnog okruženja i posmatranje ponašanja pacijenta u njegovom prirodnom okruženju ili će instruisati pacijenta ili članove porodice da sprovode različite forme samoposmatranja, ali će neretko koristiti i ciljane samoopisne tehnike i inventare, kao što su različiti upitnici o kvalitetu življenja ili različite inventare stilova prevladavanja ili ček liste kognicija da bi pronašao vezu između načina na koji pacijent interpretira svoju realnost i kako uobičajeno reaguje na teškoće i prepreke i načina kako reaguje na aktuelnu bolest ili upitnike iz repertoara procene kvaliteta porodičnog funkcionisanja (Mitić, 1997). U slučajevima kad je kvalitet života značajno oštećen i kada je ugroženo funkcionisanje celog porodičnog sistema, a posebno dece, psiholog će obezbediti uključivanje institucija socijalne zaštite, najčešće centra za socijalni rad.

18.2.4. Klinička procena rizičnih navika i životnog stila

Istraživanja pokazuju da je za nastanak najvećeg broja somatskih oboljenja, a posebno onih najrasprostranjenijih, od presudne važnosti stil

❒ **Prilog 18.**

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Tijana Pavlović

D.U. 30 god, srednja stručna sprema, neoženjen

Bolesnik je upućen psihologu od strane interniste – endokrinologa, a u cilju procene psihološke podobnosti za operaciju bandaže želuca čiji je cilj redukcija telesne mase. Bolesnik je gojazan od detinjstva, a u poslednjih nekoliko godina sprovodio različite dijete čiji su efekti bili kratkotrajni. U toku ove godine kontinuirano gubi na težini, promenio navike ishrane, zdravije se hrani, mada je i dalje nedovoljno fizički aktivan. Problem mu predstavlja i struktuiranjue slobodnog vremena, jer se često dešava da za hranom posegne kad mu je dosadno, kad nema šta drugo da radi.

Testovnom eksploracijom dobijen je neupadljiv profil ličnosti, sa vrednostima pojedinačnih skala koje su u okvirima normalnih. Nisu registrovana psihopatološka ispoljavanja. Preuzima odgovornost za svoju telesnu težinu i ima realna očekivanja od operacije - ne očekuje preterano brz i drastičan pad težine, nego postepen ali kontinuiran. Ipak, registruje se nešto niža frustraciona tolerancija u smislu nestrpljenja (teško mu pada bilo kakvo odlaganje (npr. termina operacije), a demorališu ga i povremene stagnacije u mršavljenju uprkos njegovom zalaganju da istraje u dijeti).

S obzirom na sve navedeno, bolesnik je psihički spreman i podoban za planiranu operaciju, i može se očekivati njegova dobra saradnja u daljem tretmanu, uz pružanje psihološke podrške u eventualnim kriznim situacijama u narednom periodu.

življenja. Među najčešće faktore rizika za pojavu i razvoj hroničnih oboljenja nabrajaju se loše životne navike koje su u najvećoj meri pod našom kontrolom kao što su pušenje, preterano konzumiranje alkohola, nezdrava ishrana, premalo fizičke aktivnosti, nezaštićene seksualne aktivnosti, kao i izloženost produženom stresu i razvoj pesimističkog kognitivnog stila (Arnett, 2001). U skladu sa ovim je razumljivo da će jedan od osnovnih zadataka psihologa u zdravstvenom kontekstu biti upravo procena postojanja ovakvih nezdravih, odnosno rizičnih oblika ponašanja kod osoba koje su postale pacijenti zbog neke od bolesti za koje se danas već pouzdano zna da jesu povezane sa životnim stilom. Osnovna specifičnost ove procedure procene je da uvek ima i terapijsku dimenziju, odnosno, osnovna svrha ove procene je senzibilizacija klijenta da prepozna postojanje veze između svoje bolesti i svog načina života kao i informisanje rukujućeg lekara o potrebi

da tretman pacijenta uključi i ovu bihevioralnu dimenziju. I ova procena se najčešće sprovodi putem intervjua, često motivacionog intervjua i ček lista ponašanja ili kognicija ili ciljanih skala procene, kao što je npr. Beckova skala depresivnosti da bi se ustanovilo prisustvo određenih navika i sklonosti osobe da razvija osećanja depresivnosti i beznadežnosti. Repertoar instrumenata se prilagođava cilju i svrsi ispitivanja.

18.2.5. Klinička procena pacijentove spremnosti da menja nezdrave životne navike

Ova procena se nadovezuje na prethodnu i produbljuje je. Kada je psiholog ustanovio da u ponašanju pacijenta ima značajnih elemenata koji su doprineli javljanju bolesti od koje se pacijent leči kao i da je, da bi medicinski tretman bio efikasan, potrebno da klijent promeni to ponašanje, sledeći korak je da organizuje procenu sa ciljem:

- da se ustanovi u kojoj meri je pacijent svestan da treba nešto da promeni u svom ponašanju,
- koliko je spreman da potrebne promene zaista i sprovede u svom životu i
- da li je potrebno da mu se u sprovođenju te odluke ponudi stručna psihološka pomoć.

Zdravorazumskom logikom posmatrano, izgleda skoro neverovatno da bi pacijent koji je oboleo od neke izuzetno opasne bolesti i kojem je savetovano da promeni neka rizična ponašanja uopšte mogao da se dvoumi i da pokazuje bilo kakvo oklevanje u odnosu na odustajanje od nekog nezdravog ponašanja i započinjanja nekog alternativnog koje bi imalo protektivnu ulogu, kao što je npr. odustajanje od pušenja a uvođenje navike svakovečernje šetnje ili odustajanje od preslane hrane a uvođenje navike da se doručkuje voće ili odustajanje od napornog i iscrpljujućeg prekovremenog rada i uvođenje vežbi relaksacije i intenziviranje odmora i druženja i sl. Međutim, istraživanja dosledno pokazuju da su ovakve promene više izuzetak nego pravilo kao i da je spremnost pacijenata da stvarno i uvedu poželjne promene u svoj život vrlo krhka i nestabilna (Miller & Rollnick, 2002). Tako npr. tek oko 5% klijenata koji su pristupili različitim programima odvikavanja od pušenja uspevaju da na više od godinu dana ostave pušenje iz prvog pokušaja. U proseku, ljudi koji se odlučuju da prekinu sa ovom nezdravom navikom imaju do pet neuspešnih pokušaja pre nego što uspeju da ostave pušenje barem na godinu dana (Prochaska et al. 1992). Da nije lako proceniti i pretpostaviti koliko su ljudi stvarno spremni na promenu ponašanja pokazuje i tzv „levak odvikavanja" (DiClemente & Scott, 1997).

Veoma je važno da psiholog koji radi u zdravstvenom kontekstu, pa i u svakom drugom kontekstu u kojem asistira klijentima da promene nešto u svom

ponašanju ili doživljaju, poznaje ove činjenice da ne bi olako shvatio zadatak procene klijentove spremnosti na promenu i ponude adekvatne psihološke pomoći. Samo klijentova izjava da je spreman da „uradi sve što treba" da bi mu bilo bolje je daleko od dobre motivacije iako smo skloni da upravo na ovakvim izjavama zasnivamo takve zaključke o pacijentovoj spremnosti na promenu.

❍ **Prilog 19.**

Levak odvikavanja:

Pregled većeg broja istraživanja o efektima različitih preventivnih i kurativnih programa otkriva nam sledeću proporciju osoba koje se verbalno izjašnjavaju da bi rado pristupile nekom savetodavnom ili terapijskom programu i onih koji do kraja i sprovedu promenu ponašanja. Grafički je prikazan taj odnos na primeru pušača kojima bi bio ponuđen program odvikavanja od pušenja:

Broj onih kojima bi bio ponuđen program odvikavanja od pušenja:
300

Broj onih koji bi se izjasnili da bi rado pristupili takvom programu:
270

Broj onih koji bi se zaista i pojavili kada bi takav program krenuo:
27

Broj onih koji takav program kompletiralo:
24

Broj onih koji bi zaista prestalo da puši:
23

Broj onih koji i nakon šest meseci ne bi pušili:
11

Broj onih koji i posle godinu dana ne bi pušili:
6

Psiholog praktičar može da se koristi različitim teorijskim modelima za konceptualizaciju spremnosti za promenu ponašanja, kao što je ranije opisani transteorijski model promene (Prochaska & Norcross, 2002) ili HAPA model (Schwarzer, 1999) ili Teorija rezonovane akcije (Ajzen, & Fishbein, 1980), jer svi ovi modeli pružaju korisne okvire za istraživanje procesa promene kod konkretnog pojednica. Znači, ono što će psiholog raditi u okviru ovog zadatka, to je da će procenjivati:

- pacijentovu svesnost o povezanosti svoje bolesti sa određenim navikama i ponašanjima ili stilom razmišljanja ili doživljavanja sebe i realnosti i
- do koje mere i na koji način je pacijent spreman da ta ponašanja ili doživljaje koriguje,

da bi mogao da napravi individualno odgovarajući plan rada sa pacijentom na integrisanju novih oblika ponašanja.

Da bi izbegao zamke naivnog zdravorazumskog verovanja da je spremnost da neko promeni navike direktno zavisna od npr. težine oboljenja ili straha od posledica (koji se pokazuju kao motivatori „kratkog daha"), korisno je da procenu spremnosti sprovodi u skladu sa konceptima nekog od navedenih danas veoma aktuelnih modela promene zdravstvenog ponašanja. Prednost rada u skladu sa ovim modelima je u tome što daju psihologu praktičaru jasna uputstva koje varijable u klijentovom ponašanju ili doživljavanju treba da procenjuje i putem kojih specijalizovanih ili opštih tehnika to može da sprovede. Od ove procene zavisi da li će pacijentu biti ponuđena i ako hoće kako bi trebalo da se sprovodi psihološka asistencija da bi sproveo promene koje su neophodne da bi medicinski tretman dao očekivane rezultate i da bi se smanjio rizik recidiva ili daljih komplikacija.

18.2.6. Racional potrebe za kliničkom procenom u zdravstvenom kontekstu

Osim navedenih zadataka koji su odabrani i kao najčešći ali i kao tipični i specifični za zdravstveni kontekst, psiholog koji radi u ovom kontekstu obavljaće i različite druge zadatke procene koji prvenstveno pripadaju kontekstu mentalnog zdravlja. Svi ovi zadaci proističu iz primarne funkcije institucije u kojoj kliničar obavlja procenu, a to je stvaranje optimalnih uslova da somatski poremećaj bude adekvatno dijagnostikovan i adekvatno tretiran, kao i da se smanje rizici od recidiva ili razvoja novih bolesti. U tom kontekstu zadaci psihologa koji su vezani za kliničku procenu se tiču registrovanja svih onih elemenata psihosocijalnog funkcionisanja klijenta i klijentovog okruženja koji su relevantni za klijentovo zdravstveno ponašanje. Kako su se psiholozi uopšte našli u ovom kontekstu? Pojava psihologa kao stručnjaka koji mogu da doprinesu prevenciji i lečenju, kao i unapre-

đenju zdravlja je povezana sa rezultatima brojnih studija koje su pokazale da skoro dve trećine pacijenata koji se obraćaju lekarima zbog somatskih tegoba ima i izvesne psihičke poteškoće (Mostofsky & Barlow, 2000). Maruish (2000) navodi da pregled brojnih studija ukazuje da se kod 50% do 70% pacijenata koji se obraćaju lekarima opšte prakse nalaze indikatori da se u osnovi somatskih tegoba nalaze u stvari psihološki razlozi. Takođe su različite studije pokazale da su prvih deset najrasprostranjenijih bolesti današnjice sa letalnim ishodima značajno i visoko pozitivno povezane sa psihosocijalnim faktorima kao što su nezdrave navike, stresogeni stil života, depresija, neadekvatna regulacija afektiviteta i sl. (Arnett, 2001). Studije koje su evaluirale psihoterapijski rad sa somatskim bolesnicima su pokazale da uključivanje psihološkog tretmana sa pacijentima i njihovim porodicama dovodi do boljeg prihvatanja saveta lekara i pridržavanja terapije, bržeg oporavka, dužeg i kvalitetnijeg života kod ljudi sa npr. malingnitetom (Bennett 2003). Ovi nalazi su implicirali da adekvatan pristup somatskim pacijentima treba da uključi i procenu psiholoških komponenti i da psiholozi mogu značajno da doprinesu i kratkoročnim i dugoročnim efektima rada sa somatskim pacijentima.

18.3 Neophodna znanja

Da bi mogli da odgovore na ove zahteve od psihologa koji rade u zdravstvenom kontekstu se očekuje da osim onih znanja i veština koja su potrebna kliničarima u kliničkom kontekstu u užem smislu treba dobro da poznaju i sledeće oblasti:

- rezultate istraživanja koja ukazuju na povezanost rizičnih ponašanja i razvoja ili održavanja različitih tipova bolesti,
- rezultate istraživanja koja ukazuju na povezanost stresa i bolesti kao i različite socijalne, psihološke i fiziološke teorije stresa,
- prirodu fizioloških procesa koji leže u osnovi stresa a posebno da dobro poznaju aktivnosti centralnog i autonomnog nervnog sistema kao i imunološkog sistema,
- elemente zdravstvenog sistema koji imaju uticaj na to kako pacijenti prevladavaju bolest i kako reaguju na tretman, kao što su hospitalizacija, reakcija na dijagnozu teških i hroničnih bolesti, reakcija na operativne zahvate, reakcija na invaliditet, interakcija pacijenta i osoblja i sl.
- rezultate istraživanja koja ukazuju na povezanost određenih personalnih karakteristika i povećanog rizika od određenih bolesti, kao i pretpostavke različitih teorijskih modela koji ističu personalne varijable kao faktore rizika za pojavu i razvoj određene bolesti,

- rezultate istraživanja koji ukazuju na efekte koje različite bolesti mogu imati na psihosocijalno funkcionisanje pacijenta i na faktore koji imaju protektivni uticaj,
- teorijske modele koji se bave pitanjima relevantnim za zdravstveno ponašanje i za promenu rizičnog ponašanja, kao što su socijalno kognitivna teorija, teorija rezonovane akcije i planiranog ponašanja, transteorijski model i sl.
- rezultate istraživanja koja ukazuju na povezanost bolesti i kvaliteta življenja,
- specijalne metode i tehnike za procenu zdravstvenog ponašanja i psihosocijalnih faktora relevantnih za zdravlje, kao što su različite skale za procenu bola, skale za procenu zdravstvenog lokusa kontrole, skale za procenu afektiviteta, skale za procenu mehanizama prevladavanja i sl. Ovakve skale se kod nas retko primenjuju, prvenstveno zato što nisu standardizovane na našoj populaciji ali njihova adaptacija je stvar vrlo skore budućnosti jer se i kod nas počinje prepoznavati potreba za zapošljavanjem psihologa u zdravstvenom konteksu a ti psiholozi će iskazivati sve jasniji zahtev za posedovanjem kvalitetnih standardizovanih tehnika koje će im pružiti mogućnost da pouzdano i validno obavljaju kliničku procenu.

18.4. Specifičnost komunikacije

Iz dosadašnjeg teksta vidimo na koji način zdravstveni kontekst stavlja kliničkog psihologa pred dodatne zadatke kada je u pitanju klinička procena. Očigledno je da je nužno da kliničar prilagodi i stručnu komunikaciju jer su mu, sa jedne strane, u ovom kontekstu saradnici stručnjaci koji nemaju psihološku edukaciju i za razliku od komunikacije sa psihijatrima, ovde ne možemo govoriti o zajedničkom setu stručnih termina, a sa druge strane je nužno da psiholog savlada medicinsku terminologiju koja je relevantna za odeljenje na kojem obavlja procenu da bi mogao kompetentno da učestvuje u planiranju koraka u radu sa svakim konkretnim pacijentom. To znači da će psiholog morati prilagoditi terminologiju koju upotrebljava u svojim izveštajima i učiniti je dostupnom svom profesionalnom okruženju.

Važan aspekt je i specifičan odnos prema tajnosti podataka dobijenim tokom psihološke procene pacijenata. Kada je psiholog zaposlen u kontekstu mentalnog zdravlja, on ima isti odnos prema tajnosti podataka kao i psihijatar i ima za partnera stručnjaka koji je svojom edukacijom osposobljen da krajnju informaciju, formulisanu u svom izveštaju ili otpusnom pismu za hospitalizovane pacijente, prilagodi pacijentovoj vulnerabilnosti

i da smanji rizike od zloupotrebe informacija. U zdravstvenom kontekstu psiholog za partnere ima stručnjake koji nisu edukovani da razlikuju koje od informacija dobijenih putem psihološke eksploracije mogu biti uključene u neku opštu medicinsku dokumentaciju a koje ne. Ova specifičnost stavlja psihologa često u delikatnu situaciju da odmerava u kojoj meri i na koji način treba da formuliše svoje izveštaje kao i da on sam izvrši selekciju šta od podataka daje isključivo naručiocu procene a šta ide u tzv. bolnički karton pacijenta koji je u većoj meri dostupan različitim licima i time je veći rizik da se ugrozi tajnost podataka.

Jedna od aktivnosti psihologa zaposenog u ovom kontekstu koja nije obavezna ali je u svakom slučaju dobrodošla jer stručnu komunikaciju čini efikasnijom je kontinuirana, ređe formalna a češće neformalna edukacija medicinskog osoblja o raznim temama koje mogu biti oblast zajedničkog delovanja psihologa i medicinskih kolega. Na ovaj način psiholog upoznaje ostale stručnjake koje su njegove kompetencije, koji je način njegovog rada, u kojim uslovima se njegova stručnost može najbolje iskoristiti, kojim sredstvima radi, na koja pitanja je osposobljen da odgovori i koja je uloga i mesto njegove asistencije u opštem procesu medicinske nege pacijenata. Što kvalitetnije psiholog ostvari ovu edukaciju svog profesionalnog okruženja, to će komunikacija sa kolegama biti i lakša i efikasnija i to će njegova stručna angažovanost imati više smisla i davati bolje rezultate.

19. KONTEKST SOCIJALNE ZAŠTITE

19.1. Tipične institucije i klijenti

Kontekst socijalne zaštite se odnosi na kliničku procenu pojedinaca i malih grupa u institucijama koje se primarno bave zaštitom osoba čiji je materijalni, profesionalni, fizički, psihološki, stambeni ili neki drugi status ugrožen i koja zbog toga trebaju dodatnu zaštitu države. Po Mitić (2007b) razlikujemo sledeće institucije koje se kroz neposredan rad bave zaštitom svojih korisnika:

- centri za socijalni rad u okviru kojih se obično nalaze i savetovališta za brak i porodicu, sigurne kuće za žrtve porodičnog nasilja i centri za porodični smeštaj,
- različiti domovi kao što su domovi za decu i omladinu (domovi za decu sa posebnim potrebama, domovi za decu bez roditeljskog staranja, dečija sela, zavodi za vaspitavanje dece i omladine i sl.) i domovi za odrasle (domovi za odrasla lica ometena u razvoju i duševno obolela lica i domovi za odrasla invalidna lica)
- gerontološki centri i domovi za stare.

Klinička procena u ovom kontekstu je veoma specifična i u značajnoj meri se razlikuje od one u kliničkom kontekstu i po cilju i po metodama, a i po učestalosti. Primarni zadaci psihologa u socijalnoj zaštiti se tiču direktnih intervencija u radu sa korisnicima i procena je često integralni deo intervencije, odnosno retko se sprovodi odvojeno. Bitna razlika je i to da se ovde procena ređe sprovodi sa individuama, a češće se procenjuju manje grupe, kao što su porodice, bračni parovi ili roditeljski parovi, školska odeljenja ili druge vrste manjih zajednica u kojima klijent ili klijenti ostvaruju ili ne ostvaruju svoja prava i ređe se koriste standardizovane metode procene nego je prednost data naturalističkim tehnikama. Ovo ne znači da se ne primenjuju testovi, uglavnom skale za procenu porodičnog funkcionisanja ili instrumenti za procenu prilagođenosti, nego se ovi podaci tretiraju kao sekundarni i pomoćni, dok se procena vrši mnogo ekstenzivnije i često u prirodnom okruženju klijenta. Takođe, generalni cilj procene nije toliko klasifikacija i opis procenjenog ponašanja mada može da bude i to, koliko je procena potreba klijenata i procena kapaciteta klijenata da

se adaptiraju na neke uslove. Klijenti su veoma raznovrsni, svih uzrasnih grupa i sa veoma različitom problematikom i različitim stepenom psihosocijalne kompetentnosti i funkcionalnosti. Najčešće su u pitanju osobe koje su ometene u psihofizičkom razvoju i zbog toga teško samostalno zadovoljavaju svoje potrebe i ostvaruju svoja prava, zatim maloletnici sa poremećajem u ponašanju od izvršavanja krivičnih dela do raznih oblika neprilagođenog ponašanja, deca bez adekvatnog roditeljskog staranja, bilo da su ostala bez roditelja, bilo da su odrastala bez roditelja, bilo da su u pitanju roditelji koji su neadekvatni u toj ulozi, stara i invalidna lica kao i lica koja su iz različitih razloga nesposobna za rad, zatim odrasla lica koja zbog neke nesposobnosti za samostalan život zahtevaju smeštanje u neku instituciju ili neku specijalnu dodatnu vaninstitucionalnu zaštitu, deca i odrasli koji su žrtve porodičnog ili nekog organizovanog nasilja (trgovina ljudima, organizovano prosjačenje, prisiljavanje na prostituisanje i sl.), bračne i porodične zajednice koje su trenutno ili dugotrajno disfunkcionalne, roditelji koji su u procesu razvoda, deca roditelja koji su u procesu razvoda...

❒ **Prilog 20.**

CENTAR ZA SOCIJALNI RAD

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Biljana Vukelić

Predmet: S. B, Zahtev za izmenu rešenja o poveri/regulisanju viđenja sa mll. detetom

Ovim nalazom se nadovezujem na ranije nalaze i mišljenja psihologa sačinjenim u postupcima koji su se ticali razmatranja funkcionalnosti menjanja odluke o poveri mll. S.L., rođenog 13.2.1996. Porodica oca S. i majke R. poznata mi je unazad pet godina, sa periodičnim obnavljanjem konflikata u roditeljskoj relaciji, te razrešavanja istih posredstvom CSR. Aktuelnim postupkom S.B. (otac) nastoji da promeni odluku o poveri ili proširi viđenje sa sinom, ukazujući na sporno roditeljsko angažovanje majke deteta, V.R. Viđanje sina i oca regulisano je svakog drugog vikenda od subote pre podne do nedelje posle podne, te polovinu školskih raspusta, a za državne i verske praznike i rođendane, viđanje je naizmenično u oba domaćinstva.

Značajnih promena u porodičnim sistemima oca i majke nema, kao ni u relaciji sa detetom, roditeljskoj relaciji i na intrapsihičkom planu svakog od roditelja i deteta.

Majka, stara 44 godine, živi sa sinom S.L., zatim ćerkom koja je stara 26 godina i koja je udata ali joj je muž u inostranstvu i sa najmlađom ćerkom iz vanbračne zajednice

i koja ima 7 godina. Nije u stalnom radnom angažmanu, mada radi povremeno neprijavljene poslove. U ličnom funkcionisanju nema promena, radi se o ekstravertnoj osobi, naglašene potrebe za pažnjom okoline u čemu je zahtevna. Uvredljiva je sa prisutnom latentnom agresivnošću koja povremeno provaljuje i hendikepira je u socijalnim relacijama (što se naročito ispoljava u roditeljskoj dijadi sa bivšim mužem). Bitno obeležje njene pozicije u roditeljskoj relaciji je dominacija i ostvarivanje moći u odnosu na oca deteta, uz ambivalenciju i osciliranje od nastojanja da ocu i detetu omogući češće kontakte do prezira i diskvalifikacije oca u situacijama kada oseti ugroženost svoje pozicije aktiviranjem postupaka u CSR. Kao majka je brižna i savesna, topla, izgrađenog prihvatajućeg i prisnog odnosa sa svom svojom decom. Otvorene i jasne komunikacije i adekvatnih emotivnih investicija. Nedovoljno je jasnih pravila, nezahtevna, dajući deci dosta slobode. S obzirom na nedovoljno jasna pravila i granice, S.L. povremno ima probleme u školi (nestašluk, slabije ocene i sl.). Insistira u svom roditeljstvu na emotivnim i komunikacijskim razmenama unutar porodice.

Otac deteta, S.B. star je 49 godina, živi sam u svojoj kući sa nedovoljno jasnom psihološkom granicom u odnosu na svoju majku i neudatu sestru, koja značajno utiče i na njegovo roditeljsko angažovanje. Na planu ličnog funkcionisanja nema značajnijih promena. I dalje se radi o osobi prosečnih intelektualnih kapaciteta, introvertnoj, suzdržanoj, sa osećanjem inferiornosti u odnosu na bivšu suprugu, ali i u odnosu na ženski pol uopšte. Ukazuje na sporno roditeljsko angažovanje majke, prenaglašavajući probleme deteta u školi. Radi se o roditelju centriranom na kognitivni aspekt razvoja deteta koji meri kroz školsko postignuće. Ima izgrađen topao odnosa sa sinom realizujući ga kroz viđenje. Ima svest o razvojnim psihosocijalnim potrebama deteta, kao i kapacitete da na njih odgovori. Jasnih je pravila i očekivanja od deteta, koja naročito potencira, zapadajući u problem preteranog uslovljavanja pažnje i ljubavi. U razgovoru prenebregava aspekt materijalnog izdržavanja deteta i mizerne alimentacije.

Mll.S.L., kalendarski uzrast 11,11 je predadolescent urednog razvoja. Socijabilan, druželjubiv, nestašan, sa problemima u školi usled nemotivisanosti za učenje i nemira na času. Prihvaćen u vršnjačkoj grupi. Izgrađenog odnosa sa roditeljima. I dalje više lojalan mami uz adaptiranost na život sa njom i želju da i dalje ostane tako. Kod oca redovno odlazi. U periodima kvalitetnije roditeljske saradnje odlazi i češće nego što je to formalno rešeno. Zajedničke aktivnosti sa tatom najvećim delom su u vezi sa učenjem i popravljanjem ocena, mada imaju i zajedničke aktivnosti u igri i maženju.

Na osnovu navedenog smatram da nije došlo do značajnih promena koje bi me deklarisale u pravcu izmene odluke o poveri. Smatram da je S.L. adaptiran na život uz majku u okruženju u kojem odrasta od svog rođenja koje prihvata i u kojem se oseća sigurno. Procenjujem da se roditeljski par dopunjuje. Otac je podsticajniji za kognitivni razvoj, a majka za emotivni, te S.L. uz česte kontakte sa njima može da dobije kvalitetnije uslove za razvoj. Predlažem da ostane poveren majci, ali da se proširi viđenje sa tatom na svaki vikend od subote pre podne do nedelje posle podne, pola svih raspusta i praznika i rođendana naizmenično u oba domaćinstva. Na ovaj način se roditelji mogu adekvatnije usmeriti u partnersko roditeljstvo, te neki vid „podeljenog starateljstva“.

19.2. Tipični zadaci psihologa

Najčešći zadaci psihologa koji se tiču kliničke procene u ovom kontekstu su sledeći:

- procena kognitivnih kapaciteta dece ometene u razvoju u svrhu odlučivanja za eventualni institucionalni smeštaj,
- procena kapaciteta porodica sa detetom sa posebnim potrebama u svrhu osnaživanja porodice ili smeštaja deteta u specijalizovanu instituciju,
- procena kapaciteta porodica sa detetom koje pokazuje poremećaj u ponašanju u svrhu osnaživanja porodice i preveniranja recidiva kod deteta,
- procena personalnih karakteristika deteta koje je učinilo neko prekršajno ili krivično delo, motivacije deteta za učinjeno delo i kapaciteta porodice da uspostavi i održi kontrolu nad takvim detetom u svrhu odlučivanja i davanja predloga za adekvatnu vaspitnu meru, kao što je samo isticanje ukora i pojačan nadzor roditelja, pojačan nadzor organa starateljstva ili smeštanje u instituciju,
- procena potreba deteta u procesu razvoda roditelja i kvaliteta relacija detata sa svakim od roditelja u svrhu donošenja odluke o starateljstvu,
- procena potreba deteta bez adekvatnog roditeljskog staranja u svrhu određivanja optimalnog smeštaja deteta u instituciju ili kod staratelja ili usvojitelja.
- procena stepena i kvaliteta adaptacije deteta bez adekvatnog roditeljskog staranja na uslove u alternativnoj porodici ili u instituciji i procena potreba za osnaživanjem deteta i članova alternativne porodice (ovo ne podrazumeva samo praćenje komunikacije deteta i članova alternativne porodice nego i procena drugih indikatora koji ukazuju na kvalitet detetove adaptacije na nove životne uslove kao što je redovnost pohađanja škole, trend školskih ocena, uklopljenost deteta u grupe vršnjaka, promene u zdravstvenom stanju deteta, promene u navikama i sl.),
- procena stepena i tipa disfunkcionalnosti porodice radi pravljenja plana tretmana ili savetovanja sa porodicom,
- procena psihosocijalnih faktora koji otežavaju proces razvoda i kapaciteta i snage bračnih partnera da adekvatno izađu na kraj sa iskustvom razvoda,
- sprovođenje forenzičkog intervjua sa detetom žrtvom zlostavljanja radi procene detetovih kapaciteta da pred sudskim organom svedoči o zlostavljanju i radi procene potrebe da se radi psihološki tretman sa detetom i članovima porodice,
- procena podobnosti potencijalnih staratelja a u postupku postavljanja staratelja staroj ili invalidnoj osobi koja je u prethodnom sudskom postupku potpuno ili delimično lišena poslovne sposobnosti.
- evaluacija različitih preventivnih programa koji se najčešće sprovode u zajednici.

- procena detetove zrelosti za odlučivanje sa kojim roditeljem dete želi da živi nakon petnaeste godine,
- procena zrelosti maloletnih osoba za sklapanje maloletničkog braka.

Iz ovog spiska najčešćih zadataka se vidi specifičnost procene u kontekstu socijalne zaštite. Ova specifičnost proizilazi iz prirode i zadataka koje imaju intitucije koje se bave socijalnom zaštitom a to je *osnaživanje i integracija osoba* koje iz različitih razloga imaju ograničenja u zadovoljenju svojih potreba ili ostvarivanju svojih prava. Tako se i procena prvenstveno odnosi na snimanje kapaciteta i *poteškoća* pojedinaca i manjih grupa da bi se ustanovili ograničavajući faktori i definisala alternativa, zatim na snimanje *specifičnih potreba* koje klijenti imaju da bi se organizovala najadekvatnija intervencija i na snimanje *snaga* klijenata da bi se u što većoj meri omogućilo osamostaljivanje i izbegla invalidizacija i zavisnost klijenta od institucionalne podrške. To znači da je procena *procesna*, da se dešava *na terenu*, da se sprovodi *u više navrata*, da podrazumeva intervjuisanje *većeg broja ljudi*, odnosno ne samo korisnika usluga nego i osoba iz njihovog okruženja i iz različitih institucija, npr. to će nekad značiti i konsultovanje sa psihijatrom klijenta ili sa učiteljem ili psihologom ili pedagogom škole i sl. Osnovna osobina ove procene je da se uvek procenjuje klijent u svom okruženju a ne izmešten iz njega, kao i da se veći akcenat stavlja na klijentove snage nego na slabosti.

❒ **Prilog 21.**

CENTAR ZA SOCIJALNI RAD

NALAZ I MIŠLJENJE PSIHOLOGA

Psiholog: Sandra Čačić

Predmet: Mll. S.I., pripremni krivični postupak

Psihološka eksploracija mll. S.I iz Sivca obavljena je na zahtev suda u svrhu predloga vaspitne mere u okviru krivičnog postupka koji se vodi protiv maloletnika.

S.I. star 15 godina, dolazi na razgovor sa majkom. Tokom razgovora nastoji da kontroliše situaciju tako što galami i odvlači pažnju sagovornika od glavne teme razgovora. Ponaša se egocentrično i verbalno je agresivan. Navodi da ga sve i svi nerviraju, koristi se psovkama.

S.I. živi u nepotpunoj porodici, sa majkom i dve godine starijom sestrom. Otac je umro pre godinu dana od karcinoma pluća. Porodica je oslabljena i disfunkcionalna. Majka navodi da je dobila potomstvo tek nakon deset godina braka te objašnjava da su decu

razmazili i da su se postavljali ekstremno zaštitnički u odnosu na njih. Majka i danas pokušava da udovolji svakom S. prohtevu. Na frustraciju S. reaguje pretnjama i agresivnošću. Majčino ponašanje je u funkciji umirivanja S. a ne stvarnog rešavanja problema. Na taj način majka doprinosi održavanju S. ponašanja. Sestra podržava majku postavljajući se na isti način u odnosu na brata. U odnosu na majku prisutna je hostilnost kod ispitanika, a u odnosu na sestru ekstremna ljubomora, koja se graniči sa netrpeljivošću.

Problemi sa agresivnim ponašanjem se javljaju i u školskom sistemu, tako da je S zbog čestih sukoba sa nastavnicima i čestih akcija koje je definisao kao osvetu nastavnicima, izbačen iz osnovne škole. Osmi razred pohađa u školi za osnovno obrazovanje odraslih. Školski uspeh je ispod nivoa sposobnosti.

Tokom testiranja omalovažava ispitivača, raspituje se koji su to glupi ljudi smislili glupi test, psuje. I pored poteškoća u komunikaciji ipak ulaže napor da reši test, ponaša se kao da mu je stalo do rezultata. Deluje napeto. Postiže rezultat koji ga svrstava u kategoriju prosečne intelektualne razvijenosti. Skater analiza ukazuje na to da ispitanik obraća pažnju na detalje. Kognitivni stil pogoduje razvoju paranoidne interpretativne spremnosti, što je uočeno i tokom intervjua. Lako se zamara i odustaje pred preprekama, što verbalizuje rečima:"Nije meni dobro…a kako će i biti…loše."

Na testovima ličnosti registrovane su psihopatske tendencije koje su potkrepljene i podacima sa naturalističkih tehnika. Ispitanika katakteriše odsustvo bilo kakve empatije i osećanja krivice. Čak i u odnosu na očevu smrt, S ostaje ravnodušan, a što nije posledica problema sa procesom tugovanja, nego je nedostatak kapaciteta za saosećanje. Životna orijentacija je izrazito aloplastična, sa grandioznim idejama o sebi i svojim moćima.

U vezi niza počinjenih krađa ne postoji uvid i svest o ličnoj odgovornosti, kao ni osećaj krivice ili stida kao adekvatne emocije, obzirom da je veliki broj krađa počinio najbližim komšijama. S. čak nalazi zadovoljstvo u tome što je ispoljio neprihvatljivo ponašanje.

Obzirom na veliki broj krađa koje je počinio kao i probleme ne samo u porodici, nego i u široj socijalnoj sredini, te nesnalažanje majke u ulozi roditelja koji uspostavlja kontrolu, mišljenja sam da je sa S. potrebno sprovesti dugotrajni sistematski rad na uspostavljanju granica i prevazilaženju problema sa socijalizacijom i interpersonalnim konfliktima. Pošto ga se sestra i majka plaše zbog čestih fizičkih sukoba, ljudi u selu ga ne prihvataju, kao ni školski sistem, mišljenja sam da je maloletnika najbolje izmestiti iz sredine u kojoj živi, te predlažem vaspitnu meru **upućivanje u vaspitnu ustanovu** kao i rad sa majkom i sestrom na restruktuiranju porodičnih relacija.

19.3. Neophodna znanja

Navedeni spisak najčešćih zahteva za procenom ukazuje na potrebu da psiholog koji se zaposli u ovom kontekstu treba da stečena znanja i veštine potrebne za klinički kontekst proširi nekim specifičnim kompetencijama. Znači da bi mogao da sprovodi adekvatno kliničku procenu u kontekstu socijalne zaštite, psiholog treba dobro da poznaje:

- veštine i znanja graničnih disciplina, prvenstveno socijalnog rada i prava, posebno porodičnog prava, da poznaje zakone i da je upoznat sa različitim pravnim procedurama,
- oblast razvojne psihologije, stadijume razvoja tokom celog života, kao i karakteristike porodičnog funkcionisanja u različitim stadijumima razvoja potomka,
- oblast razvojne psihopatologije i razvojne kliničke psihologije,
- oblast psihologije osoba sa posebnim potrebama, načine dijagnostikovanja stepena oštećenja i postupak kategorizacije osoba sa usporenim razvojem,
- oblast komunalne psihologije i principe sprovođenja intervencija u zajednici, modele komunalne psihologije i varijable koje ovi modeli definišu kao relevantne za adekvatno sprovođenje socijalnih programa,
- sistemski pristup i savremene modele psihološkog rada sa porodicama,
- tehnike i metode dijagnostikovanja porodične adaptacije i porodične funkcionalnosti,
- tehnike i metode procene roditeljske kompetentnosti,
- rezultate istraživanja koji ukazuju na faktore koji otežavaju ili olakšavaju adaptaciju osoba na institucionalne uslove života ili na uslove života u alternativnoj porodici,
- rezultate istraživanja koji ukazuju na direktne i indirektne znake da je dete verovatno žrtva porodičnog ili organizovanog nasilja,
- principe sprovođenja forenzičkog intervjua sa detetom,
- rezultate istraživanja koji ukazuju na faktore koji doprinose i održavaju porodično nasilje i na tretmane i intervencije koje se pokazuju kao efikasne.

19.4. Specifičnost komunikacije

Osim specifičnih zadataka i specifičnih potrebnih znanja i veština, registrujemo i specifične zahteve za stručnom komunikacijom. U najvećoj meri, psiholog je u procesu procene klijenata usmeren na komunikaciju sa socijalnim radnicima, pedagozima i pravnicima koji su zaposleni u institucijama koje se bave socijalnom zaštitom, što ga upućuje na razvoj specifične terminologije i na usklađivanje psiholoških konceptualnih modela sa modelima ostalih stručnajaka koji su uključeni u rad sa klijentima. Dugo vremena je u našoj sredini dominantan timski rad u smislu da su pri centrima za socijalni rad osnovani timovi koji se sastoje od različitih stručnjaka i koji su problemski organizovani, npr. tim za stare, tim za maloletničku delikvenciju, tim za decu bez adekvatnog roditeljskog staranja..., gde ceo tim

radi sa istim klijentima i gde svaki stručnjak daje doprinos timskom radu iz svog stručnog ugla. I pored brojnih prednosti ovakvog rada, postoje i izvesna ograničenja koja posebno proističu iz činjenice da su korisnici usluga često višestruko ugroženi pa su uključeni u rad sa više timova koji onda gube uvid u celinu problema klijenta. Aktuelno se sprovodi i alternativni model u kojem su svi stručnjaci koji rade u centrima za socijalni rad takozvani voditelji slučaja i zaduženi su za određeni broj klijenata koje onda kompletno vode, što dodatno zahteva izuzetno široko poznavanje oblasti socijalnog rada i socijalne zaštite. Odlukom Ministarstva za zdravstvo i socijalnu politiku ovo treba da postane obavezan model rada centara za socijalni rad.

REFERENCE

Abeles, N. (1990). Rediscovering psychological assessment. *Clinical Psychologist, 10*, 3-4.

Ahn. H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients. A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology, 48,* 251-257.

Aiken, L. R. (2000) *Psychological testing and assessment: Tenth edition*. Needham Heights, MA, Allyn and Bacon.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Arnett, J. L. (2001). Clinical and health psychology: Future directions. *Canadian Psychology.* Canadian Psychological Association Feb, Provided by ProQuest LLC.

Bagby, R. M. , Wild, N & Turner, A. (2003). Psychological Assessment in Adult Mental Health Settings. In Graham, J. R. & Nagliery J. A. (Vol. Eds). *Handbook of Psychology. Vol. 10 Assessment Psychology.* Hoboken, New Jersey, John Wiley and Sons. Inc.

Baron, J. W. (1998). *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of Psychological disorders.* Washington, DC: American Psychological Association.

Beck, A. T. , Rush, A. J. , Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York, The Guilford Press.

Beck, J. G. & Zebb, B. J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder: Curent status, future directions. *Bihevior Therapy, 25* 581-611.

Belar, C. & Deardorff, W. (1955). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook.* Washington DC: American Psychological Association.

Belar, C. & Geise, M. (1955). Roles of the clinical health psychologists in the management of chronic illness. In Nicassio, P. M. & Smith, T.

W. (Eds.). *Managing Chronic Illness: A biopsychosocial perspective.* Washington DC: American Psychological Asociation, 33-58.

Bennett, P. (2003). *Introduction to Clinical Health Psychology.* Maidenhead, Philadelphia, Open University Press.

Berger, J. (1983). *Priručnik za test nedovršenih rečenica.* Beograd, SDPS.

Berger, J. (1984). *Psihodijagnostika*. Beograd, Nolit.

Berger, J. (1989). *Projektivna psihologija – Rorschachov metod*, Beograd, Nolit.

Berger, J. Marković, M i Mitić, M. (1995). *Priručnik za Vekslerov Individualni Test Inteligencije.* 2. izd. Beograd, Društvo psihologa Srbije.

Beutler, L. E. , Clarkin, J. R, & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient.* New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E. , Engle, D. , Mohr, D. , Daldrup, R. J. , Bergan, J. , Meredith, K. , et al. (1991). Predictors of differential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 333-340.

Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy.* New York, Oxford University Press.

Beutler, L. E. , Malik, M. , Talebi, H. Fleming, J. & Moleiro, C. (2004). Use of Psychological Tests/Instruments for Treatment Planning. U Maruish, M (Ed.) *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessments. Vol. 1*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 111–145.

Beutler, L. E. , Moleiro, C, & Talebi, H. (2002). Resistance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists' relational contributions to effective psychotherapy.* New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E. , Wakefield, P. & Williams, R. E. (1994). Use of psychological tests/instruments for treatment planning. In M. Maruish (Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 55-74.

Biro, M. (1995). *Dijagnostička procena ličnosti: MMPI-202.* Novi Sad. Futura publikacije i Filozofski fakultet.

Biro, M. (2003). Istorijat razvoja Kliničke psihologije. U Biro, M. i Butollo, W. (urednici) *Klinička psihologija*. Novi Sad, Futura Publikacije.

Bisson, J. I. , Jenkins, P. L. , Alexander, J. & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry, 171,* 78-81.

Blanchard, E. B. , Schwarz, S. P. , Neff, D. F. & Gerardi, M. A. (1988). Prediction of outcome from the selfregulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior, Research and Therapy, 26,* 187-190.

Bornstein, R. F. (1999). Criterion validity of objective and projective dependency test: A meta-analytic assessment of behavioral prediction. *Psychological Assessment, 11*, 48-57.

Bornstein R. F. (2001). The clinical utility of the Rorschach Inkblot Method: reframing the debate. *Journal of Personality Assessment 77*, 39-47.

Bošnjak, B. (2007). Stadijumi promene kod kliničke populacije. *Diplomski rad*, Novi Sad, Filozofski fakultet.

Bošnjak, B. i Gavrilov-Jerković, V. (2008). Latentna struktura prostora merenja skale stadijuma promene. *Knjiga rezimea. XIV Naučni skup Empirijska istraživanja u psihologiji.* Beograd, Institut za psihologiju i Laboratorija za eksperimentalnu psihologiju. Filozofski fakultet. 87.

Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 754-765.

Camara, W. J. , Nathan, J. S. & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and practice, 31*, 141–154.

Cambbell, D. T. & Fiske, D. M. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56* 81-105.

Chemtob, C. M. , Nakashima, J. & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 99-112.

Cierpka, M. , Grande, T. , Rudolf, G. , von der Tann, M. , Stasch, M & OPD Task Force (2007). The Operationalized Psychodynamic Dagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. Psychopathology, 40, 209-220.

Clarkin, J. F. & Matis, S. (1991). Psychological assassment. In Sederer, L. I. (Ed.). Inpatient psychiatry: Diagnosis and treatment. (3rd ed.). Baltimore, Willians and Witkens, 360-378.

Costa, P. T. , Jr. & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Perosnality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 853–863.

Derogatis, L. R. Fleming, M. P. , Sudler, N. C. & DellaPietra, L. (1995). Psychological assessment. In Nicassio, P. M. & Smith, T. W. (Eds.). *Managing Chronic Illness: A biopsychosocial perspective.* Washington DC: American Psychological Asociation, 9-116.

DiClemente, C. C. & Scott, C. V. (1997). Stages of change. Interaction with treatment compliance and involvement. In Onken, J. S. , Blaine, J. D. , Boren, J. J. (Eds) *Beyond the Therapeutic Alliance. Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph, 165, 131-156.

Dowd E. T. & Wallbrown, F. (1993). Motivational components of client reactance. *Journal of counseling and development*. 71, 533-538.

Dowd, E. T. , Milne, C. R. & Wise, S. C. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 67, 541-545.

Đurić Jočić, D. (2002). *Rorschach metod. Obuhvatni sistem interpretacije Johna Exnera*. Podgorica, Unireks.

Ellis, A. & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive therapy*. New York, Springer.

Fernandez-Ballesteros, R. (1997). Guidelines for the assessment process. (GAP) *European Psychologist. 2,* 352-355.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239.

Frank. J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore. John Hopkins University Press.

Galić, S. (2002). *Neuropsihologijska procjena. Testovi i tehnike*. Zagreb, Naklada Slap.

Garb, H. N. (2003). Clinical Judgment and Mechanical Prediction. In Graham, J. R. & Naglieri, J. A. (Eds) *Handbook of Psychology, vol. 10: Assessment Psychology*. New Jersey, John Wiley & Sons. Inc. 27-42.

Garb, H. N. , Florio, C. M. & Grove, W. M. (1998). The validity of the Rorschach and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Results from a meta-analysis. *Psychological science, 9*, 402-404.

Gavrilov, V. (1990). Transakciono-analitički psihoterapijski model kao teorijski i radni okvir za tretman fobije. *Psihologija*, 3-4, 51-64.

Gavrilov-Jerković, V. (2003). Relacija spremnosti za promenu i efekata psihijatrijskog tretmana u kontekstu transteorijskog modela promene. *Doktorska disertacija*. Novi Sad, Filozofski fakultet.

Gavrilov-Jerković, V. (2003a). Transakciona analiza. U Biro, M. i Butollo, W. (Urednici). *Klinička psihologija*. Novi Sad, Futura publikacije, 296-309.

Gavrilov-Jerković, V. (2004). Profil spremnosti klijenta za promenu i preferencija tipičnih procesa promene. *Psihologija, 37*, 89-108.

Gavrilov- Jerković, V. (2007). Relation between stages of change and motivation in the treatment of psychiatric patients. *Psihologija, 4* 245-262.

Gavrilov-Jerković, V. i Jerković, I. (2000). Nivoi kauzalnih atribucija i životni problemi. *Pedagoška stvarnost,* 9-10, 787-793.

Gaw, K. F. & Beutler, L. E. (1995). Integrating treatment recommendations. In L. E. Beutler & M. Berren (Eds.). *Integrative assessment of adult personality*. New York, Guilford. 280-319.

Gist, R. & Woodall, S. (2000). There are no simple solutions to complex problems. In J. M. Violanti & P. Douglas (Eds.). *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives*. Springfield, IL: Charles C Thomas. 81-95.

Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

Goldstein, A. M. (2003). Overview of forensic psychology. In Goldstein, A. M. (Ed.). *Handbook of psychology. Vol. 11 Forensic psychology*. Hoboken New Jersey, John Wiley and Sons. Inc. 3-20.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment.* (4th ed.). New Jersey, John Wiley & Sons. Inc.

Gunderson, J. G. , Links, P. S. & Reicha, J. H. (1991). Competing models of personality disorders. *Journal of personality disorders, 5*, 60-68.

Hoencamp, E. , Haffmans, P. M. J. , Duivenvoorden, H. , Knegtering, H. & Dijken, W. A. (1994). Predictors of (non-)response in depressed outpatients treated with a three-phase sequential medication strategy. *Journal of Affective Disorders, 31,* 235-246.

Hooley, J. M. & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 229-235.

Holmes, J. (1995). How I assess for psychoanalitic psychotherapy. In Mace, C. (Ed.). *The Art and Science of Assessment in Psychotherapy.* New York: Routledge, 27-42.

Ingram, R. E. & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to Psichopathology. Risks across the Lifespan*. New York, The Guilford Press.

Jacob, R. G. , Turner, S. M. , Szekely, B. C. & Eidelman, B. H. (1983). Predicting outcome of relaxation therapy in headaches: The role of "depression. " *Behavior Therapy, 14,* 457-465.

Jerković, I. i Gavrilov-Jerković, V. (1997). Nivoi kauzalnih atribucija. *Psihologija* 4, 379-394.

Jerković, I. i Gavrilov-Jerković, V. (2003). Psihološka intervencija u multikulturalnom društvu. U Biro, M. i Butollo,W. (Urednici). *Klinička psihologija*. Novi Sad, Futura publikacije, 393-403.

Kirk, J. (1990). Cognitive-behavior assessment. In Hawton, K, Salkovskis, P. , Kirk, J. & Clark, D. M. (Eds). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide.* Owford, Oxford university Press, 13-51.

Koocher, G. P. , Norcross, J. C & Hill, S. S. (2005). *Psychologists' Desk Reference*. US, Oxford University Press.

Korchin, J. S. (1976). *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community.* New York, Basic Books.

Laing, R. (1977). *Podeljeno Ja . Politika doživljaja*. Beograd, Nolit.

Lambert, M. J. (1994). Use of psychological tests for outcome assessment. In Maruish, M. E. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates. 75-97.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21* 401-419.

Lieberman, S. (1995). How I assess for family therapy. In Mace, C. (Ed.). *The Art and Science of Assessment in Psychotherapy.* New York: Routledge, 61-77.

Lilienfeld, S. O. , Wood, J. M. & Garb, N. H. (2001). What's wrong with this picture? *Scientific American, 284*, 80-87.

Lubin, B. , Larsen, R. M. & Matarazzo, J. D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States 1935 – 1982. *American Psychologist, 39,* 451–454.

Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. USA: Basic Books, Inc.

Mahover, K. (1970). *Projekcija ličnosti u crtežu ljudske figure*. Beograd, Zavod za proučavanje socijalnih problema grada Beograda.

Maj, M. , Gaebel, W. , Lopez-Ibar, J. J. & Sartorius, N. (2002). *Psychiatric Diagnosis and Classification.* John Wiley & Sons. Inc.

Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms inbrief therapy. *Journal of Counseling psychology. 43* 448-455.

Maruish, M. E. (1994). Introduction. In Maruish, M. E. (Ed). *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 3–21.

Maruish, M. E. (2000). *Handbook of psychological testing in primary care settings*. Mahwah, NJ, Erlbaum.

Maruish, M. E. (2004). Introduction. In Maruish, M. E. (Ed). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Vol. 1*, Mahwah, NJ Lawrence Erlbaum Associates 1-64.

Meyer, G. J. , Finn, S. E. , Eyde, L. D. , Kay, G. G. , Kubiszyn T. W. , Moreland, K. L. , Eisman, E. J. & Dies, R. R. (1998) Benefits and Costs of psychological assessment in healthcare delivery. Report of the Bord of Professional Affairs Psychological Assessment Work Group, Part I Washington, DC: American Psychological Association.

Meyer, G. J. , Finn, S. E. , Eyde, L. D. , Kay, G. G. , Moreland, K. L. , Dies, R. R. et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American psychologist. 56,* 128-165.

Miller, R. W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. Second edition. New York, The Guilford Press.

Milojković, M,. Srna, J i Mićović, R. (1997). *Porodična terapija*. Beograd, Centar za brak i porodicu.

Mitić, M. (1997). *Porodica i stres. Između nade i poraza*. Beograd, Institut za psihologiju IP „Žarko Albulj“.

Mitić, M. (2007a). Zdravstvena psihologija. U Berger, J. i Mitić, M. (Urednici). *Klinička psihologija*. Beogra, Centar za primenjenu psihologiju. 167-198.

Mitić, M. (2007b). Klinička psihologija u socijalnoj zaštiti. U Berger, J. i Mitić, M. (Urednici). *Klinička psihologija*. Beograd, Centar za primenjenu psihologiju. 253-276.

Monroe, S. M. & Simeons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin, 110*. 406-425.

Moos, R. H. (1990). Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178,* 105-112.

Mostofsky, D. Barlow, D. H. (2000). *The Management of stress and anxiety in medical disorders.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Needleman, L. (1999). *Cognitive Case Conceptualization: A Guidebook for Practitioners*. NJ: LEA.

Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patientş needs.* New York, Oxford University Press.

Norcross, J. C. , Karpiak, C. P. & Santoro, S. M. (2004). *Clinical psychologists in the 2000s*: A national study. US.

Olin, J. T. & Keatinge, C. (1998). *Rapid psychological assessment*. New York, Wiley.

Piotrotrowsky, C. & Zalewsky, C. (1993). Training in psychodiagnostic testing in APA-approved PsyD and PhD clinical training programs. *Journal of Personality Assessment, 61*, 394-405.

Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment and outcome. In J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York, Guilford Press. 323-343.

Prochaska, J. O. , DiClemente, C. C. , Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist,* 47, 1102-1114.

Prochaska, J. O. , Norcrosss, J. C. (1994). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis.* 3rd edition, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work.* New York, Oxford University Press.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4* 398-406.

Rozensky, R. Sweet, J. & Tovian, S. (1997). *Psychological assessment in medical settings.* New York, Plenum Press.

Seligman, M. E. P. (1994). *What You Can change and What You Can't.* New York, Alfred A. Knopf.

Shapiro, D. A. , Barkham, M. , Rees, A. , Hardy, G. E. , Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamicinterpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 522-534.

Shrauger, J. S. & Osberg, T. M. (1981). The relative accuracy of self-predictions and jugments of others in psychological assessment. *Psychological Bulletin, 90*, 322-351.

Smith, B. L. (1998). Psychological testing, psychodiagnosis, and psychotherapy. In Barron, J. W. (Ed.) *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of Psychological disorders.* Washington, DC: American Psychological Association, 227-245.

Stojnov, D. (2003). *Psihologija ličnih konstrukata. Uvod u teoriju i terapiju*. Beograd, Zepter book world.

Strachan, M. W. , Frier, B. M. & Deary, I. J. (1997). Cognitive assessment in diabetes: the need for consensus. *Diabetic Medicine 14,* 421-422.

Strupp, H. H. , Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery.* Washington, DC: American Psychological Association.

Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.

Sweet, J. J. , Tovian, S. M. & Suchy Y. (2003). Psychological assessment in medical settings, In Graham, J. , R. , Naglieri, J. A. (volume editors). *Handbook of psychology, volume 10 Assessment psychology.* Wiley & Sons, Inc. NJ str. 291-316).

Szasz, T. (1980). *Ideologija i ludilo*. Zagreb, Naprijed.

Tyrer, P. , Gunderson, J. , Lyons, M. & Tohen, M. (1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 11,* 242-259.

Trull, T. J. (2005). *Clinical Psychology*. USA, Thomson Learning, Inc.

Vojnović, Lj. (2008). Disocijativna iskustva kod psihotičnih pacijenata i nekliničke populacije: sličnosti i razlike. *Diplomski rad*. Novi Sad, Filozofski Fakultet.

Wampold, B. E. (2000). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Watkins, C. E. , Campbell, V. L. Nieberding, R. & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 54-60.

Weiner, I. B. (1999). Incremental validity of the Rorschach. *Assessment, 6,* 327-338.

Weiner, I. B. (2003). The Assessment Process. In Graham, J. R. & Naglieri, J. A. (Eds) *Handbook of Psychology, vol. 10: Assessment Psychology*. New Jersey, John Wiley & Sons. Inc. 3-26.

Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of psychiatry. 155*, 1767-1771.

Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York, Pergamon Press.

Wood, J. M. , Garb, H. N. , Lilienfeld, S. O. & Nezworski, M. T. (2002). Clinical assessment. *Annual Review of Psychology, 53,* 519-543.

ZERO TO THREE. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press.

Živčić-Bećirović, I. (2003). Kognitivna terapija. U Biro, M. i Butollo,W. (Urednici). *Klinička psihologija*. Novi Sad, Futura publikacije, 267-276.

Žuljević, D. i Gavrilov-Jerković, V. (2008). Procesi promene mereni upitnikom PCQ 2001 – korak bliže ili dalje u razumevanju psihoterapijske promene. *Primenjena psihologija*, rad u štampi.

PRILOG

Veljko Jovanović:

– Dosije kliničkog slučaja –

UVODNE NAPOMENE

Praksu iz Kliničke psihologije sam obavio na Institutu za Neurologiju u Novom Sadu, tokom oktobra 2006. godine. Mentor mi je bio specijalista medicinske psihologije Z. T., koji radi na Odeljenju za psihologiju i neuropsihologiju, Instituta za Neurologiju. U ordinaciji sa njim sarađuje psiholog Lj. R., a u vreme obavljanja prakse svakodnevno je bila prisutna i D. H., psiholog na specijalizaciji iz medicinske psihologije.

Praksa je trajala četiri nedelje.

Prve tri nedelje sam proveo posmatrajući rad ovih troje psihologa, koji u kooperaciji obavljaju poslove neuropsihološke eksploracije ličnosti. Osnovni zadaci psihologa koji se nalaze na ovom radnom mestu su: 1. difencijalno-dijagnostička procena klijenata, kod kojih postoji dilema da li su njihove poteškoće u psihičkom funkcionisanju organske ili psihološke etiologije, odnosno da li je poremećaj organske ili funkcionalne prirode; 2. neuropsihološka procena klijenata iz grupe organskih mentalnih poremećaja, sa ciljem deskripcije težine organske simptomatologije i predikcije progresije bolesti. Osnovna svrha ovih procedura se odnosi na donošenje bitnih odluka za klijenta - najčešće prirode terapijskih intervencija.

Od instrumenata, koriste se MMPI, Roršahova tehnika, Crtež ljudske figure, Vekslerova skala pamćenja, Mini mental state examination i intervju. Tokom boravka na odeljenju, uz superviziju sam samostalno primenjivao instrumente za koje sam edukovan na predmetu Klinička psihologija.

Sa mentorom je ostvarena odlična saradnja i odnos međusobnog poverenja. Imao sam slobodu da iznosim svoja zapažanja, postavljam različita pitanja i aktivno učestvujem u radu psihologa. Nakon primenjenog testa ili tehnike, ukazivano mi je na nedostatke i prednosti određenog instrumenta prilikom kliničke procene klijenata sa različitim psihičkim poremećajima, kao i na kvalitet mog rada i iznetih zapažanja.

Tokom prakse stekao sam niz praktičnih i teorijskih znanja, naročito iz domena neuropsihologije i oblasti diferencijalne dijagnostike. Takođe, postojeća znanja iz oblasti Kliničke psihologije, proširena su mi mentorovim razmišljanjima i kritičkim zapažanjima o epistemološkom statusu kliničke psihologije, položaju kliničkih psihologa u okvirima psihijatrijskih institucija, kao i problemima i ograničenjima psihijatrijskog pristupa mentalnom bolesniku. Pružena su mi i brojna znanja iz oblasti

psihopatologije, naročito o razvoju od tradicionalnih do savremenih shvatanja prirode i tretmana psihički poremećenih osoba. Uvidom u bogato psihoterapijsko iskustvo mentora, stekao sam i bolji uvid u snage i slabosti psihoterapije. Subjektivna ocena boravka na praksi i saradnje sa mentorom Todorovskim je odlična i smatram da je provedenih mesec dana bilo izuzetno produktivno i korisno.

Četvrtu nedelju prakse, proveo sam u psihološkoj eksploraciji klijenta, u svrhu pisanja dosijea. Kao klijent za dosije, od strane mentora je predložen Dragan O., koji je već osam meseci na lečenju u Dnevnoj bolnici Instituta za Psihijatriju.

Ispitanik je rado pristao na saradnju i sa njim je tokom kliničke procene ostvaren odličan odnos, koji je protekao bez zastoja.

Ispitivanje je trajalo četiri dana, proteklo je bez ometajućih činilaca i obavljeno je u jednoj od prostorija Dnevne bolnice.

Od instrumenata su primenjeni LOBI, Intervju, VITI, MMPI, Crtež ljudske figure i Test nedovršenih rečenica.

LIST OSNOVNIH BIOGRAFSKIH PODATAKA – LOBI

I Minimalni lični podaci o ispitaniku

Ispitanik Dragan O., rođen je 12. juna 1980. godine u Novom Sadu. Završio je Srednju građevinsku školu u Novom Sadu. Po struci je podopolagač (parketar), ali nikada nije radio u struci. Trenutno je nezaposlen. Neoženjen je, nema devojku, i po njegovim rečima „ni ne planira skoro da se ženi". Odrastao je u Futogu i živeo sve do kraja 2005. godine, kada je njega, majku i brata, otac izbacio iz kuće. Tada se preselio u Novi Sad i poslednjih godinu dana živi kao podstanar u Novom Sadu, sa majkom i tri godine mlađim bratom.

Po nacionalnosti je Srbin.

II Minimalni podaci o porodici

Dragan O. ima žive roditelje, oca rođenog 1954. i majku rođenu 1959. godine. Sa roditeljima je živeo do pre godinu dana, kada ih je otac izbacio iz kuće. Od tada živi sa bratom i majkom u iznajmljenom stanu u Novom Sadu. Posle toga su majka i brat u potpunosti prekinuli kontakte sa Draganovim ocem. Dragan je pokušao da uspostavi kontakt sa ocem i da razgovara sa njim, ali kaže da „je to nemoguće, i da ga otac svaki put najuri iz kuće". Roditelji mu nisu formalno razvedeni, jer majka nema novca za advokata, a otac ‚ne želi ništa više da ima sa njima".

Draganov otac je poljoprivredni tehničar i radio je u struci do pre 10-ak godina, kada je zbog operacije kičme morao da napusti posao. Od tada se privatno bavi poljoprivredom i obrađuje zemlju na sopstvenom imanju. Dragan opisuje oca

kao „zatucanog, zadrtog namćora". Kaže za njega da je staromodan, jako zatvoren, nekomunikativan, da ima malo prijatelja i ne voli da se druži. Navodi da nikada sa njim nije pričao ni o jednom svom problemu. Otac pije alkohol „od kada on zna za sebe", a poslednjih 10-ak godina nije ga nikada video da pije bilo šta osim alkohola. Kaže za oca da je jako vredan i puno funkcionalniji od njega. Opisuje ga i kao „dobrog čoveka za sve, osim za svoju porodicu".

Slagao se sa njim dobro do pre desetak godine, kada je otac počeo intenzivnije da pije i postao izrazito agresivan. Zajedno su vreme uglavnom provodili radeći na njivi, i odnosi su bili dobri dok izvršava ono što otac zahteva od njega. Kaže za oca da je neuredan u kući, ali da na njivi sve mora biti precizno i kako otac naredi. Ukoliko bi Dragan nešto pogrešio, otac bi „izgubio živce, vređao ga i govorio mu da je nesposoban". Kaže da ga otac skoro nikada nije tukao u detinjstvu, ali da ga je udario nekoliko puta kada bi pokušao da zaštiti majku od očevog nasilničkog ponašanja.

Draganova majka se udala sa 18 godina, i od samog početka braka je bila izložena verbalnom zlostavljanju, a poslednjih deset godina i učestalom fizičkom zlostavljanju. Za roditelje kaže da su se oduvek svađali i bili u lošim odnosima, a da se stanje izrazito pogoršalo poslednjih nekoliko godina. Otac je postao patološki ljubomoran i optuživao suprugu za neverstvo i preljubu. Dragan je to ilustrovao navodeći nekoliko primera; npr. „...kada majka okači veš na žicu da se suši, ako su dve majice malo razmaknute, to je otac tumačio kao tajnu šifru za sastanak sa ljubavnikom u parku." Takođe, zabranjivao je supruzi da ide kod komšinice, „...jer joj je ona nameštala švalere i pomagala da se to sakrije od njega." U takvim situacijama bi tukao suprugu, davio je, pretio nožem da će je zaklati, čupao za kosu, grubo je izbacivao iz kuće i sl.

Draganova majka je završila Srednju trgovačku školu. Od preseljenja u Novi Sad radi kao trgovac u prodavnici mešovite robe. Dok je živela sa mužom, on joj je zabranjivao da radi, jer je posao smatrao samo njenim izgovorom da ga vara. Ipak je radila oko godinu i po dana, 2001. i 2002. godine, ali je prestala zbog stalnih optužbi i pritisaka muža.

Dragan svoju majku opisuje kao „jako dobru osobu", komunikativnu i pametnu. Navodi da je sa njom uvek mogao o svemu da razgovara, pa i o intimnim temama. Takođe, kaže za majku da je „jako nervozna i da je izgubila živce", jer je dugo trpila zlostavljanje u braku, muževljev alkoholizam i patološku ljubomoru. Trenutno se dobro slaže sa majkom, ali navodi i da se povremeno svađaju „jer nemaju para, a oboje su jako napeti". Majka, kada je, po Draganovim rečima, „jako živčana" preti da će ih ostaviti i govori „da je otac bio pametan što je njih dvojicu na vreme napustio". Ipak, kaže da te svađe kratko traju i da se brzo pomire.

Problemi u porodici su kulminirali pre godinu dana, kada je otac u alkoholisanom stanju, optužio sinove da su mu ukrali 300 evra, pretio vatrenim oružjem svim članovima porodice i izbacio ih iz kuće. Nije dozvolio da uzmu svoje stvari iz kuće i pretio je „da će ih sve pobiti".

Od tada ih otac nijednom nije nazvao, niti je pokušao da uspostavi kontakt. Dragan je u nekoliko navrata odlazio kod oca, pokušavajući da razgovara sa njim i sa željom da se pomire, ali mu je otac rekao da „više nisu otac i sin". Dragan kaže da je voleo oca, ali da mu ne nedostaje, jer je atmosfera u porodici uvek bila napeta, a sada toga više nema.

Dragan brata opisuje kao „izrazito živčanog" i psihički sličnog ocu. Bavi se kik-boksom i ekstremnim sportovima. Njih dvojica ne razgovaraju mnogo, retko izlaze zajedno u grad i stiče se utisak da nisu naročito bliski. Kaže za njega da je agresivan i „da sve mora biti po njegovom".

Pre dve godine, Draganov brat je postao ovisnik o heroinu. Problem sa drogom je priznao tek posle preseljenja u Novi Sad, jer više nije imao novca za narkotike. Imao je apstinencijalne krize i tražio je pomoć od Dragana i majke. Oni su vraćali njegove dugove, zaključavali ga u sobu „da izdrži krizu", uzimali u bolnici trodone i smanjivanjem doze pokušali da ga izleče od zavisnosti. Brat nije hteo da se leči na psihijatriji, jer je bio član padobranske brigade i nije hteo da oni saznaju da se drogira, jer bi ga izbacili iz udruženja. Otac je saznao za probleme sa drogom, ali je odbio da pozajmi novac za lečenje i nije pokazivao interesovanje da im pomogne u rešavanju tog problema.

Dragan kaže da se brat „preporodio" prošlog leta posle povratka sa mora sa devojkom, i da od tada apstinira. Navodi da se mnogo trudio da pomogne bratu da se izbori sa problemom droge, ali da on nikada nije pokazivao znake zahvalnosti.

III Minimalni lični podaci o detinjstvu

Majčina trudnoća je bila uredna i perinatalni period je protekao bez komplikacija. Proces psihomotornog razvoja je tekao normalno. Dragan je prohodao sa godinu dana, a prve rečenice počeo da formira sa deset meseci. Za sebe kaže da je bio „čudo od deteta".

Draganovi roditelji su bili već više od tri godine u braku kada je on rođen, tako da on misli da je bio planirano i željeno dete. Ipak, kaže da je jednom prilikom čuo „nešto čudno" – majka i baka su pričale o tome kako su se svađale kada se on rodio. Bio je radoznao i pitao ih je o čemu se radi, ali su izbegavale razgovor o toj temi, pa je odustao.

U detinjstvu nije nikada bio teže bolestan, niti je imao neke fizičke povrede ili lomove. Kaže da se prvi put razboleo tek krajem 1998. godine, kada mu je dijagnostikovan adenovirus. O poteškoćama i komplikacijama koje su usledile tokom i posle ove bolesti, biće više reči u narednim poglavljima, jer smatra da su tegobe iz tog perioda bile psihičke prirode i povezuje ih i sa sadašnjim problemima.

Dragan nikada nije bio duže vremena rastavljen od roditelja, osim godinu dana za vreme služenja vojnog roka 2001. godine. U osnovnoj i srednjoj školi je bio odsutan od kuće u više navrata po nedelju dana, jer je bio na pripremama sa klubom u kojem je trenirao odbojku.

Kaže da nije bio jako vezan ni za jednog od roditelja, ali ipak više za majku. Sa njom je mogao da priča o svojim problemima, dok oca to nikada nije zanimalo.

Kada je upitan kako su ga roditelji vaspitavali, rekao je da mu je to jako teško pitanje, jer su se roditelji stalno svađali i ne može da prepozna u skladu sa kojim ciljevima i vrednostima je vaspitavan u okviru porodice. Smatra da ga je otac jedino naučio da radi na njivi i obrađuje zemlju, iako mu je stalno govorio „da je majka od njih napravila lenčine i naučila ih da ništa ne rade". Majka je insistirala da bude dobar učenik u školi, išla je redovno na roditeljske sastanke, ali Dragan kaže da „dok su drugi mrzili školu, on je prezirao".

Kao dete bio je miran i povučen. Imao je nekoliko drugara i često su, kako kaže „radili gluposti", npr. gađali automobile kamenjem. Kaže da je bio tvrdoglav, neposlušan i da je sve činio da bi dobio ono što želi. Majka mu je često branila i nije ispunjavala njegove prohteve, dok je otac uvek popuštao. Rano detinjstvo pamti kao srećno, sve dok otac nije počeo mnogo da pije i da zlostavlja Draganovu majku. Kao dete je imao mnogo igračaka i kaže da je sve bilo odlično dok je „otac bio normalan i dok su imali novca".

Ne navodi nikakve neurotične tegobe iz detinjstva, ali je sa ustezanjem i nevoljno rekao da „mu se čini da je do desete godine mokrio u krevet". Zbog vidljivog otpora da razgovara o ovoj temi, ispitivač je odlučio da ne insistira na tome.

U srednjoj školi se slabo družio, jer su „svi oko njega bili narkomani". Tokom srednje škole nije imao mnogo interpersonalnih odnosa i družio se samo sa par bliskih prijatelja iz detinjstva.

IV Minimalni podaci o školovanju

Dragan je osnovnu školu pohađao redovno. Od I do IV razreda je bio vrlo dobar/odličan učenik, a u starijim razredima je bio sve „sve gori i gori". Ne seća se tačno, ali zna da je VII i VIII razred završio sa dovoljnim ili dobrim uspehom. Posle završene osnovne, upisao se u Srednju (trogodišnju) građevinsku školu. Kaže da mu je bilo potpuno nebitno koju će srednju školu upisati i da je Građevinsku upisao bez nekog određenog razloga. Roditelji nisu vršili pritisak po pitanju školskog usmerenja i pustili su ga da sam izabere.

Bio je slab učenik i prolazio je razrede sa dovoljnim uspehom. Kaže da se u školi „stalno provlačio". Nije voleo da uči i da ide u srednju školu, bežao je često sa časova, a događalo se da i po dve nedelje ne dolazi na nastavu. Za to vreme bi se „glupirao sa društvom po gradu". U srednjoj školi nikada nije dolazio na poslednja dva časa, a izgovor za odsustvo sa nastave mu je bio da mora da ide na trening odbojke. Ako nije imao opravdanje za izostanke iz škole, falsifikovao bi opravdanja.

Ponavljao je prvi razred srednje škole, jer je pao na popravnom iz matematike. Navodi da ga to nije uznemirilo i da nije ponavljanje razreda doživeo kao neuspeh.

Nekoliko puta je naglasio da je prezirao učenje i školu, a naročito srednju, jer mu se nije dopadalo društvo u razredu. Naveo je da je i u prvom razredu, prvi dan škole pobegao sa nastave, ali da se to kasnije nije ponavljalo tokom osnovne.

Nikada nije razmišljao o nastavku školovanja, jer je „jedva čekao da završi i srednju".

Sebe opisuje kao mirnog, povučenog đaka, koji nije ometao izvođenje nastave, niti pravio probleme profesorima. Kaže da se nikada nije svađao sa profesorima i učenicima.

Nije imao težih disciplinskih prekršaja u vidu tuča, uništavanja školske imovine ili konflikta sa profesorima. U srednjoj školi je dobijao ukore zbog neopravdanih časova i zato je imao nedovoljnu ocenu iz vladanja.

Nijedan nastavnik mu nije ostao niti u lepom niti u ružnom sećanju, i kada razmišlja o njima ravnodušan je. Jedino je malo bolje zapamtio profesora fizike iz srednje škole, jer je „pijan dolazio na časove, bio psihički bolesnik, ali i dobar čovek", i zato što mu je uvek davao pozitivnu ocenu iako nikada ništa nije učio.

V Minimalni podaci o profesiji i zaposlenju

Dragan trenutno nije zaposlen i poslednja dva meseca ne radi. Do sada je promenio nekoliko radnih mesta. Prvo zaposlenje mu je bilo 2000. godine u firmi za preradu žičanih proizvoda. Ovaj posao je najduže zadržao – radio je oko godinu i po dana, sve dok nije otišao na služenje vojnog roka. Nakon povratka iz vojske, radio je kao pomoćni radnik kod stolara. U tom periodu je imao mnogo telesnih tegoba – vrtoglavicu, malaksalost, bol u želucu, knedlu u grlu, bezvoljnost, za koje kaže da su se pojavljivale iznenada, bez vidljivog razloga, trajale danima po nekoliko sati i spontano prolazile. Na poslu se brzo umarao, osećao iznemoglo, ali je sebe bodrio rečima „izdržaću, pa makar umro". Jednoga dana na poslu, pozlilo mu je u liftu – osećao je jako lupanje srca, preznojavao se, imao „knedlu u grlu" i sl. Posle toga je dao otkaz u stolarskoj radnji, jer su ga problemi onemogućavali da radi.

U periodu koji je usledio, nekoliko godina je bio nezaposlen, jer nije mogao da radi zbog psihičkih problema, koji će biti opisani u narednim poglavljima. Ove godine, kada se osećao malo bolje, zaposlio se u firmi koja se bavi prodajom cevi i limova. Na ovom radnom mestu se zadržao samo nedelju dana. Nije imao snage da radi, osećao se jako umorno, ali se trudio da ne pokazuje umor i nastavljao je da radi. U ovoj firmi mu se nije sviđao kolelektiv, kaže da su „previše naređivali, a ako neko nije bio vredan, odmah su ga cinkarili gazdarici". Posle nedelju dana dobio je otkaz – saopštili su mu da više nije potreban na poslu, iako je on ovaj postupak protumačio kao posledicu toga što su poslodavci saznali da pije antidepresive.

Posle otkaza je bio ljut i neraspoložen, i narednih dana je imao ponovo niz psihičkih smetnji. Kada se osetio funkcionalnijim, zaposlio se kao istovarivač stočne

hrane i taj posao je radio par meseci. I ovo radno mesto je napustio, jer se osećao malaksalo, umorno i nesposobno za rad.

Poslednjih nekoliko meseci je povremeno radio kao instalater bežičnog interneta, za firmu koja se bavi internet uslugama. Kaže da voli da radi ovaj posao, ali samo kada se oseća dobro. Ne odgovara mu na ovom poslu što nije stalan i što ne donosi dovoljno para. Trenutno nema volje ni za kakav rad.

Ako se bude dobro osećao, voleo bi da ode da radi u Švedsku kod rođaka. Kaže da bi radio bilo šta, samo da ima dovoljno snage i da je posao dobro plaćen.

Na poslu nikada nije dolazio u interpersonalne sukobe. Navodi da su jedini problemi na poslu to što on nema snage, oseća se malaksalo, brzo se umara. Zbog toga ne može da radi u kontinuitetu („par dana radim, pa par ne") i to mu je osnovna smetnja i problem u vezi sa poslom.

VI Minimalni podaci o socijalnom ponašanju i interesima

Dragan sebe opisuje kao mirnu, povučenu osobu, bez mnogo interpersonalnih kontakata. Od kada se preselio u Novi Sad, nema mnogo prijatelja niti poznanika. Uglavnom se druži sa ljudima koji su na lečenju u Dnevnoj bolnici, na Institutu za psihijatriju. Sa njima provodi vreme u bolnici pre podne, pijući kafu i razgovarajući o problemima koje imaju. Ljude sa kojima se tu druži opisuje kao slične sebi – depresivne, sa mnogo psihičkih poteškoća. Oni mu predstavljaju stalno društvo poslednjih pola godine, ali sa njima se viđa samo u Dnevnoj bolnici i ne održava kontakte van bolnice. Poslepodnevne časove najčešće provodi u kući, spavajući ili radeći nešto na kompjuteru. Retko se viđa sa ljudima, a kao osnovni razlog za to navodi što nema novca za izlaske. Voleo bi da više vremena provodi sa ljudima, ali misli da ne može „zbog svog finansijskog i psihičkog stanja". Poslednjih nekoliko meseci ima volju da bude društveno aktivniji, ali „ne može, jer mu se ništa ne radi".

Od kada se preselio ima vrlo retko kontakte sa drugarima iz Futoga. Opisuje ih kao normalne, funkcionalne ljude, koji mnogo rade. U Futogu ima najboljeg prijatelja, koga poznaje oko deset godina. Sa njim se čuje telefonom skoro svaki dan, ali samo povremeno (jedan-dva puta mesečno) zajedno provode vreme. Dragan ovo tumači svojom bezvoljnošću i prijateljevom prezauzetošću poslovnim obavezama.

Većina Draganovih drugara su muškarci. Kaže da ima malo prijateljica, ali da mu je jedna devojka jako dobra drugarica. Sa njom voli povremeno da se vidi, jer se „dobro razumeju, zato što i ona ima slične probleme".

Izrazito retko dolazi u sukob sa ljudima. Verbalne konflikte sa porodicom i prijateljima ima „samo kada ga uhvati jaka nervoza". Napomenuo je da sve svađe i razmirice jako kratko traju i da se brzo pomiri sa svim ljudima.

Kada je bio mlađi i pre nego što su počele teškoće u psihičkom funkcionisanju, najviše je voleo da provodi vreme na Dunavu. Hobi su mu bili plivanje, pecanje i kampovanje pored reke.

Tokom osnovne i srednje škole, Dragan je oko 7 godina trenirao odbojku. Prekinuo je 2000. godine, jer je prestalo da ga interesuje.

Nakon što je učestalo počeo da oseća psihičke tegobe (posle povratka iz vojske), prestao je da se bavi stvarima koje su ga ranije zanimale i izgubio je interesovanje za sve aktivnosti. Vreme je uglavnom provodio sam u sobi, ne radeći ništa.

Pre tri godine je kupio kompjuter. U tom periodu se takođe nije družio ni sa kim i 3 meseca nije izlazio iz sobe. Zainteresovao ga je rad na računaru, brzo je postao vešt u toj oblasti i povremeno se honorarno bavi instaliranjem bežičnog interneta

U poslednjih nekoliko meseci „ne voli ništa da radi", ne druži se sa ljudima i retko izlazi u grad. Jedino zadovoljstvo mu predstavlja četovanje putem interneta. Komunicira samo sa devojkama i sa njima priča uglavnom o psihičkim problemima. Kaže da mu je cilj da putem interneta nađe devojku.

Retko izlazi u grad, jer samo ponekad ima novca i društvo sa kojim bi izašao. Ne voli da ide ni u pozorište ni u bioskop. Na pitanje šta radi kada izađe u grad, odgovorio je da najviše voli „da redom spopada sve devojke".

Nikada nije bio član neke organizacije, niti se bavio društvenom aktivnošću, ali je rekao da je razmišljao da se učlani u ribolovački klub. Takođe, napomenuo je da će „iako nema snage niti volje, probati da ide na bazen".

VII Minimalni podaci o seksualnom ponašanju i braku

Dragan u osnovnoj i srednjoj školi nije imao devojku. Kaže da je bio izrazito stidljiv i da nije imao hrabrosti da prilazi devojkama.

Kada je imao 18 godina, kaže da je jedna devojka bila zaljubljena u njega, ali da je on bio uplašen i da nije imao hrabrosti da se upusti u ljubavnu vezu sa njom. U to vreme ona se odselila iz njegovog naselja i Dragan navodi da je nakon toga počeo jako da tuguje za njom. Počeo je da pije zbog toga i kaže da je patio naredne dve-tri godine.

Međutim, u tom periodu se zaljubio u devojku, koju je „stalno spopadao i pitao da budu zajedno", ali ga je ona stalno odbijala, govoreći mu „da je imala loše iskustvo u vezi i da prijateljstvo duže traje". Još uvek je voli i draga mu je, ali kaže da nije više zaljubljen u nju, jer je izbledelo. Sada su drugari i on pokušava da je osvoji kroz drugarstvo.

Za nju kaže da „stalno priča gluposti, u smislu da hoće da samo budemo drugari i da joj je bitno da on bude dobar prema njoj".

Pre dva meseca je bio u kratkoj vezi sa udatom ženom koju je upoznao u Dnevnoj bolnici. On je inicirao prekid veze, zato što je „počela da ga davi i smara", pričajući mu o njenim problemima.

Na pitanje o prvom koitusu je, nakon ispoljene neprijatnosti u vidu crvenila i smeha, uzvratio pitanjem da li baš mora da odgovori. Posle kraćeg ćutanja koje je usledilo, odgovorio je da je to bilo u dvadeset i nekoj godini. Iskustvo opisuje kao „ne baš prijatno" i nije bio raspoložen da razgovara o toj temi.

Dragan navodi da nije imao nijednu dugu vezu, a da je najduža trajala oko tri meseca. Kaže da se nikada ne svađa u vezi, a da raskid najčešće iniciraju devojke, a ne on. Posle raskida je tužan i mnogo pati.

Na većinu pitanja iz oblasti seksualnog ponašanja i heteroseksualnim odnosima odgovarao je posle nekoliko sekundi ćutanja, sa vidljivim znacima napetosti i neprijatnosti (crvenilo lica, vrpoljenje u stolici, spuštanje pogleda i sl), što nije bio slučaj tokom razgovora o drugim temama.

Na pitanja o ljubavnom i seksualnom životu je odgovarao najčešće sa „ne znam" i „nemam pojma", a povremeno bi se i nasmejao.

Nekoliko puta je rekao da još uvek nije našao pravu osobu sa kojom bi bio u vezi, ali je više puta ponovio da „stalno spopada devojke, ali ga one odbijaju".

U poslednjih godinu dana, od kada pije lekove, smanjila mu se seksualna želja. Poslednji seksualni odnos (pre dva meseca) je bio neuspešan, jer nije mogao da ejakulira. Kaže da može da se uzbudi i da do nedavno nije imao problema sa seksualnom željom.

Masturbira skoro svaki dan. Nekoliko puta posle masturbacije ga je boleo penis.

Dragan nije oženjen, niti je bio u braku.

VIII Minimalni podaci o teškoćama i bolesti

Draganove teškoće su počele krajem 1998. godine. U tom periodu su se, po njegovim rečima iznenada pojavile tegobe poput preskakanja srca, jake napetosti, mučnine, bola u želucu, umora i sl. Postao je bezvoljan, zatvorio se u kuću, nije mogao da spava, „užasno se osećao, imao crne misli i mislio da će umreti". Ove teškoće su trajale nekoliko meseci i prestale sa početkom bombardovanja 1999. godine. Navodi da se tokom bombardovanja preporodio i odlično osećao - zbog druženja i alkohola.

Problema nije imao sve do odlaska u vojsku 2001. godine. Tokom služenja vojnog roka imao je smetnje, slične onima pre tri godine – vrtoglavicu, mučninu, lupanje srca, bol u želucu. Prve tegobe u vojsci su se postepeno razvile tokom dežurstva na straži. Prijavio je nadležnima u vojsci da ima smetnje i da se ne oseća dobro, ali mu nisu verovali. Mislili su da simulira i pretili su mu slanjem na Kosovo. Naveo je da je trpio i gutao uvrede i da nijednom nije reagovao na njih. Kasnije mu je vojni lekar prepisao lek za smirenje, ali je Dragan odbijao da ga pije, jer je smatrao da teškoće nisu psihičke prirode. Kaže da je tokom vojske navikao da živi sa svim tegobama.

Posle povratka iz vojske, poteškoće su se nastavile i javljale periodično – nekoliko dana trajale, pa spontano prestajale. Mislio je da ima neku telesnu bolest i išao je prvo kod kadiologa, koji nije ustanovio nikakve srčane smetnje, a zatim i kod infektologa. Dijagnostikovan mu je adenovirus, ali su mu lekari rekli da to nije uzrok postojećih simptoma. Preporučen mu je odlazak kod psihijatra ili psihologa, ali je on

odbio misleći da su tegobe somatske etiologije. Kaže da je tri godine trpio te probleme, i dodao „takav sam ja, sve mogu da istrpim". Za to vreme je često imao nesanice, a ponekad namerno nije hteo da zaspi, jer se bojao da će umreti u snu. Prijatelji i rođaci su ga savetovali da počne da pije antidepresive, ali on je odbijao. Majka mu je davala bromazepam, ali ga je on bacao i nije hteo da ga pije.

Pre godinu i po dana je saznao da mu se brat drogira i da je heroinski ovisnik. Posle toga su tegobe postale intenzivnije i učestalije. Imao je noćne košmare, lupanje srca, gušilo ga je, bio je napet i sl. Otišao je kod lekara opšte prakse, gde je dobio uput za psihijatra.

Drugarica mu je predložila privatnog psihijatra kod koga se ona ranije lečila. Pre oko godinu dana je i otišao kod psihijatra u privatnu ordinaciju. Prepisani su mu antidepresivi i posle toga je prvi put počeo da ih pije, nakon čega se nekoliko dana osećao bolje.

Kod psihijatra je išao samo nekoliko puta, jer je nekoliko nedelja posle prvog odlaska otac izbacio iz kuće njega, majku i brata, pa zbog finansijskih problema nije više mogao ići u privatnu ordinaciju.

Iako je nastavio da pije antidepresive, stanje se u narednih par meseci pogoršalo. To pogoršanje Dragan tumači time što se nakon razdvajanja od oca i bratove apstinencije, situacija smirila, pa je ponovo počeo mnogo da razmišlja o svojim problemima. Navodi da tokom problema sa ocem i bratom, „nije imao vremena da misli o svojim tegobama".

Posle ponovne egzacerbacije simptoma, majka i brat su pretili da će mu ubaciti trodone u hranu, „da će videti on svoje" i prisiljavali su ga da ode kod psihijatra.

Plašio se sam ići kod psihijatra, pa ga je brat vozio. Na putu do bolnice su se javili simptomi – ukočenost ruke, mučnina, glavobolja i treslo mu se celo telo. Psihijatar mu je prepisao antidepresive, koje pije bez prekida poslednjih nekoliko meseci. Nekoliko puta mu je menjana terapija, jer nije osetio značajno poboljšanje nakon uzimanja lekova.

Poslednjih 8-9 meseci dolazi u Dnevnu bolnicu.

O svom trenutnom stanju daje kontradiktorne izjave. U određenim trenucima govori da se dobro oseća, mnogo bolje nego pre, da razumnije misli i da nema previše strahova, a kasnije govori da se oseća jednako loše kao i pre.

Kao najtežu smetnju u poslednje nekoliko dana, navodi „jaku nervozu", koja se javlja najčešće dva-tri časa posle jela. Navodi da kada želudac počinje da vari hranu, njemu se sloši, znoji se, guši ga i postaje jako napet i bezvoljan. Kada je napet, kaže da udara pesnicom u zid, jer ga posle toga boli ruka, pa ne misli na napetost.

Nastanak tegoba ne vezuje za određene događaje. Smatra da one nemaju mnogo veze sa stresom i da počinju same od sebe. Tipičan razvoj simptoma je opisao na sledeći način: „Ležim u krevetu, samo od sebe krene i mislim da ću umreti. Počne sa lupanjem srca, sledi malaksalost, tremor i bolovi u rukama i nogama, pritisak u glavi, grudima i želucu. Traje oko sat-dva i prođe".

Navodi da je uvek bio „zdrav kao dren" i da nikada nije imao neku somatsku bolest.

Do pre godinu dana je mislio da svi njegovi problema imaju uzrok u nekoj telesnoj bolesti. Tek kada je krenuo kod psihijatra, počeo je da sumnja da su tegobe možda i psihičke etiologije, iako ni sada nije u potpunosti siguran u to.

Negira postojanje problema u društvu i seksu zbog tegoba, iako ih je ranije tokom razgovora navodio.

Smatra da se on promenio zbog postojećih problema, a ne njegova okolina. Kaže da je postao bezobrazniji, da mnogo laže i da pokušava da zaradi novac na prevaru. Navodi i da je zbog toga izgubio majčino poverenje, ali da mu promena u njegovom ponašanju prija, jer „svi ljudi lažu i kradu, a pre je bio previše dobar prema ljudima".

Majka ga podržava u lečenju i njegove probleme tumači njegovim „potiskivanjem svega". Sa njom je pre mnogo razgovarao o svojim poteškoćama, ali u poslednje vreme sve ređe pričaju o tome, jer kada on počne razgovor, majka ga prekida rečima „to smo već apsolvirali".

Rešenje svojih problema vidi u tome da nađe devojku i da bude u boljoj finansijskoj situaciji. Nema nameru da prestane da pije lekove, jer smatra da mu je od njih malo bolje.

IX Minimalni podaci o izgledu ispitanika

Dragan je izrazito visoka osoba, tačnije oko dva metra. Trenutno je na granici normalne i ispodprosečne telesne težine, iako je napomenuo da se nakon početka upotrebe antidepresiva ugojio oko 30 kilograma za pola godine, pa toliko i smršavio poslednjih par meseci.

Astenične je telesne konstitucije, slabije razvijenih mišića i nežne telesne građe.

Dok hoda, pokreti su mu kruti, oprezni i deluje kao da je u grču.

Ne gestikulira dok priča, a mimika je siromašna. Deluje uzdržano, ali ne kao umorna i iscrpljena osoba.

Dok sedi, stav tela karakteriše glava uvučena ka ramenima, sa slabim pokretima ostalih delova tela.

Uredno je obučen, sportski - majica i farmerke, i odaje utisak pedantne osobe. Svaki dan je bio u drugoj odeći i stekao se utisak da je osoba koja vodi računa o svom izgledu.

Ispitanik je bio izrazito saradljiv i pričljiv. Razgovetno, tečno i bez ustezanja je odgovarao na većinu pitanja. Uglavnom nije ispoljavao znake nelagode i neprijatnosti. Jedino je prilikom razgovora o heteroseksualnim odnosima, odgovarao posle dužeg razmišljanja i bili su vidljivi znaci anksioznosti (cupkanje nogom, spuštanje pogleda, grickanje usne i sl.).

Bez obzira na malu razliku u godinama između njega i ispitivača, u Draganovom stavu prema ispitivaču je sve vreme dominirao stav poštovanja i spremnost da govori o

svojim poteškoćama. Stekao sam utisak da je ostvaren kvalitetan odnos, međusobnog poverenja i jasnog razumevanja i poštovanja definisanih uloga ispitivača i ispitanika.

Ispitivač je na samom početku osećao tremu (bez jake nelagode), ali je ona ubrzo nestala najviše zahvaljujući Draganovoj otvorenosti da slobodno priča o sebi. Bio sam motivisan i zainteresovan da razumem klijenta, bez mnogo opterećenosti o tome da li su pitanja koja postavljam u potpunosti lege artis. Brzo sam osetio kod sebe znake empatije i prva tri dana ispitivanja su mi izuzetno prijala. Međutim, poslednji dan sam u nekoliko navrata osetio blag empatski zamor, pad koncetracije i osećanje nemoći pred tegobama klijenta. Osećao sam se sposobnim da ga razumem, ali ne i da mu pomognem. To je privremeno dovelo do mog razočarenja i osećanja bespomoćnosti. Međutim, posle par dana konsolidacije utisaka i iskustva, ipak je to osećanje prošlo i bio sam zadovoljniji urađenim.

Hipoteze o daljem radu

Podaci prikupljeni LOBI-jem su omogućili dobar uvid u ispitanikove teškoće i pružili mnogo činjenica za dalje ispitivanje. S obzirom da je uspostavljena kvalitetna relacija, stiče se utisak da je ispitanik bio iskren i da su podaci verodostojni. Ispitanik je bez oklevanja i detaljno opisivao svoje tegobe i dao iscrpne informacije o različitim aspektima svog funkcionisanja.

Uvidom u dobijene informacije, istakle su se kritične oblasti koje je trebalo produbiti u nastavku ispitivanja.

Najmarkantnije obeležje ispitanikovog razvoja je odrastanje u disfunkcionalnoj porodici. Očeva patološka ljubomora, verbalno i fizičko zlostavljanje majke od strane oca, njihove stalne svađe, Draganovo pasivno prisustvo njima, neprijateljski stav oca prema Draganu, nezainteresovanost za njegove probleme, kontekst je u kojem je proveo detinjstvo.

Naročito dramatičan period je kasna adolescencija, koju karakteriše niz izrazito intenzivnih stresora - izbacivanje iz kuće od strane oca i prekid odnosa sa njima, zatim bratova narkomanija i konstantan neuspeh u heteroseksualnim odnosima. Za ovaj period je vezano manifestovanje prvih psihičkih tegoba u vidu umora, vrtoglavica, lupanja srca, gušenja, želudačnih problema i sl.

Introvertna struktura ličnosti, siromašni interpersonalni odnosi, odsustvo socijalne mreže podrške takođe su karakteristični za njegov razvoj u domenu socijalnog ponašanja. Dakle, osim disfunkcionalne porodice, uočljivo je i nepostojanje nekog sistema potpore van nje.

Nezainteresovanost i preziranje škole, često odsustvo sa časova, nepostojanje drugara u školi, ukazuju na nepostojanje adaptiranosti i funkcionalnosti i u toj oblasti.

Kao kritična tačka ističe se i poslovna sfera. Definišu je nepostojanje kontinuiteta zaposlenosti, često menjanje poslova, kratko zadržavanje na jednom radnom mestu i pasivan odnos prema rešavanju tih teškoća.

Vreme provedeno na služenju vojnog roka je takođe ispunjeno nizom neadaptivnih oblika suočavanja sa stresnim situacijama, u vidu manifestovanja brojnih somatskih simptoma.

Naročito upadljivo je postojanje poteškoća u oblasti heteroseksualnih odnosa i seksualnog ponašanja. Primetan je strah od prilaska osobama suprotnog pola i nepostojanje nijednog bliskog, ljubavnog odnosa sa ženom. Ispoljavao je otpor praćen smehom i infantilnim ponašanjem prilikom razgovora o ovoj temi. Takođe, neuspešan prvi koitus i poslednji seksualni odnos, i utisak da osim ta dva iskustva nije bilo više nijednog, ukazuju na krajnje nezadovoljavajući i slab seksualni život.

Dakle, kod ispitanika su uočljive kritične tačke i konfliktna područja u svim oblastima funkcionisanja obuhvaćenim LOBI-jem.

Radi sticanja preciznijeg uvida i razumevanja ispitanikovih psihičkih poteškoća, njihovog porekla, razvoja, mehanizama održavanja, i potencijalnih rešenja, odlučeno je da se tokom intervjua dublje prorade sledeće celine:

- RAZVOJ DO 18. GODINE I JAVLJANJA PRVIH POTEŠKOĆA;
- Faktori rizika i vulnerabilnosti ispitanika, način adaptacije na porodične probleme, tip suočavanja sa stresnim situacijama, ispitanikova struktura ličnosti.
- JAVLJANJE PRVIH POTEŠKOĆA I NJIHOVO POVLAČENJE;
- Uslovi koji su prethodili tegobama, njegovo viđenje problema, suočavanje sa njima i načini rešavanja, objašnjenje nestanka simptoma i nejavljanja 2 godine.
- RAZVOJ TEŠKOĆA TOKOM VOJSKE, NJIHOVO INTENZIVIRANJE I TRAJANJE DO DANAS;
- Isti ciljevi kao u prethodnoj celini, uz aspekt radnog funkcionisanja.
- HETEROSEKSUALNI ODNOSI I SFERA SEKSUALNOG PONAŠANJA;
- VIĐENJE BUDUĆNOSTI I NJEGOVI CILJEVI.

INTERVJU

Zdravo Dragane. Kako se danas osećaš?

Pa, neraspoloženo. (posle toga ćuti)

Šta te čini neraspoloženim?

Ne znam da li da ti kažem. Malo mi je bez veze. Dobro... Pa pitao sam juče u bolnici tvoju koleginicu da li bi htela da se družimo i odbila me, ali nije bila iskrena...

Kako to misliš „nije bila iskrena”?

Pa rekla mi je da ne sme. Da ne daju na poslu da se druže pacijenti i doktori, ali znam da nije zbog toga. Ne dopadam joj se... Bilo bi bolje da mi je pljunula u lice, nego što me lagala... Ali ne bih više o tome. Neću da pričam o tome.

U redu. Ako budeš hteo još o tome da pričaš, slobodno mi reci. Ok?
Dobro.

Voleo bih da danas počnemo razgovorom o tvom detinjstvu i odrastanju u Futogu. Juče si mnogo i hrabro pričao o porodičnim problemima i svađama oca i majke. Da li si ti, kada si bio mali (tokom osnovne škole), bio prisutan u tim situacijama? Da li si bio u kući kada su se roditelji svađali?
Da. Prisustvovao sam skoro uvek svađama. Voleo sam da budem tu. Puštao sam ih da se svađaju, ali sam bio prisutan. Pokušavao sam da zaštitim majku.

Na koji način si pokušavao da je zaštitiš?
Pa, bio sam tu. Mislio sam da je neće povrediti ako sam ja blizu.

Hm. A da li je povređivao?
Da. Juče sam pričao o tome.

Dobro. Da li ikada pokušavao da se suprostaviš ocu?
Ništa nisam mogao da uradim. Pokušavao sam rečima da ubedim oca, ali nije vredelo.

Kako bi se oni ponašali kada bi ti pokušao nešto da uradiš?
Nekada su me ignorisali, nekada isterivali napolje iz sobe. A otac bi se svađao i sa mnom. Milion puta me vređao.

Na koji način te vređao?
Pljuvao je na mene, govorio mi da sam „đubre", pretio, psovao me, okrenut leđima prolazio pored mene.

Na koji način si se ti sam suočavao sa tim problemima?
Gutao sam sve probleme. Stalno sam gutao.

Kako to misliš „gutao"?
Pa, gutao probleme. Nisam pričao ni sa kim. Zatvorio bih se u sobu i ćutao.

Hm. Da li si nekada plakao u takvim situacijama, kada ti je bilo teško?
Ne, nikada nisam plakao.

A kako su se drugi ukućani ponašali kada bi izbio sukob između oca i majke?
Pa, baka bi pokušala da smiri kada je bilo baš žestoko. A inače je govorila da ne može ništa da uradi. Nije htela da se zameri sinu. Mislim da ga podržavala u mnogo čemu. Bila je na njegovoj strani.

Da li je ona živa?
Ne, umrla je još pre.

Kako si se osećao kada prođe svađa? Šta si radio?
Bilo mi je potrebno da se izduvam negde napolju. Iscrpljivale su me te svađe. Bio sam umoran posle. Kada je žestoka svađa, bio bih jako uplašen i trebao mi je odmor.

Da li si pričao sa nekim o tome?
Ne, stalno sam gutao. Bio sam tvrda i čvrsta osoba. Trpio sam i psihički i fizički bol.

Da li si imao možda nekoga od drugova sa kim si razgovarao kada ti je bilo teško?
Ne baš. Bio sam jako stidljiv. Malo sam pričao. Stalno su mi govorili da sam mnogo bolji kada se napijem, pa puno pričam.

Dobro. Spomenuo si juče da ti se čini da si se do desete godine noću umokravao u krevet kada si bio mali. Koliko često se to dešavalo?
Pa, dosta često, ali mislim da je to bilo relativno normalno.

Misliš li da je to moglo biti povezano sa problemima u porodici?
Ne. Nije to imalo veze sa svađama majke i oca.

Dobro. Juče si rekao da su prve poteškoće, slične onima zbog kojih si sada ovde, počele kada si imao 18 godina. Možeš li mi reći nešto više o tome kako su počele?
Pa. Počeo sam to da primećujem na treninzima odbojke. Išao sam na treninge, ali sam osećao u levoj nozi neko zagrevanje. Od palca na gore. Kao da mi gori noga. I lupalo mi je srce jako. Bilo mi je muka. Nisam imao snage ni za šta. Kao neki napad panike.

U kojim situacijama bi se to dešavalo?
Samo od sebe. Tek tako krene odjednom, polako, pa bude sve gore i gore, pa onda prođe.

Koliko često se to dešavalo?
Pa, par dana bude tako, pa par prođe pa opet.

Na koji način si se ti borio sa tim tegobama?
Predao sam se. Prepustio sam se tome. Zavukao sam se u sobu. Trajalo je to nekih četiri meseca. Kada je počelo bombardovanje, mene je prošlo. Zezali smo se, pili alkohol...

Dobro. Pričao si da je jedna devojka bila zaljubljena u tebe kada si imao 18 godina. Opiši mi kako je to izgledalo.

Bio sam i ja zaljubljen u nju. Bilo je to obostrano. Sviđala mi se ona, ali sam bio jako stidljiv. Stalno sam izbegavao da se vidim sa njom. Lagao sam je da ne mogu da je vidim, da nemam vremena. (smeh) A hteo sam jako da je vidim. Imao sam tremu pred njom.

Kako se ta trema ispoljavala?

Pa, bio sam jako stidljiv. Tresao sam se pred njom. Bio sam zaljubljen, ali joj nisam smeo ništa reći. Sećam se da smo jednom gledali film kod nje u stanu i da je ona očekivala da ja preuzmem neke korake. Ja sam stalno mislio o tome šta trebam da uradim, ali nisam ništa smeo. Na kraju je ona mene poljubila, ali ja sam otišao. Bilo sam stidljiv. Kod kuće sam lupao glavom u zid i govorio sebi da sam budala.

Šta je kasnije bilo sa vama?

Ona je rekla da želi da budemo samo drugovi. Bilo mi je jako krivo zbog toga. Dala mi je i svoju sliku, ali ja nisam hteo sliku, nego nju, ali nisam smeo ništa da uradim. Posle toga sam odlučio da se za drugov 18. rođendan napijem zbog toga. Ona je drugarima pričala da sam jako smotan. Kasnije se ona odselila, pa je više nisam ni video.

Kako si se osećao posle toga?

Patio sam.

Da li su one tegobe počele u to vreme?

Pa, negde u to vreme. (posle dugo razmišljanja)

Misliš li da su one teškoće – lupanje srca, umor, vrtoglavica, bolovi u želucu, imali veze sa patnjom zbog te devojke?

Mislim da ne. Mislim da je to bilo zbog neke bolesti.

Hm. Da li si išao kod lekara zbog toga?

Ne. Trajalo je par meseci, pa je prošlo posle bombardovanja.

Koliko dugo posle završetka bombardovanja nisi imao poteškoće?

Pa, oko dve godine. Trenirao sam odbojku, osećao sam se normalno, kao i pre. Patio sam za njom, ali mi je bilo dobro.

Kada si ponovo počeo da osećaš teškoće?

U vojsci. Imao sam vrtoglavice, bolove u želucu, lupalo mi je srce, bolela me glava.

Da si imao problema sa ljudima u vojsci?
Svi su nešto naređivali, mučio nas je neki komandir, nije dao da spavamo po nekoliko noći. Dežurali smo noću, a danju bili na vežbama, radili nešto...

Da li si pokušao da se buniš protiv toga?
Ne. Trpio sam i gutao.

A kako su reagovali kad ti nije bilo dobro?
Mislili su da foliram. Tražio sam da idem kod doktora, ali su oni mislili da se izvlačim. Doktor u vojsci mi je dao neke lekove za smirenje, ali ih nisam hteo piti.

Nisi ih hteo piti?
Mislio sam da imam neku bolest, a da nije to na psihičkoj bazi. Trpio sam jer nisam verovao doktoru.

A šta sada misliš?
Pa, ne verujem da neko može imati takve probleme na psihičkoj bazi.

Kako si se osećao posle povratka iz vojske?
Bilo je slično kao u vojsci. Imao sam mnogo strahova. Boleo me želudac, vrtoglavice, osećao sam se malaksalo, imao sam jako lupanje srca. Nekada nisam hteo da zaspim, jer sam se bojao da se neću probuditi.

Zbog čega si mislio da se nećeš probuditi?
Mislio sam da imam neku bolest i da ću umreti u snu.

Da li si išao kod doktora zbog tih tegoba?
Išao sam kod kardiologa, ali je srce bilo u redu. Poslali su me infektologu, ali je ona rekla da nisam bolestan i da je to na psihičkoj bazi. Rekla mi je da trebam ići kod psihijatra ili psihologa.

Da li si je poslušao?
Ma, nisam joj verovao, samo sam odmahnuo rukom i otišao od nje. Niko me nije razumeo. Tri godine sam trpio te svoje teškoće. Zatvorio sam se. Povukao se u sebe. Ništa nisam mogao da radim. Bio sam jako umoran.

Kako se tada tvoj otac ponašao prema tebi?
Njega nije bilo briga. Dok sam ležao u krevetu, otac mi je govorio da sam đubre. Govorio je „Neću da vozim đubre doktoru".

A kako ti objašnjavaš te poteškoće?
Ne znam.

Šta se promenilo pa si konačno odlučio da odeš kod psihijatra?
Pa, ne znam. Počeo sam da verujem da je to na psihičkoj bazi. Počeo sam da mislim da ako sam stvarno bolestan, da bih već bio umro, da bih ležao u bolnici, da bi bio operisan.

A šta sada misliš o tome?
Možda je zbog vojske ili porodičnih problema.

Kako to misliš?
Pa, ne znam. Možda zato što sve gutam.

I kako se osećaš poslednjih godinu dana od kada dolaziš u bolnicu?
Malo bolje. To je zbog lekova. Sad se više krećem, i kada mi nije dobro. Iako mi i sada nije baš najbolje. Ne mogu ništa da radim, umoran sam, brzo malaksam.

Da li bi voleo da se zaposliš?
Pa bih. Ali ne mogu ništa da radim. Znam da ne bih mogao da izdržim. Krivo mi je što ne radim, jer ne mogu da pomognem porodici. Nemamo para. Ali nisam funkcionalan. Nisam u stanju da radim. Bezvoljan sam.

A devojke...
Uf, spopadam ih sve redom. Treba mi neka dobra devojka. Neka koja će biti dobra prema meni i koja će da me razume.

Koliko već dugo „spopadaš devojke”?
Od letos. Do tada sam bio jako stidljiv. Sada im prilazim redom.

To kada si bio stidljiv, da li si imao neku devojku?
Pa, ne baš. Sve je bilo kratko. Nisam imao tri godine devojku, pa sam pre dva meseca bio sa nekom iz bolnice, ali sam je otkačio. Počela je da me smara. Ne prijaju mi ovi ljudi u bolnici, svi su depresivni.

Otkačio si je? Da li ti obično prekidaš vezu?
Ne. One mene šutnu. (smeh). Kad se upoznam sa njima, obično mi daju pogrešan broj telefona. Od letos sam dobio bar 20 pogrešnih brojeva.

Kako se osećaš povodom toga?
Svejedno mi je. Malo me razočara. Mislim da su sve idealne i dobre, ali ispostavi se da nije baš tako. Suviše sam iskren prema njima. One to ne vole. Kad se ohladim opet mislim da su idealne, pa se ispostavi da je drugačije. Bolje prolaze kriminalci, nego ja koji im verujem i koji sam iskren.

A kakva je to idealna žena?
Pa, dobra devojka. Koja me razume. Ne vara.

Pokušaj da mi opišeš sebe. Kakva si ti osoba.
Mislim da sam previše iskren i da previše verujem ljudima. Ceo život mislim da sam glup i ružan.

Ružan?
Da. Ne sviđam se sebi kako izgledam.

Šta ti se ne sviđa na tebi?
Ništa. Mislim da sam ceo ružan i da sam loše građen. Opada mi kosa, faca mi je kriva, lice mi je ružno, mislim da sam previsok. Imam komplekse.

Dobro. Kako bi ti se sviđalo da izgledaš?
Pa, da sam deset centimetara niži, da imam lepšu facu.

Hm. Zamislimo da izgledaš tako kako bi hteo, šta misliš da bi se promenilo u tvom životu?
Pa, izgled je jako bitan drugim ljudima. Lepi ljudi lakše uspeju. Kod devojaka, u poslu.

Dobro. Misliš li da su svi uspešni ljudi lepi i zadovoljni svojim izgledom?
Pa, ne. Ali im je lakše.

Ok. Ja isto nisam naročito zadovoljan kako izgledam (imam rošavo lice, nizak sam), ali mislim da to nije naročito bitno. Ljude čine i druge osobine osim izgleda. Postoji mnogo ljudi kojima nije bitan izgled druge osobe, nego da li je ta osoba dobra, da li ume lepo da priča, da li je poverljiv prijatelj. A i ja sam muškarac, pa ti sada kažem da meni nisi ružan. Visok si, lepo se smeješ, meni izgledaš sasvim normalno. Misliš li da ako ja tako mislim da možda postoje i drugi ljudi koji te tako vide.
(smeh). Pa, možda.

Da li ti je neko nekada rekao da si ružan?
Pa, ne. Ali znam da misle tako.

Na osnovu čega znaš?
(ćuti).

Šta očekuješ da će se dešavati sa tobom u budućnosti?
Planiram da dođem sebi. Čekam da lekovi prorade, pa da tražim posao. I da nađem neku dobru devojku. Ne odustajem ja, ne predajem se lako.

U redu. Hvala ti na saradnji. Želim ti sve najbolje.
Hvala.

Interpretacija podataka i mišljenje o ispitaniku na osnovu LOBI-ja i intervjua

Dragan je tokom ispitivanja LOBI-jem i intervjuom pokazao visok nivo saradljivosti i spremnost da govori o svojim poteškoćama. Pri tom, način na koji je pričao i njegova neverbalna komunikacija, ne ukazuju na to da je hteo kod ispitivača da izazove sažaljenje. U kontekstu tegoba koje ispoljava, bitno je napomenuti i da ispitanik ne deluje kao nesigurna, napeta, niti depresivna osoba. Indiferentnost i jednolična prozodija dok razgovara o tegobama, verovatno su dobrim delom i posledica činjenice da je ispitanik pod dejstvom antidepresiva.

Dominantno obeležje konteksta ispitanikovog razvoja je odrastanje u disfunkcionalnoj porodici. Kulminacija porodičnih problema manifestovana je pre godinu dana, kada je otac izbacio Dragana, njegovu majku i brata iz kuće, čime je prekinut kontinuitet života u negativnoj porodičnoj atmosferi. Kontakti sa ocem su od tada svedeni jedino na Draganove bezuspešne pokušaje da razgovara sa njim o održanju, makar minimalnih porodičnih odnosa. Poslednji takav pokušaj završen je očevim rečima „ja i ti više nismo otac i sin".

Alkoholizam, patološka ljubomora i učestalo zlostavljanje supruge, nezainteresovanost i nemar za sina, osnovne su karakteristike figure oca uz kojeg je tekao proces Draganovog odrastanja. Ispitanik je često prisustvovao aktima verbalnog i fizičkog zlostavljanja majke. U tim situacijama, pokušavao je da zauzme poziciju pasivnog spasioca. Svojim prisustvom je želeo da spreči oca u nameri da povredi majku. Međutim, njegovi pokušaji nisu imali efekta. U ovakvim ponavljanim neuspesima deteta da zaštiti majku, uz snažnu želju da interveniše, verovatno se krije početak razvoja naučene bespomoćnosti, čiji elementi se prepoznaju u gotovo svim aspektima ispitanikovog funkcionisanja.

Ispitanikov odnos sa majkom karakteriše idealizacija, bliskost i snažno osećanje vezanosti. Majka je bila jedini potporni sistem tokom razvoja u problematičnoj porodici. Prihvatajuća majka je bila jedina osoba sa kojom je kao dete razgovarao o svojim problemima i jedini izvor sigurnosti. U trenutnom odnosu sa njom uočljiva je ambivalencija. Majku doživljava kao „napetu i nervoznu osobu", ne osuđuje je zbog toga, ali pokazuje razočarenje, jer ona više nema strpljenja da razgovaraju o njegovim tegobama.

Ispitanikov odnos sa bratom je takođe problematičan i doprinosi narušenosti porodične kohezije. Opisuje ga kao psihički sličnog ocu. Odnos sa bratom obeležava nepostojanje bliskosti i indiferentnost. Žive u zajedničkoj sobi, ali imaju slabe kontakte i malo razgovaraju. Prilikom bratovog problema sa narkomanijom, Dragan je ponovo zauzeo poziciju spasioca. Izražava razočarenje u njega, jer nikada nije pokazivao znake zahvalnosti zbog toga.

Odrastanje u disfunkcionalnoj porodici, dovelo je kod ispitanika do razvoja vulnerabilnosti na stresne događaje, odnosno do povećane ranjivosti u situacijama

procenjenim kao kritičnim (gubitak, narušavanje samopoštovanja i sl.). Dodatni faktori rizika su bili i premorbidna struktura ličnosti – introvertna, sa tendencijom potiskivanja i snažne kontrole ekspresije emocija, kao i odsustvo sistema socijalne, ili samo-podrške, koji bi doprineli razvoju rezilijentnosti. Dakle, uslovi ispitanikovog razvoja su pogodovali formiranju ličnosti osetljive i podložne neefikasnom reagovanju u stresnim situacijama.

U intermitentnom javljanju tegoba kod ispitanika, uočljiva je pravilnost. Intenzivan razvoj tegoba, vezan je za periode i situacije snažnog stresa. Te situacije su hronološki posmatrano bile (uz stalno prisustvo porodičnih problema): neuspeh u ostvarivanju prvog heteroseksualnog odnosa sa 18 godina, služenje vojnog roka sa 20 godina, bratova narkomanija sa 24, izbacivanje iz kuće od strane oca sa 25 godina. Ispitanik u takvim situacijama reaguje tegobama somatske prirode: lupanje srca, bol u želucu, vrtoglavice, gušenje, knedla u grlu, zatim umorom i malaksalošću (verovatno kao posledicom stvarne iscrpljenosti organizma). Značajno je da priroda postojećih simptoma u domenu funkcionisanja autonomnog nervnog sistema, a ne volje. Mogući mehanizam nastanka i održavanja simptoma vezan je za hiperaktivaciju i povećanu osetljivost ANS, kao posledicu potiskivanja i preterane kontrole izražavanja emocija, i njenog isključivog ograničavanja na fiziološke (visceralne) komponente.

Ispitanik navodi da od kada zna za sebe, u konfliktnim situacijama i uopšte u svim koje izazivaju javljanje negativnih emocija, on reaguje „gutanjem i trpnjom". Ovakav vid restrikcije emocionalnog iskaza, postao je trajni obrazac suočavanja (copinga) sa stresom. Ovakva patološka adaptacija, verovatno se po principu cirkularne uzročnosti formirala kao samoodržavajući i samopotkrepljujući mehanizam održavanja tegoba.

Ispitanik je nakon javljanja prvih tegoba izgradio verovanje da su njegove poteškoće somatske prirode i negirao je njihovu psihološku pozadinu. Usmerenost na telesne simptome i uverenje da su posledica fizičke bolesti, unatoč isključivanju mogućnosti takve etiologije od strane više doktora, doprineli su ispitanikovoj uverenosti da ga niko ne razume i strukturiranju otpornosti ka psihološkom objašnjenju njihove prirode. Manipulacija teškoćama nije isključena, iako nisu jasno uočljivi mogući potkrepljivači takve njihove uloge.

Oblast heteroseksualnih odnosa i seksualnog ponašanja je najkritičnije područje ispitanikovog funkcionisanja. Jedino pričajući o ovoj temi ispitanik je iskazivao znake neprijatnosti i snažnog otpora (u vidu vremenski odloženog odgovora, odgovora „ne znam", znakova anksioznosti i infantilnog ponašanja-smeha). U ovoj sferi postoji niz konflikata - izrazita stidljivost u kontaktu sa ženama, neprijatno sećanje na prvi koitus, neuspešan poslednji seksualni odnos, stalni nesklad između željenog i ostvarenog.

Racionalizaciju neuspeha u domenu heteroseksualnih odnosa, ispitanik ispoljava uverenjem da su „sve žene idealne, ali da kada im on priđe ispostavi se da

nijedna nije bila baš toliko dobra". Ispitanik ima izrazito negativan self-koncept, i čini se da je uverenje o sebi kao ružnoj osobi, postalo sredstvo samohendikepiranja i u kombinaciji sa idealizacijom žena, alibi za neuspeh. Poslednjih nekoliko meseci, ispitanikovo odnos prema ženama, najbolje opisuje njegova izjava da „ih spopada sve redom". Ova promena u ponašanju poklapa se sa početkom korišćenja lekova prepisanih od strane psihijatra. Smanjena anksioznost koju su verovatno izazvali lekovi, dovela je do dezinhibicije impulsa iz nagonske sfere. Od tada ispitanik doživljava stalni neuspeh u pokušajima da ostvari kontakt sa nekom ženom, ali uporno održava takav modus ponašanja. Neefikasnu pasivnost, zamenila je neefikasna aktivnost, koja iznova potkrepljuje ispitanikovu lošu sliku o sebi.

Ispitanik pokazuje promenljivu radnu efikasnost. Promenio je više radnih mesta, na kojima se kratko zadržavao, a u nekoliko navrata bio je nezaposlen po par godina. Uzrok fluktuacije ispitanik objašnjava nastankom umora i malaksalosti, kao posledicom spontanog razvoja tegoba, koje ga onemogućavaju da bude funkcionalan. U ovoj oblasti je moguća manipulacija teškoćama („Bolestan sam, ne mogu da radim"), koja donosi očiglednu dobit, jer Draganu rodbina iz inostranstva finansijski pomaže (plaća najamninu za stan). Takođe, na ovaj način redukuje se polje situacija u kojima je moguć neuspeh.

Ispitanik ima slabe kapacitete za prevladavanje stresa, a izgrađeni mehanizmi u vidu razvoja teškoća, koje su se strukturirale kao stalno obeležje ispitanikovog funkcionisanja, predstavljaju patološku adaptaciju.

U rešavanju svojih tegoba, Dragan zauzima kvazi-autoplastičnu orijentaciju. Smatra da mora on da se promeni da bi mu bio bolje, „jer ne može da menja ceo svet". Unatoč ovakvom stavu, on se ponaša pasivno.

VEKSLEROV INDIVIDUALNI TEST INTELIGENCIJE (VITI)

Vrednosti kvantitativnih pokazatelja:

CIQ = 89
VIQ = 85
MIQ = 96
% MD = 100 X (Σ „otpornih"- Σ **„**neotpornih") / Σ „otpornih"
% MD = 100 X (38 – 30) / 38
% MD = 21, 05
korekcija za godine = 1%
% MD = 20, 05
M = 8,09

Tabela 1: *Prikaz rezultata dobijenih na VITI-ju*

Verbalna skala	sirovi skor	skalirani skor	odstupanje	skater
Informacije	14	9	+ 0,9	0
Brojevi	11	8	- 0,1	0
Rečnik	21	7	- 1,1	0
Aritmetika	6	6	- 2,1	-
Shvatanje	14	8	- 0,1	0
Sličnosti	9	6	- 2,1	-
Verbalni skor		**44**		
Manipulativna skala	sirovi skor	skalirani skor	odstupanje	skater
Dopune	13	10	+ 1,9	+
Strip	13	10	+ 1,9	+
Mozaik	32	9	+ 0,9	0
Sklop	31	11	+ 2,9	+
Šifra	38	7	- 1,1	0
Manipulativni skor		**47**		
Suma skaliranih skorova		**91**		

Analiza rezultata dobijenih na VITI-ju

Ispitanikov pristup testiranju

Dragan je trećeg dana ispitivanja rešavao VITI, nakon urađenih LOBI-ja i intervjua. Dragan je ovom testu pristupio sa slabim interesovanjem. Za razliku od prethodna dva dana, nije bio naročito motivisan da rešava zadatke na VITI-ju.

Kada mu je objašnjeno šta će da radi i zašto treba da uradi ovaj test, bezvoljno i rečima „ako se baš mora" je primio informaciju o testiranju. Stekao se utisak da to nije zbog anksioznosti u situaciji testiranja sposobnosti ili straha od neuspeha, već

zato što ovom prilikom nije mogao da priča o svojim tegobama. Nakon urađenog LOBI-ja i intervjua, došao je sa očekivanjem da ćemo ponovo razgovarati o njegovim poteškoćama. Iskazao je čuđenje kako će rešavanje ovakvih zadataka pomoći razumevanju njegovog stanja.

Objašnjeno mu je da ovaj test služi tome da vidimo kako on razmišlja, kako se odnosi prema ljudima, kako se suočava sa određenim situacijama i rešava praktične životne probleme. Ukazano mu je da i ovaj tip materijala daje važne podatke, koji nam pomažu da bolje razumemo njegovo funkcionisanje. Međutim, ni posle dodatnog objašnjenja nije mu bilo jasno zašto treba da rešava zadatke kojima se procenjuju sposobnosti.

Otpor je delimično pojačan nakon početnog subtesta Informacije, jer je nakon nekoliko pitanja počeo da komentariše „kakva su to pitanja?", a nakon pitanja za koja je smatrao da su besmislena ironično bi se podsmehnuo i rezignirano rekao „ne znam, dalje". Ipak, čini se da mu nije bilo svejedno da li zna ili ne zna odgovor, jer je povremeno tražio povratnu informaciju o tačnosti odgovora, ili kad nije bio siguran koji je odgovor, tražio je pomoć, npr. početno slovo.

Dragan je rešavao VITI oko sat vremena i nije ispoljavao znake umora.

Kvalitativna i kvantitativna analiza postignuća na VITI- ju

Dragan je na verbalnom delu skale postigao VIQ=85, a na manipulativnom MIQ=96. Globalni CIQ=89, što prema Vekslerovoj klasifikaciji nivoa inteligencije, predstavlja granični slučaj između grupe tupih normalnih i prosečnih.

Koeficijent mentalne deterioracije iznosi 20,05, ali samu njegovu brojčanu vrednost koja bi ukazivala na granični slučaj eventualnog i vrlo verovatnog mentalnog propadanja treba uzeti sa rezervom. Ispitanikov različit pristup rešavanju zadataka iz grupe postojanih i grupe nepostojanih subtestova, navodi na sumnju da dobijeni visok procenat mentalne deterioracije nije pokazatelj gubitka efikasnosti, već pre različitog nivoa motivisanosti. Naime, ispitanik je postigao najviši skor na subtestovima iz grupe postojanih - Dopune i Sklop, i tim zadacima je pristupao sa najviše motivisanosti, interesovanja i ulaganja napora da dođe to tačnog rešenja. Sa druge strane, najlošije postignuće je imao na dva subtesta iz grupe nepostojanih – Aritmetika i Šifra. Subtestu Aritmetika, pristupio je bezvoljno, govoreći da nikada nije voleo niti znao da radi matematiku, nakon pročitanog pitanja, brzo je odustajao ako mu se učinilo teško, nije ulagao napor i delovao je potpuno nezainteresovano. Za subtest Šifra je napomenuo da mu je nezanimljiv i da će ga raditi polako, što je dovelo i do niskog postignuća. Dakle, u ovom slučaju visok procenat koeficijenta mentalne deterioracije je pre posledica izrazito različite motivisanosti prilikom rešavanja različitih testova, neko gubitka mentalne efikasnosti ili eventualnog organiciteta.

Različit stav prilikom rešavanja zadataka, koji su bili zanimljivi i koje je bio motivisan da rešava, doveo i je do toga da skor na manipulativnoj skali bude veći od skora na verbalnoj.

Tokom rešavanja testa, motivacija i zainteresovanost su fluktuirali u zavisnosti od prirode zadataka. Subtestove verbalne skale je rešavao bezvoljno, površno, bez ulaganja napora, komentarišući da ga to ne zanima, da to nikada nije voleo u školi i da su pitanja besmislena. Kada bi dao tačan odgovor, nije pokazivao znake zadovoljstva, a ako pogreši ili ne zna odgovor, delovalo je kao da mu je svejedno.

Međutim, prilikom rešavanja subtestova manipulativne skale (sa izuzetkom Šifre), bio je značajno motivisaniji, zauzimao je aktivan radni stav, sa pažnjom je rešavao zadatke, trudio se i bio koncentrisan. Tražio je fidbek o tačnosti odgovora, interesovao se gde je pogrešio, a ispoljavao znake nezadovoljstva i anksioznosti (gunđao, cupkao nogom i sl.) ako nije mogao doći do rešenja. Kada bi tačno i brzo došao do rešenja bilo je primetno zadovoljstvo (nasmeši se, kaže „gotov sam", „ih ovo je lako" i sl.).

Takođe, niže postignuće na verbalnim subtestovima je verovatno i posledica ispitanikove edukativne zapuštenosti (iako je završio srednju školu, nije je redovno pohađao niti bio zainteresovan za učenje). Višem skoru na manipulativnoj skali, doprinela je i činjenica da Dragan nije pokazivao znake anksioznosti, niti druge poteškoće zbog vremenskog ograničenja rešavanja zadataka.

Uvidom u raspršenje među pojedinačnim subtestovima, uočljivo je da su postignuća na neverbalnim subtestovima prilično homogena i viša od ukupnog proseka (sa izuzetkom Šifre). Postignuća na verbalnim subtestovima su nešto niža, ali samo subtestovi Aritmetika i Sličnosti blago odstupaju od ukupnog proseka.

Rastur nije naročito upadljiv i nema značajnih odstupanja od aritmetičke sredine.

Analizom postignuća i ispitanikovog ponašanja prilikom rešavanja pojedinačnih testova, ukazaćemo na strukturu ispitanikovih sposobnosti i moguće faktore koji su doprineli formiranju takve strukture.

Dragan je postigao najviši skor na subtestu Sklop. Sva četiri zadatka je rešio tačno u predviđenom vremenu. Sklapanju figura je pristupio sa zanimanjem, pažljivo je radio i ispoljavao znake zadovoljstva kada je završio (osmehnuo se, rekao „gotov sam" i sl.). Ipak, kod figure „profil" i „slonče" bilo je primetno da se ispitanik nakon početnih teškoća u rešavanju, više oslanja na strategiju pokušaja i pogrešaka, nego na sintetičko-holističku. Rezultat ukazuje da ispitanik ima dobro razvijenu vizuelnu organizaciju i sposobnost vizuo-motorne koordinacije (produktivnog tipa). Dobrom postignuću je doprinelo i nepostojanje anksioznosti na vremensko ograničenje, a verovatno i prethodno iskustvo ispitanika sa sličnim materijalom (napomenuo je da je voleo da se igra alatom kad je bio mali i da rastavlja i sastavlja predmete).

Blago pozitivno povišenje u odnosu na prosek, postoji i na subtestu Dopune. Na nekoliko sličica navodio je i po dva nedostatka, a kod ajtema na koje nije dao tačan odgovor, takođe je navodio nedostatke, ali pogrešne. Primetna je i teškoća razlučivanja bitnog od nebitnog (npr. ajtem „violina"; gudalo ili ono za štelovanje). Sve ovo bi moglo da ukazuje na hipersenzitivnost kao osobinu ličnosti i tendenciju da se primećuju, često i irelevantni stimulusi iz svoje okoline. Pretpostavku o hipersenzitivnosti potkrepljuje i odličan rezultat na subtestu brojevi, prilikom ponavljanja unapred.

Dragan je postigao dobar skor na subtestu Strip, i na logičan i razumljiv način verbalizovao, odnosno ispričao priču na osnovu serije sličica. Međutim, u kontekstu podataka dobijenih drugim tehnikama, dobar rezultat ne možemo tumačiti kao posledicu ispitanikove izrazite socijalne inteligencije, već pre solidno razvijene perceptivne organizacije, koja je potvrđena i na ostalim subtestovima. Kod dva ajtema koja je pogrešno rešio, nije ni pokušavao da ispriča priču i odmah nakon isteka vremena je bio svestan da nije dao dobro rešenje. Prilikom neuspeha nije ispoljavao znake anksioznosti.

Na subtestovima Aritmetika i Šifra, ispitanik je postigao ispodprosečne rezultate. Nizak skor na oba testa nije posledica anksioznosti, već izrazito slabe motivacije za rad na materijalu koji je okarakterisao kao dosadan. Odmah nakon pročitanih pitanja iz Aritmetike, rekao bih „ne mogu da razmišljam" ili „ne znam", brzo je odustajao i bio potpuno nezainteresovan za rad. Loš rezultat i pad motivacije verovatno su posledica loše edukativne prošlosti, a naročito u oblasti matematike, što je ispitanik i potvrdio.

Nizak skor na Šifri je rezultat pristupa rešavanju tom testu. Dragan je na početku rekao da će raditi polako, jer mu je nezanimljiv zadatak. Nije ispoljavao znake umora, a nije primetna ni ambicija brzine ni kvaliteta u rešavanju.

Da ne postoji oštećenje pažnje, niti testovna anksioznost, ukazuje i odličan rezultat prilikom ponavljanja unapred na subtestu Brojevi.

Prilikom rešavanja subtesta Mozaik, ispitanik je bio zainteresovan, koristio je analitičko-sintetičku strategiju i uspešno je rešio prvih osam zadataka. Prilikom rešavanja poslednja dva zadatka, bila je primetna krutost i nefleksibilnost u rešavanju. Iako nije uspevao da tačno reši zadatak, nije menjao holističku strategiju. Pri tom nije ispoljavao znake frustrativne netolerancije, niti je odustajao od traganja za rešenjem kao prilikom aritmetičkih zadataka. Takođe, tražio je fidbek od ispitivača.

Ispitanik je i na ovom subtestu radio bez žurbe, sporo i nije pokazivao ambiciju da za što kraće vreme reši zadatak.

Postignuće i ponašanje ispitanika na subtestovima Informacije i Rečnik je pokazalo da ispitanik poseduje prilično siromašna znanja i da ima problem da se precizno i valjano izrazi („znam šta je, ali ne znam kako da kažem"). Rezultati su verovatno posledica neefikasne edukativne prošlosti ispitanika, nezainteresovanosti za sticanje novih znanja (naveo je da nikada nije čitao knjige), i nestimulativnog

okruženja u kojem je odrastao. Poteškoće sa preciznom artikulacijom misli bile su primetne i na subtestu Shvatanje.

Dragan je izrazito loše uradio subtest Sličnosti. Komentarisao je da su mu pitanja besmislena. Loš rezultat pokazuje da ispitanik ima teškoća u formiranju pojmova i ne naročito razvijenu sposobnost apstraktnog mišljenja. Činioci koji su doveli do toga su verovatno isti kao i u slučaju sposobnosti koje mere Informacije i Rečnik.

Ni na jednom subtestu ispitanik nije davao bizarne ili konfuzne odgovore.

Mišljenje o ispitaniku na osnovu testiranja VITI-jem

Ispitanik Dragan O., intelektualno funkcioniše na nivou donjeg proseka. Manipulativne sposobnosti su blago razvijenije od verbalnih. Ispitanik pokazuje značajno viši stepen motivisanosti prilikom rada sa neverbalnim materijalom. Iako je motivacija značajno veća pri rešavanju neverbalnih zadataka, postignuće je prosečno i ne značajno veće nego na verbalnom delu skale. Uticaj motivacije na postignuće je samo delimičan i ne diskriminiše značajno uspeh na neverbalnim i verbalnim zadacima, tako da dobijeni rezultat koji je na nivou donje granice proseka, možemo smatrati kao verodostojan pokazatelj ispitanikovih stvarnih sposobnosti.

Slabije postignuće na verbalnim zadacima, verovatno je posledica ispitanikove edukativne prošlosti (nezainteresovanog i lošeg đaka), kao i nestimulativne porodične sredine, u kojoj nisu bile razvijene obrazovne i kulturne vrednosti.

Ispitanikova najuočljivija karakteristika prilikom rada sa verbalnim materijalom je problem u artikulaciji misli. Ispitanik ima poteškoće da se jasno i precizno izrazi kada se od njega zahteva da definiše neki pojam, naročito apstraktne prirode. Ispitanik znatno bolje funkcioniše u susretu sa konkretnim, opažljivim materijalom, što potvrđuje i postignuće na manipulativnom delu skale.

Ovaj podatak je indikativan, kada se posmatra u kontekstu ispitanikovog ponašanja tokom intervjua i LOBI-ja, naročito kada priča o svojim tegobama. Naime, u tim situacijama nije ispoljavao teškoće u artikulaciji misli, a deficit u apstraktnom funkcionisanju je kompenzovao stereotipnim odgovorima, datim u formi dobro uvežbanih rečenica, koje se stalno ponavljaju. Ovo može da ukazuje na ispitanikovu usmerenost da prati i tumači isključivo one podatke koji su povezani sa njegovim psihičkim poteškoćama, a da zanemaruje i pokazuje nezainteresovanost za informacije iz spoljnjeg sveta. Ovakve narcisoidne tendencije, verovatno su jedan od uzroka neadekvatnosti u socijalnom, poslovnom i heteroseksualnom funkcionisanju, kao i izražene usmerenosti na tegobe u domenu rada organa pod kontrolom ANS-a.

Preokupiranosti tegobama, doprinosi i uočena hipersenzitivnost, kao i teškoće u diskriminaciji bitnih i nebitnih stimulusa, koje se u slučaju ispitanika odnose pre

svega na interpretaciju senzacija u sferi funkcionisanja unutrašnjih organa (kao posledice hiperaktivacije ANS-a).

U problemskim situacijama za koje procenjuje da nema sposobnosti da ih reši, ispitanik brzo odustaje, ne ulaže napor i ponaša se rezignirano. U situacijama neuspeha trudi se da prikrije anksioznost i nezadovoljstvo, što dodatno potkrepljuje ispitanikovu tendenciju da inhibira emocije, i da je njihova ekspresija ograničena na domen visceralnog funkcionisanja.

Prilikom rešavanja težih zadataka ispitanik ispoljava rigidnost, ne menja strategiju i zadržava neefikasne obrasce ponašanja. Ovaj podatak verovatno važi i za vantestovne situacije, odnosno za ponašanje u svakodnevnom životu.

U difencijalno-dijagnostičke svrhe, bitno je naglasiti da karakteristike ispitanikovog ponašanja prilikom rada sa neverbalnim materijalom – aktivnost i zainteresovanost, govore u prilog toga da depresivnost (u skladu sa ovom dijagnozom se ispitanik leči kod svog psihijatra) nije dominantno obeležje ispitanikovih poteškoća i da je ona, ukoliko uopšte postoji, samo blago izražena.

Podaci dobijeni testiranjem intelektualnih sposobnosti, ukazuju na to da kognitivni stil i uočene osobine ličnosti, doprinose održavanju ispitanikovih tegoba i njihovom neefikasnom rešavanju.

MMPI-202

Pristup testiranju

Ispitanik je pristupio rešavanju MMPI-a istog dana kada je testiran i VITI-jem, posle kratke pauze za odmor. Nakon urađenog VITI-ja izrazio je spremnost da uradi još neki test, nije pokazivao znake umora i bio je motivisan za dalji rad.

Uputstvo za rešavanje MMPI-a je lako shvatio i obavio je zadatak bez problema. Radio je prilično brzo, tokom rada je bio koncentrisan i završio je za dvadesetak minuta.

Interpretacija profila i mišljenje o ispitaniku na osnovu MMPI

Dobijeni profil je validan. Skale validnosti nisu karakteristične i sa poverenjem se moglo pristupiti interpretaciji rezultata.

Profil odlikuje „silazni neurotski trend", odnosno povišenje na neurotskim skalama Hs, D i Hy. Sve tri skale su gotovo jednako naglašene, i nalaze se u granicama T-skora 80 i 85. Podaci o ispitaniku dobijeni na MMPI, kompatibilni su podacima dobijenim i ostalim tehnikama, tako da će biti tumačeni u kontekstu već dobijenih informacija.

Kod ispitanika preovlađuju simptomi vezani za rad autonomnog nervnog sistema. Dominantne su i prenaglašene visceralne komponente emocionalne reakcije.

U situacijama koje procenjuje kao stresne, reaguje snažnom kontrolom afekta i pasivnim ponašanjem. Dominantni mehanizam odbrane je potiskivanje. Ovakav vid suočavanja sa stresnim situacijama, u kombinaciji sa potiskivanjem i izbegavanjem ekspresije afekta, dovodi do lokalizacije tegoba na nivou organa pod kontrolom ANS-a. Ispoljavanje emocija je ograničeno na domen fizioloških reakcija. Postojeće poteškoće ispitanika (lupanje srca, bol u želucu, otežano disanje, umor) verovatno su posledica dugotrajne hiperaktivacije ANS.

Brojne realno stresne situacije trajnog karaktera u ispitanikovom životu (disfunkcionalna porodica, vojska, bratova narkomanija), pogodovale su razvoju somatskog tipa reakcije na stres, kao naučenom obrascu ponašanja. Ovakav vid suočavanja sa stresom, generalizovan je i na oblast heteroseksualnih odnosa i ponašanje na poslu. Jedan od potencijalnih obrazaca ponašanja ispitanika je i „bežanje u bolest", što je uočeno i uvidom u anamnestičke podatke.

Ispitanik je preokupiran svojim somatskim poteškoćama, koje su verovatno posledica realno poremećenog funkcionisanja ANS-a.

U kontekstu dobijenog profila, valja napomenuti da njegovu validnost podržavaju i sledeće karakteristike ispitanika: introvertna struktura ličnosti, neadekvatni interpersonalni odnosi, neveštost u socijalnim situacijama, nesigurnost u heteroseksualnim odnosima, te fluktuirajuća (ne permanentna) radna efikasnost.

U dobijenom profilu primetno je i blago povišenje Pd skale. Ovaj podatak u kombinaciji sa izraženim neurotskim skalama bi se mogao tumačiti u smeru postojanja zloupotrebe patnje kod ispitanika, tendencije socijalnoj manipulaciji i postojanju verbalne agresije. Ipak ovu interpretaciju treba uzeti sa rezervom, jer nije podržana podacima dobijenim drugim instrumentima. Zato je i urađena ajtem analiza ispitanikovih odgovora koji su doveli do povišenja na Pd skali. Ajtem analiza je potvrdila da su povišenju doprineli pre svega ajtemi, koji imaju veze sa ispitanikovim porodičnim teškoćama (npr. „*Bilo je trenutaka kada sam osećao jaku želju da napustim kuću*" (odgovor DA); „*Gotovo svi moji rođaci su u dobrim odnosima sa mnom*" (NE); „*Verujem da je moj porodični život isto toliko dobar kao i većine ljudi koje poznajem*" (NE); „*Često sam bio prinuđen da isterujem pravdu*" (DA)), zatim njegovim osećanjem patnje („*Želeo bih da sam srećan kao što drugi ljudi izgledaju srećni*" (DA); „*Gotovo se uvek osećam srećnim*" (NE); „*Čini mi se da me niko ne razume*" (DA)) i poteškoćama u školi („*U mladosti sam više puta bio isteran iz škole zbog nedisciplinе*" (DA); „*Voleo sam školu*" (NE)).

U diferencijalno-dijagnostičke svrhe, bitno je napomenuti da kod ispitanika nisu naglašeni depresivni i anksiozni simptomi, što potkrepljuje i relativno niska Pt skala.

Takođe, u svrhe diferencijacije u odnosu na konverzivne poremećaje, naglašavamo da su kod ispitanika dominantne tegobe organa pod kontrolom ANS-a, a ne volje, što dodatno govori u prilog simptomatologije iz domena somatoformnih poremećaja.

CRTEŽ LJUDSKE FIGURE

Pristup testovnom materijalu. Ispitanik se, nakon što mu je pročitano uputstvo i rečeno da je njegov zadatak da nacrta celu ljudsku figuru, nasmejao, mirnim tonom rekao da ne zna da crta i upitao da li može da nacrta Čiča Glišu. Posle dodatne instrukcije „da nije bitna lepota crteža niti veština crtanja", ispitanik je bez negodovanja pristupio zadatku. Delovao je nezainteresovano, crtao je brzo i bez mnogo uloženog napora. Tokom crtanja obe figure nije davao nikakve komentare i nijednom nije koristio gumicu.

Analiza crteža muške figure i asocijacija. Dragan je prvo nacrtao mušku figuru. Redosled crtanja je bio od glave, preko trupa, ka nogama. Figura je vrlo malih dimenzija i smeštena u gornji levi kvadrant lista papira. Mala figura deluje kao da visi u prostoru, što može biti znak pada energije i niskog samopoštovanja.

Opšti utisak koji odaje muška figura je infantilnost. Nacrtana osoba podseća na nedovoljno razvijenog dečaka u fazi puberteta, bez sekundarnih polnih karakteristika. I sam crtež izgleda kao da ga je uradilo dete. Crtanje figure koja je znatno mlađa od subjekta, tumači se kao emocionalna fiksiranost za period detinjstva i želja za povratkom u to doba.

Crtež je siromašan, bez mnogo detalja i urađen u samo nekoliko poteza.

Ispitanik je muškoj figuri nacrtao veliku glavu i konture glave su tamnije i nacrtane jačim pritiskom olovke na papir, od ostalih delova tela. Ove karakteristike crteža mogu biti pokazatelj teškoća u socijalnoj i emocionalnoj adaptaciji. Dodatni indikator problema u socijalnim odnosima, tj. infantilnog društvenog ponašanja i slabih socijalnih kontakata je i jednostavna obrada lica. Ispitanik je brzo, jednim potezom crtao oči, nos i usta, a nije nacrtao uši, trepavice, obrve, niti je crtanjem nekih linija licu dao određeni izraz. Siromašne crte lica mogu ukazivati na stidljivost i neadekvatnost u interpersonalnim odnosima.

U obradi crteža glave, uočljiva je neuredna i raštrkana kosa, koja se tumači kao indikator jakih, ali nezrelih seksualnih tendencija.

Za razliku od glave, ostali delovi tela su nacrtani nešto slabijim pritiskom olovke, a konture tela su urađene srednje debelom linijom. Obrada delova tela ispod glave, takođe je siromašna.

Ruke su nacrtane tako da mehanički, ukrućeno vise pored trupa, što ukazuje na površan i neemocionalan odnos sa ljudima. Na infantilnost ispitanika ukazuju i latičasti prsti, kojih je nacrtano samo tri. Stopala su velika, nacrtana istom linijom kao i noge, što bi moglo da indicira nesigurnost u socijalnim kontaktima.

Naročito upadljiv deo crteža je izrazito tanak struk, koji je postavljen nisko i dodatno pojačan nacrtanom linijom kaiša. Ovo bi moglo ukazivati na konfliktu zonu, u smislu nezadovoljstva svojim telom i tenzijama u oblasti seksualnosti.

Ispitanik je nacrtao niz dugmadi, kojim se naglašava središnja linija tela. U kontekstu celog crteža, ovo dodatno naglašava infantilnost, emocionalnu nezrelost, i potencijalno jake somatske preokupacije.

Asocijacije koje je ispitanik dao na crtež muške figure, ukazuju na visok stepen projekcije sopstvenog iskustva i slike o sebi, i podudarni su sa podacima dobijenim pomoću drugih tehnika. Iako je projekcija potpuno očigledna, ispitanik je naglasio da je „lupao gluposti o crtežu" i da mu nacrtana i opisana osoba ne liči ni na koga. Ovakav stav ukazuje na ispitanikovu infantilnost, neprihvatanje sebe i korišćenje mehanizma poricanja.

Ispitanik nacrtanu detinjastu mušku osobu, opisuje kao 42-godišnjeg samca koji živi sa majkom, za koju je jako vezan. Oca nema, jer je umro.

Nacrtanog muškarca opisuje kao skromnu, usamljenu osobu koja ne traži mnogo od života. Ambicije su mu da ima veću platu i da nađe ženu sa kojom će osnovati porodicu. Osnovne poteškoće su mu neveštost, stidljivost u kontaktu sa ženama i to što misli da je ružan. Konflikta područja opisane osobe podudaraju se sa ispitanikovim problemima, tako da je vidljiva projekcija sebe.

Osoba sa crteža nema seksualni život, nevinost je izgubila u 29-oj godini, a posle toga je imala jako malo seksualnih iskustava. Za žene smatra da su idealne, ali ima strah da će ga prevariti, jer im on previše veruje i previše je pošten. Infantilan i stereotipan stav prema ženama uz korišćenje racionalizacije za potencijalne situacije neuspeha, ispitanik je pokazao i tokom intervjua, tako da su ga ovi podaci dodatno potkrepili.

Upitan da opiše i oceni svoj izgled, ispitanik je ponovo iskazao krajnje negativan self-koncept, a naročito nezadovoljstvo svojim fizičkim izgledom. Sebe je opisao kao osobu izrazito ružnog lica i tela, kojoj se ne sviđa nijedan deo svog telesnog Ja. Ovakav stav kompenzuje mišljenjem o sebi kao naivnoj osobi, koja previše veruje ženama i misli da su idealne, pa zbog toga često bude prevaren i povređen.

Ispitanik ima iskrivljenu, negativnu shemu svog tela, koja mu uz gledanje na sebe kao krajnje poštenu i naivnu osobu, i idealizaciju žena, služi kao racionalizacija neuspeha u heteroseksualnim odnosima.

Analiza crteža ženske figure i asocijacija. Za razliku od prvonacrtane muške figure koja je izuzetno mala, ispitanik je žensku figuru nacrtao skoro dvostruko veću. Figura je smeštena u gornji levi deo papira, ali više od muške, ka središtu lista.

Takođe, dok muška figura liči na nezrelog dečaka, ženska odaje utisak starije, nenegovane, zapuštene osobe. Nacrtana žena je neprivlačna, neženstvena i bez obeležja seksualnosti.

Upadljivo je da ženska figura deluje fizički snažnije i da lice ima pomalo zastrašujući izraz. Konture glave su nacrtane značajno slabijim pritiskom olovke, nego kod muške figure i glava je značajno manja.

Crtež ženske figure je, kao i muške, vrlo jednostavno obrađen, siromašnih detalja i osim što je većih dimenzija, vrlo je sličan muškoj figuri.

Kosa je takođe neuredna i raštrkana, serijom dugmadi je naglašena središnja linija tela, a pojasom oko struka izraženo odvajanje donjeg i gornjeg dela tela. Tumačenje crteža je slično kao i kod crteža muške figure, tako da neće biti ponavljane već iznete interpretacije. Uočljiva je konflikta zona seksualnosti, infantilnost, inhibiranost, nisko samopoštovanje i neadekvatnost u heteroseksualnim odnosima, kao i teškoće u socijalnim kontaktima.

Na asocijacije ženske figure, tj. na pitanja iz upitnika Mahover testa, ispitanik je odgovarao vrlo brzo i gotovo bez razmišljanja. Stekao se utisak da govori o osobi koju dobro poznaje, iako je po završetku upitnika rekao da ga nacrtana i opisana ženska osoba ne podseća ni na koga i „da je namerno ispričao priču o osobi koja mu ne liči ni na koga poznatog". Kao što su i impresija ispitivača i stav ispitanika u koliziji, tako se značajno razlikuje i utisak ispitivača o nacrtanoj ženskoj osobi (liči na stariju ženu; možda majku?) i uloga koju joj je ispitanik dao u priči. Naime, ispitanik je žensku osobu sa crteža opisao kao uspešnu, obrazovanu, srećnu i zadovoljnu 31-godišnju stjuardesu.

Ispitanik je asocijacije u najvećoj meri iskoristio da iskaže svoje stavove o ženama. Karakteristike ličnosti ženske osobe sa crteža, podudaraju se sa mišljenjem o ženama koje je ispitanik izneo tokom celog procesa ispitivanja.

Dragan je opisao ženu sa crteža, kao osobu koja je dobra, pametna, zna šta hoće u životu, i napomenuo da je takva jer „sve žene misle da su idealne". Uspešna je u kontaktu sa muškarcima i zadovoljna svojim seksualnim životom. Osim toga, navodi da često menja seksualne partnere i da iako je u srećnoj ljubavnoj vezi sa momkom, „vara ga sa drugim muškarcima i voli da vrda sa strane dok je na putu". Tip muškaraca koji joj se dopada su sitni kriminalci sa mnogo para, a ne sviđaju joj se pošteni i smotani.

Na kraju, Dragan je rekao da ne bi bi sa takvom ženom u vezi, jer ne želi da ga devojka vara.

Mišljenje o ispitaniku na osnovu crteža ljudske figure

Podaci o ispitaniku dobijeni primenom ove tehnike, u skladu su sa podacima dobijenim tokom celokupnog procesa kliničke procene.

Dodatno je potkrepljeno mišljenje da su osnovna, međusobno povezana konfliktna područja ispitanikovog funkcionisanja: heteroseksualni odnosi i negativan self-koncept.

Dominantno obeležje ispitanikove ličnosti je infantilnost. Ispitanik ima stereotipno viđenje žena, izraženo u iracionalnoj pretpostavci „Sve žene su idealne i vole da varaju svoje momke". Odnos prema ženama karakteriše ambivalentnost – želja da se ostvari kontakt, blokiran mišljenjem da su one neiskrena bića koja varaju i povređuju poštene i dobre momke. Neuspehu u heteroseksualnim odnosima dopri-

nosi i ispitanikovo osećanje neadekvatnosti i izrazito negativno mišljenje o svom fizičkom izgledu. Negativan self-koncept, prilikom kontakta sa ženama dovodi do intenzivne anksioznosti. U ovakvim situacijama kod ispitanika dominira mehanizam inhibicije afekta i restrikcije emocionalnog ispoljavanja na domen visceralnog, što ima za posledicu preokupiranost somatskim simptomima. Razvijena somatizacija verovatno služi kao mehanizam samohendikepiranja i opravdavanja neuspeha u heteroseksualnim odnosima. Dodatni alibi se gradi slikom o sebi kao previše iskrenoj i naivnoj osobi, koje žene po definiciji ne vole i odbacuju.

Na neizgrađenu predstavu o heteroseksualnim odnosima i konflikt u ovoj oblasti ukazuje i nesklad između izgleda (starosti) osoba na crtežu i asocijacija datih na crteže. Mušku figuru je nacrtao kao nerazvijenog dečaka, a opisivao kao odraslog muškarca, a žensku figuru nacrtao kao stariju, neprivlačnu ženu, a opisivao kao mladu i lepu stjuardesu. Ispitanikova očekivanja u vezi uloge žene u heteroseksualnom odnosu su nejasna. Ipak, čini se da su bazirana na viđenju sebe kao neadekvatne, ali tople osobe, koja je u potrazi za ženom koja će preuzeti ulogu prihvatajuće i negujuće majke. Ovakva očekivanja verovatno imaju izvor u fiksiranosti za period detinjstva i pasivno-zavisnom stavu prema majci.

TEST NEDOVRŠENIH REČENICA

Ispitanik je poslednjeg, četvrtog dana testiranja uradio TNR. Lako je shvatio uputstvo i poslušno je pristupio rešavanju testa. Međutim, veoma brzo je počeo da pokazuje znake dosade i nemotivisanosti za rad. Počeo je da komentariše kako su pitanja dosadna i glupa i da će test „da uradi tek onako". Nekoliko puta je napomenuo da namerno ne odgovara iskreno, jer mu je zadatak glup.

Prilično dugo je popunjavao test (oko sat i po), ali ga je ipak u celini završio.

Interpretativni rezimei i analiza TNR-a

Stav prema majci

Kao i prilikom intervjua, primetno je da ispitanik idealizuje majku. Opisuje je „kao jako dobru osobu". Odnos sa majkom odlikuje jaka bliskost. Pripisivanje izrazito pozitivnih atributa majci (dobra, pametna, inteligentna) provlačilo se tokom celog procesa ispitivanja. Izvor ovakvog viđenja majke je verovatno u činjenici da je ona bila jedini oslonac Draganu tokom odrastanja u disfunkcionalnoj porodici. Više puta je napomenuo da je jedino sa njom mogao razgovarati o svojim problemima i da ga je samo ona razumela.

Međutim, u njegovom odnosu i osećanjima prema majci postoji i doza kritike i prihvatanja sa rezervom. „On majku voli, ali ona je povremeno nervozna". Tokom intervjua, ispitanik je u više navrata rekao da iako se dobro slaže sa majkom, u

poslednje vreme ne pričaju baš mnogo, jer je ona jako napeta i nervozna. U takvim situacijama ona odbija da razgovara sa njim o njegovim problemima.

Na osnovu dobijenih podataka i njihovog sagledavanja u kontekstu drugih informacija o ispitaniku, možemo registrovati blaži poremećaj u ovoj oblasti, ali koji ne dovodi do značajnih poteškoća u ispitanikovom funkcionisanju.

Stav prema ocu

Ispitanikov odnos prema ocu odlikuje obostrano odbacivanje, uslovljeno stalnim svađama, ignorisanjem od strane oca i činjenicom „da se nikako ne slažu i da ne mogu da spoje tri reči". Tokom intervjua Dragan je naveo da je otac nezainteresovan, da ga je pre često vređao i da ne pokazuje znake ljubavi i brige. Prilikom poslednjeg susreta, otac mu rekao „da više nisu otac i sin". Uprkos izrazito negativnom stavu oca i odbacivanju, Dragan ga opisuje samo blago kritički kao „jednog vrlo neobično tvrdoglavog čoveka".

Odnos prema ocu je ambivalentan, što potvrđuje i želja da „otac bude bolji prema njemu i njegovoj porodici".

U ovoj sferi je zabeležen težak poremećaj. Draganu otac nikada nije bio oslonac, podrška niti brižan roditelj. Takav njegov odnos je stalni izvor frustracije Draganu, koji uporno pokušava da uspostavi kontakt sa ocem i svaki put biva odbije.

Stav prema porodici kao celini

U stavu prema porodici uočljiva je tendencija ka idealizaciji i postojanje ambivalencije. Ispitanik smatra da u poređenju sa ostalim porodicama njegova „živi na vrlo sličan način". Sama formulacija je dvosmislena, odnosno nejasno je da li je pozitivna ili negativna. Pogled na porodicu sada je iskrivljen i verovatno predstavlja samo odraz ispitanikovih želja. Pri tom, ispitanik ispoljava nezadovoljstvo trenutnim stanjem u porodici i čežnju za situacijom kakva je bila pre.

Na potencijalni konflikt ukazuje i činjenica da ispitanik nije dopunio koren stava koji se odnosi na postupanje porodice prema njemu. Mogući razlog toga je što se svi članovi porodice (majka, otac, brat) prema njemu ponašaju krajnje različito (otac-odbijajuće: majka-brižno; brat-indiferentno). Ispitanik je zato verovatno imao teškoću da pronađe zajednički imenitelj postupanja porodice kao celine, što implicira početak rečenice.

Registrujemo blag poremećaj, jer ispitanik uz idealizaciju, iskazuje i nejasan i nepostojan stav prema porodici, iako je stanje u njoj prilično jasno.

Stav prema ženama

U stavu prema ženama dominira izrazito ambivalentan stav. Primetna je idealizacija žena, uz prihvatanje sa rezervom. Nekoherentnost stava ilustruje njegovo podeljeno mišljenje „da je većina žena idealna", ali ujedno i da „nema savršene žene... tako nešto ne postoji". Oblast heteroseksualnih odnosa je i pomoću drugih tehni-

ka detektovana kao jedno o osnovnih konfliktnih područja. Kod ispitanika postoji crno-bela, infantilna predstava žena kao savršenih bića. Međutim, stalni neuspeh u odnosu sa njima dovodi do mišljenja da „većina devojaka nije baš onakva kakvim ih on smatra". Kombinacija iracionalnih očekivanja u vezi žena i stalnih neupeha sa njima, imaju za posledicu ambivalentan stav.

U ovoj oblast je registrovan vrlo težak poremećaj. Sfera heteroseksualnih odnosa je stalni izvor frustracije za Dragana i područje u kojem se najviše potvrđuje njegova nefunkcionalnost i neefikasno suočavanje sa stresom. U situacijama neuspeha sa ženama, ispitanik reaguje povlačenjem, somatizacijama i one predstavljaju permanentne potkrepljivače njegovih tegoba.

Stav prema heteroseksualnim odnosima

I u ovoj oblasti primetna je tendencija ka idealizaciji, uz postojanje neefikasnosti i osujećenja. Kada vidi muškarca i ženu „on bi voleo da i kod njega situacija bude slična".

Pri tom, ispitanik ispoljava pasivnost, sklonost povlačenju i neuspeh da realizuje tu svoju želju, što dovodi do osećanja neefikasnosti i negativnog-self koncepta koji je potvrđen ispitivanjem drugim tehnikama. Ispitanik kaže za svoj seksualni život da „nije baš najbolji", što zvuči kao eufemizam, uzimajući u obzir ostale podatke. Naime, ispitanikov poslednji seksualni odnos je bio neuspešan, a stiče se utisak da pre toga nije ni imao seksualne odnose.

Stav o braku verovatno predstavlja projekciju iskustva na osnovu braka svojih roditelja, jer on smatra da je život u braku „srećan prvih par godina".

U ovom domenu funkcionisanja je takođe uočljiv težak poremećaj. Postoji stalni nesklad između ispitanikove želje da ostvari odnos sa ženom, i neuspeha u toj nameri.

Stav prema prijateljima i poznanicima

Na prvi pogled, čini se da postoji ambivalencija prema prijateljima, ali ovo tumačenje treba uzeti sa rezervom. U odnosu prema prijateljima preovlađuje pozitivan stav, vidljiv u četiri odgovora. Međutim, primetno je i prihvatanje sa rezervom, uz postojanje kritike, jer on oseća da drugovi „ne razumeju njegove probleme". U društvu „voli da priča i da se zeza", a teško mu je „da priča o lekovima koje pije". Ispitanik ima potrebu da bude prihvaćen (verovatno bezuslovno), ali doživljava da prijatelji ne razumeju njegove tegobe.

U ovoj oblasti moguć je blaži poremećaj, zbog postojanja nesklada između želje da se bude prihvaćen i doživljaja nerazumevanja.

Stav prema pretpostavljenima na poslu

Kod ispitanika je primetno odbacivanje autoriteta i kritički stav prema njima. Ovo je verovatno uslovljeno neprijatnim iskustvima sa autoritetima u vojsci i na-

đenima na poslu. I u vojsci i na poslu ispitanik bio izložen nerazumevanju i diskriminaciji zbog tegoba koje je imao (u vojsci proglašavan za simulanta i bio kažnjavan, a na poslu dobio otkaz, jer su saznali da pije antidepresive).

Primetan je konzervativan pogled na odnose stariji-mlađi, jer mu se „ne sviđa što stariji puštaju decu da izlaze u grad do kasno u noć". Moguće objašnjenje ovakvog stava je u racionalizaciji ispitanika, jer je naveo da ne izlazi često u grad zbog manjka novca.

U ovoj oblasti je zabeležen blaži poremećaj, koji je verovatno posledica akumuliranih negativnih iskustava sa nadređenim osobama.

Stav prema sebi podređenjima

Ovaj stav karakteriše potpuna idealizacija. U potencijalnoj ulozi nadređenog, ispitanik sebe vidi kao brižnog, pažljivog šefa koji se žrtvuje zarad drugih. On bi „povećao plate radnicima i trudio bi se da im posao bude što lakši" i „pomagao bi radnicima i gledao da im što više olakša posao". Kod ispitanika je primetan odbojan stav prema bilo kakvoj vrsti hijerarhijskog odnosa i negiranje svoje potencijalne uloge autoriteta, jer „on ne izdaje naređenja". Ovakvo gledanje na odnos nadređeni-podređeni, verovatno predstavlja projekciju ispitanikovih želja, uslovljenu negativnim iskustvima u situacijama gde postoje autoriteti (porodica, vojska, posao, pa i škola).

Ova oblast je takođe potencijalno konfliktno područje za ispitanika, jer je uočljiva idealizacija i nerealna očekivanja, tako da možemo registrovati blaži poremećaj.

Stav prema kolegama na poslu

Oblast odnosa sa kolegama na poslu, obeležena je postojanjem kritike, obostranog odbacivanja i svađa. U ovoj sferi, uočljiva je ispitanikova projekcija ličnih iskustava na poslu. Interpersonalne odnose sa kolegama na poslu, karakterišu konflikti (30. Ljudi sa kojima radi obično „se posle nekog vremena posvađa") i razočaranje obojeno kritičkim stavom, jer oni sa kojima radi „su u početku bili fer, a kasnije de ispostavilo da baš i nisu tako dobri". Radno ponašanje je i ostalim tehnikama potvrđeno kao oblast u kojoj se manifestuje ispitanikova nefunkcionalnost. Privremeno zadržavanje i brzo napuštanje posla uslovljeno je javljanjem ispitanikovim poteškoćama (naročito umora), i čini se da postoji manipulacija tegobama, u smislu samohendikepiranja, radi postizanja dobiti.

Blag poremećaj u ovoj oblasti je uslovljen time što poslovne situacije i radna neefikasnost, predstavljaju polje koje doprinosi održavanju ispitanikovih tegoba i negativnog self-koncepta.

Strah i nesigurnost

Ovaj domen fenomenološkog polja, karakteriše postojanje loših osećanja i nepovoljnog mišljenja o sebi, koji su trajnog i globalnog karaktera. Ispitanik ima

brojne strahove, pred kojima se oseća bespomoćno i prema njima se odnosi prilično pasivno. Rešavanje problema strahova, zadržava se na nivou želja, bez aktivnog stava.

Ispitanikova nesigurnost i nepovoljno mišljenje o sebi poprimile su svojstva trajnih karakteristika strukture ličnosti. Ovaj stav je dodatno potkrepio ispitanikov izrazito negativan self-koncept.

Težak poremećaj u ovoj oblasti, povlači potrebu za terapeutskom pomoći.

Stav prema svojim sposobnostima

Ispitanik ima nejasno definisan odnos prema svojim sposobnosti. Sebe vidi kao sposobnog „za određene stvari". Za uspeh se oslanja „na samog sebe i pomoć rodbine iz inostranstva". Ovaj stav je obeležen nekoherentnošću i dozom kontradikcije. Izražava veru u sebe, ali pritom neguje i pasivno-zavisan stav. Oslanjanje na druge kao potporu u postizanju uspeha, verovatno je uslovljeno sopstvenom neefikasnošću i nemogućnošću realizacije postojećih sposobnosti. Pogled na sposobnosti ostaje samo na nivou idealizacije i želje, bez potvrde njihove vrednosti.

Kao svoju najveću slabost vidi to „što previše veruje ljudima". Ovakav naivan stav, u kontekstu gore datih odgovora, sadrži dispoziciju za razočarenje u osobe, za koje smatra da nisu iskrene prema njemu ili da ga ne razumeju.

Možemo registrovati blag poremećaj, jer postoji diskrepanca i nedoslednost u sferi sposobnosti, vere u uspeh i mešanje unutrašnjeg i spoljašnjeg lokusa u tom domenu.

Osećanje krivice

Postojanje negativnih osećanja (baziranih na krivici i žaljenjem za nečim) je generalizovano na različite oblasti funkcionisanja. Kao najveću grešku vidi „što nije prijavio oca policiji kada mu je pretio vatrenim oružjem". Ova fantazija o intervenisanju se provlačila i tokom intervjua i LOBI-ja. Zauzimanje pasivnog stava u kritičnim situacijama, uz postojanje želje da se interveniše, dovodi do kasnijeg žaljenja i osećanja krivice. Kada je bio mlađi osećao se krivim zbog „bežanja iz škole". Osećanje krivice se potvrđuje i u oblastima funkcionisanja koje nisu od velikog značaja za ispitanika. Dakle, postoji prilično nizak prag osetljivosti za javljanje krivice.

Najgore što je ikada učinio „je to što je prestao da trenira odbojku". Ispitaniku je oblast struktuiranja vremena sportskim aktivnostima bila bitna zbog osećaja kontinuiteta narušenog odrastanjem u disfunkcionalnoj porodici, kao i zato što je to bilo polje u kojem je potvrđivao sopstvenu vrednost. Napuštanjem sporta, ispitanik je izgubio važan potporni sistem, tako da je razumljiv ovakav stav.

Beležimo blag poremećaj, zbog lakog nastanka osećanja krivice, njenog postojanja u različitim oblastima, kao i osećanja gubitka važnog potpornog sistema (sporta) za ispitanika.

Stav prema prošlosti

U ovom stavu dominira ton infantilizma i idealizacije detinjstva.

Ispitanik vidi svoje detinjstvo kao srećno, međutim nije dao odgovor na pitanje o najživljoj uspomeni. Ovaj nesklad, doprinosi zaključku da ispitanik nema realan pogled na detinjstvo, nego da on predstavlja izraz želje kakvo je detinjstvo trebalo biti.

Čežnju za ovim periodom života, ilustruje i iskaz da bi „on voleo da je stalno ostao mlad". Ovaj odgovor verovatno ima izvor u ispitanikom nezadovoljstvu trenutnim životom i njegovim neefikasnim načinima prevladavanja teškoća i stresnih situacija u sadašnjosti. Ovde je uočljiv regresivan i pasivan način suočavanja, u vidu čežnje za detinjstvom.

Poremećaj u ovoj oblasti je na granici blagog i teškog, jer se manifestuje idealizacija detinjstva i neefikasno i pasivno prevladavanje postojećih problema.

Stav prema budućnosti

Ispitanik ispoljava negativno viđenje budućnosti. Ona mu izgleda „ne baš tako svetla". Pri tom izražava nesigurnost i neizvesnost da će nešto steći u budućnosti. Takođe, primetno je da se nade i želje u budućnosti ograničavaju samo na sticanje materijalne dobiti. Ne spominje se nestanak tegoba, iako se ispitanik žali na niz teškoća.

Pesimistično viđenje budućnost, uz pasivan stav prema njoj, doprineo je da u ovoj oblasti registrujemo težak poremećaj. Ispitanikova vizija budućnosti otežava proces njegovog izlečenja.

Ciljevi

U ovom stavu, najmarkantniji je ispitanikov odgovor „da on nema cilj". Besciljnost i bezvoljnost su obeležje ispitanikovog pasivnog odnosa ne samo prema budućnosti već i prema sadašnjosti. Pri tom postoje fantazmi bežanja od realnosti, ispoljeni ambicijom „da ode u tropske krajeve" i maštanjem „o putovanju i odlasku preko". U kombinaciji sa prethodnim stavovima, jasno je da ispitanika karakteriše infantilno suočavanje sa poteškoćama, u vidu fantaziranja, kao i neaktivan stav u rešavanju problema. Nepostojanje cilja u budućnosti samo dodatno pojačava i strukturiše težak poremećaj u ovoj oblasti.

Identifikacija

Ispitanik se identifikuje sa „svojim ujakom koji živi u Švedskoj i koji mu je idol". Dakle, poistovećuje se sa osobom koju ne poznaje dovoljno, sa kojom nije u bliskom kontaktu i verovatno na osnovu kriterijuma materijalnog blagostanja. Značajno je da ispitanik tokom detinjstva nije imao adekvatnu figuru oca, koji bi mu poslužio kao identifikacioni model. To je verovatno uslovilo ovakvo prilično banalno i infantilno poistovećivanje.

Ispitanik još jednom ukazuje na nezadovoljstvo sobom i navodi da voli da zamišlja sebe „kao malo snalažljiviju osobu". Ostaje nejasno na koju oblast se ovo odnosi, ali u datom kontekstu, verovatno je u pitanju radno funkcionisanje.

Kao najvažnije ljude u svom životu navodi da je to bila „njegova porodica".

Registrujemo blag poremećaj, zbog neadekvatnog izbora identifikacionog uzora, i ponovnog naglašavanja nezadovoljstva sobom.

Reakcija na osujećenje i frustracije

Ispitanik na neuspeh i frustraciju reaguje napetošću i depresijom. U stresnim situacijama se ponaša pasivno i reaguje naglašenim visceralnim komponentama emocionalne reakcije. Pri tom, svoje reakcije relativizuje, jer „on nikada ne odustaje od onog što je počeo" i „pokušava da dođe do nekog rešenja". Aktivnost se ipak zadržava samo na nivou fantazija.

Preovladava afektivno-pasivni tip suočavanja sa situacijama neuspeha i frustracijom.

Težak poremećaj u ovoj sferi, dodatno pojačava ispitanikova racionalizacija njegovog ponašanja, koje se uglavnom zadržava na nivou inhibicije afekta, čija je posledica snažno osećanje napetosti.

Mišljenje o ispitaniku na osnovu TNR-a

Osnovno obeležje ispitanikovih primarnih interpersonalnih odnosa je ambivalencija. U slučaju stava prema majci, to je verovatno posledica idealizacije i pasivno-zavisnog odnosa. Ispitanikova velika očekivanja od majke, bivaju izneverena njenim povremenim odbijajućim odnosom. Ambivalentan stav prema porodici kao celini, uslovljen je time što se svi članovi porodice prema ispitaniku ponašaju sasvim različito. Nekoherentnost se ogleda u očevom odbijanju, bratovoj indiferentnosti i majčinom prihvatanju sa rezervom. Ovakav odnos porodice, kod ispitanika izaziva konflikt, jer onemogućava zadovoljavanje njegovih potreba za bliskošću i prihvatanjem.

Lični identitet ispitanika je neizgrađen, konfuzan i nedosledan. Uz izrazito negativan stav prema svom telu i izgledu, postoji i mišljenje o sebi kao previše dobroj i iskrenoj osobi. Takođe, ispitanik nema jasan stav o svojim sposobnostima.

Primetan je i slab integritet ličnosti, koji se ogleda u neusklađenosti i nedoslednosti postupaka u sličnim situacijama, kao i u nejasnom pogledu na sadašnjost i prošlost. Postoje fantazmi bežanja od realnosti, ali istovremeno i besciljnost i bezvoljnost.

Neformiranost identiteta i integriteta ličnosti uslovljava poteškoće u heteroseksualnim odnosima i radnom ponašanju. Pasivno-zavisna struktura ličnosti doprinosi neefikasnom suočavanju sa konfliktima i neadekvatnim obrascima prevladavanja stresnih i frustrativnih situacija. Reakcije se zadržavaju na nivou inhibicije afekta i posledičnom osećanju napetosti i niza somatskih tegoba.

NALAZ I MIŠLJENJE

Ispitanik Dragan O. ima 26 godina i rođen je 1980. godine u Novom Sadu. Završio je Srednju građevinsku školu u Novom Sadu i po struci je podopolagač. Nezaposlen je, neoženjen i nema devojku. Do svoje 25. godine je živeo u Futogu sa roditeljima i mlađim bratom. Poslednjih godinu dana živi u Novom Sadu kao podstanar, sa majkom i bratom, jer ih je Draganov otac izbacio iz porodične kuće u Futogu i od tada su prekinuti kontakti sa njim.

Klinička procena ispitanika Dragana O. obavljena je sa ciljem eksploracije ličnosti, u svrhe određivanja dinamičke dijagnoze.

Tokom procesa ispitivanja, ispitanik je bio saradljiv i otvoreno je govorio o svojim poteškoćama. Pad motivacije je bio uočljiv prilikom primene tehnika, koje je ispitanik procenjivao kao nebitne za razumevanje njegovih problema (npr. Crtež ljudske figure, TNR i delovi VITI-ja). Tokom intervjua i LOBI-ja ispitanik je bio izuzetno motivisan i zainteresovan za rad. Stekao se utisak da je razlog to što je tada direktno i opširno mogao da priča o svojim teškoćama, sa ciljem apela za pomoći. Pri tom, nije bila primetna manipulacija, već pre stvarna potreba da ga neko razume.

Ispitanikove intelektualne sposobnosti se nalaze na granici donjeg proseka. Motivacija je značajno veća prilikom rada sa neverbalnim materijalom, ali se ne pokazuje kao značajan činilac koji bi doveo do višeg postignuća.

U problemskim situacijama za koje procenjuje da nema sposobnosti da ih reši, ispitanik brzo odustaje, ne ulaže napor i ponaša se pasivno. Prilikom rešavanja težih zadataka ispitanik se ponaša rigidno, ne menja strategiju i zadržava neefikasne obrasce ponašanja. U situacijama neuspeha ne pokazuje jasne znakove anksioznosti, ali je primetno da mu nije svejedno (ponekad traži fidbek, grize usnu, cupka nogom, skreće pogled, infantilno se ponaša - cinično se smeje). Ovaj podatak ukazuje na ispitanikovu tendenciju da inhibira afekat i ekspresiju emocija ograničava na domen visceralnog funkcionisanja.

Uočena hipersenzitivnost i teškoća diskriminacije bitnog i nebitnog su verovatno činioci koji doprinose ispitanikovoj preokupiranosti tegobama.

Nema mentalne deterioracije, znakova organiciteta, niti psihotičnog kvaliteta u odgovorima.

Ispitanikove tegobe su počele kada je imao 18 godina i javljale su se u vidu lupanja srca, vrtoglavica, bola u želucu, gušenja i umora. U tom periodu se osećao bezvoljno, zatvorio se u kuću, trpio tegobe i ništa nije preduzimao da ih reši. Teškoće su trajale nekoliko meseci i spontano prestale tokom bombardovanja. Ispitanik njihov nestanak vezuje za „druženje, zabavu i konzumiranje alkohola tokom bombardovanja". Posle toga, tegobe se nisu javljale naredne dve godine. Počele su ponovo tokom služenja vojnog roka i nastavile se nakon povratka iz vojske, u vidu niza somatskih tegoba. Ispitanik je mislio da ima neku telesnu bolest i bio je na pregledu kod kardiologa i infektologa. Međutim, nije dijagnostikovana nikakva

somatska disfunkcija i savetovan mu je odlazak na psihijatrijski pregled. Ispitanik je odbio savet, tumačeći ga kao pokazatelja nerazumevanja njegovih problema. Naredne tri godine je trpio tegobe i negirao njihovu psihološku prirodu. Vreme je uglavnom provodio u sobi, slabo se družio i bio radno neefikasan.

Prvi put je posetio psihijatra pre godinu dana, na predlog drugarice. Od tada pije antidepresive i terapija mu je nekoliko puta menjana zbog slabih efekata tretmana. Poslednjih 8-9 meseci dolazi svakodnevno u Dnevnu bolnicu, Instituta za Psihijatriju u Novom Sadu. Daje kontradiktorne izjave o svom stanju u poslednjih nekoliko meseci. Navodi da mu je bolje od kada pije lekove i da ne može bez njih, ali ujedno navodi i da se oseća bezvoljno, da ga guši i da ima bolove u želucu.

U ispitanikovoj patologiji dominiraju dve grupe simptoma: *somatizacije*, kao primarni, i *depresivni simptomi* blagog stepena, kao sekundarni. Ispitanikova psihopatologija će biti tumačena pomoću dijateza-stres modela i kognitivno-bihejvioralne paradigme.

Dragan je odrastao u disfunkcionalnoj porodici. Porodični uslovi u kojima je odrastao doprineli su razvoju vulnerabilnosti na stresne događaje i predstavljale su predisponirajući faktor za kasniji razvoj psihičkih tegoba.

Otac je od Draganovog ranog detinjstva zavisnik od alkohola, patološki ljubomoran na svoju suprugu, koju je učestalo fizički i verbalno zlostavljao. Prema sinu je retko pokazivao znake ljubavi i uglavnom se ponašao indiferentno.

Ispitanik je skoro uvek prisustvovao aktima zlostavljanja majke. U tim situacijama je zauzimao poziciju pasivnog spasioca, jer fizički nije mogao da se suprostavi ocu, pa je samim svojim prisustvom pokušavao da zaštiti majku. Međutim, otac ga je uvek ignorisao i Draganovi pokušaji nisu dovodili do promene u očevom ponašanju. Dakle, od ranog detinjstva ispitanik se suočavao sa uslovima nad kojima nema kontrolu i situacijama u kojima njegovo ponašanje nije imalo nikakvog efekta. U ovakvim obrascima ponašanja, verovatno se nalazi početak razvoja naučene bespomoćnosti, koja je karakteristična za ispitanikovo funkcionisanje i u ostalim oblastima života.

Ispitanikove pasivno-receptivne potrebe (za bliskošću i prihvatanjem) samo su delimično bile zadovoljavane, od strane majke. Majka je bila jedini potporni sistem u narušenom porodičnom funkcionisanju.

Postojala su bar još dva faktora rizika (osim porodice) za razvoj postojećih tegoba:

1. premorbidna struktura ličnosti – introvertna, sa tendencijom suprimacije i snažne kontrole ekspresije emocija (ispitanik navodi da je uvek sve „gutao i trpio, bez pokazivanja osećanja”).

2. odsustvo sistema socijalne ili samo-podrške, koji bi doprineli razvoju rezilijentnosti.

Dakle, uslovi ispitanikovog razvoja i rano iskustvo, pogodovali su formiranju ličnosti osetljive i podložne neefikasnom reagovanju u stresnim situacijama.

Razvoj ispitanikovih tegoba, u početku je bio vezan za situacije snažnog stresa (neuspeh u ostvarivanju veze sa devojkom, vojska), koji su delovali kao precipitirajući faktori za razvoj tegoba. U takvim okolnostima ispitanik reaguje restrikcijom emocionalnog izraza i inhibicijom afekta. Ispoljavanje emocija se ograničava na oblast fizioloških reakcija, što dovodi do hiperaktivacije autonomnog nervnog sistema i do lokalizacije tegoba na nivou organa pod kontrolom ANS-a.

Kod ispitanika se formirao somatski tip reakcije na stres, kao manifestacija pasivnog načina prevladavanja. Strukturisanju ove patološke adaptacije kao naučenom i trajnom obrascu ponašanja, pogodovao je niz stresnih situacija u životu ispitanika (neuspeh u heteroseksualnim odnosima, porodični problemi, bratova narkomanija).

Ispitanikova nefunkcionalnost, najviše se ispoljava u domenu heteroseksualnih odnosa. Ovo je polje u kojem od adolescencije doživljava neuspehe i na frustraciju reaguje razvojem somatskih tegoba i povlačenjem. Stidljivost, pasivan stav i preplavljenost anksioznošću u susretu sa ženama, uz postojanje želje da ostvari kontakt, rezultovalo je intenzivnim konfliktom.

U ovoj oblasti su uočljiva iracionalna verovanja ispitanika. Ambivalentan i infantilan stav prema ženama, sadržan je u verovanju „Sve žene su idealne, ali su neiskrene i vole da varaju momke". U vezi sa ovim je i ispitanikov negativan self-koncept (bazično verovanje „Ružan sam"), relativizovan posmatranjem sebe kao izrazito iskrene i dobre osobe. Sprega stavova prema sebi i ženama, manifestuje se u disfunkcionalnoj pretpostavci „Ja sam ružan, ali previše iskren i dobar, a devojke ne vole takve momke, nego samo sitne kriminalce sa puno para".

Negativan self-koncept je poprimio funkciju sredstva samohendikepiranja u oblasti heteroseksualnih odnosa, kojim ispitanik sužava opseg situacija koje sadrže potencijal neuspeha. Infantilno viđenje žena i iracionalne pretpostavke u vezi njih, stvaraju dodatni alibi, pomoću kojeg ispitanik štiti sebe od mogućeg neuspeha.

U oblasti radnog ponašanja uočljiva je manipulacija tegobama. Ispitanik na poslu u situacijama stresa reaguje razvojem niza somatskih tegoba (vrtoglavice, lupanje srca, umor, malaksalost). Manipulacija je vidljiva u opravdavanju neefikasnosti („Ne mogu da radim, jer sam bolestan"), kao i u korišćenju tegoba kao sredstva za postizanje dobiti (rodbina iz Švedske plaća stan, jer je on zbog bolesti ne može da radi).

Zajednički imenitelj i uzrok ovakvih obrazaca ponašanja, kako u heteroseksualnim odnosima, tako i na poslu, moglo bi biti izrazito nisko samopoštovanje ispitanika.

Kod ispitanika su primetni i depresivno-neurotski simptomi blagog stepena izraženosti, u vidu bezvoljnosti, smanjenog nivoa aktivnosti, inertnosti, ambivalencije i negativnog viđenja budućnosti. Ipak, čini se da je depresivnost samo nakalemljena na somatoformne teškoće, kao primarne.

U diferencijalno-dijagnostičke svrhe bitno je naglasiti da su kod ispitanika dominantne tegobe organa pod kontrolom ANS-a, a ne volje, što govori u prilog simptomatologije iz grupe somatoformnih poremećaja, a ne konverzivnih.

Ispitanikovo funkcionisanje i strukturu ličnosti možemo podvesti i pod termin granične organizacije ličnosti. Identitet ispitanika je neizgrađen i konfuzan. Uz negativan self koncept, egzistira i mišljenje o sebi kao izuzetno dobroj i iskrenoj osobi. Pogled na sopstvene sposobnosti je takođe nedosledan i nejasan.

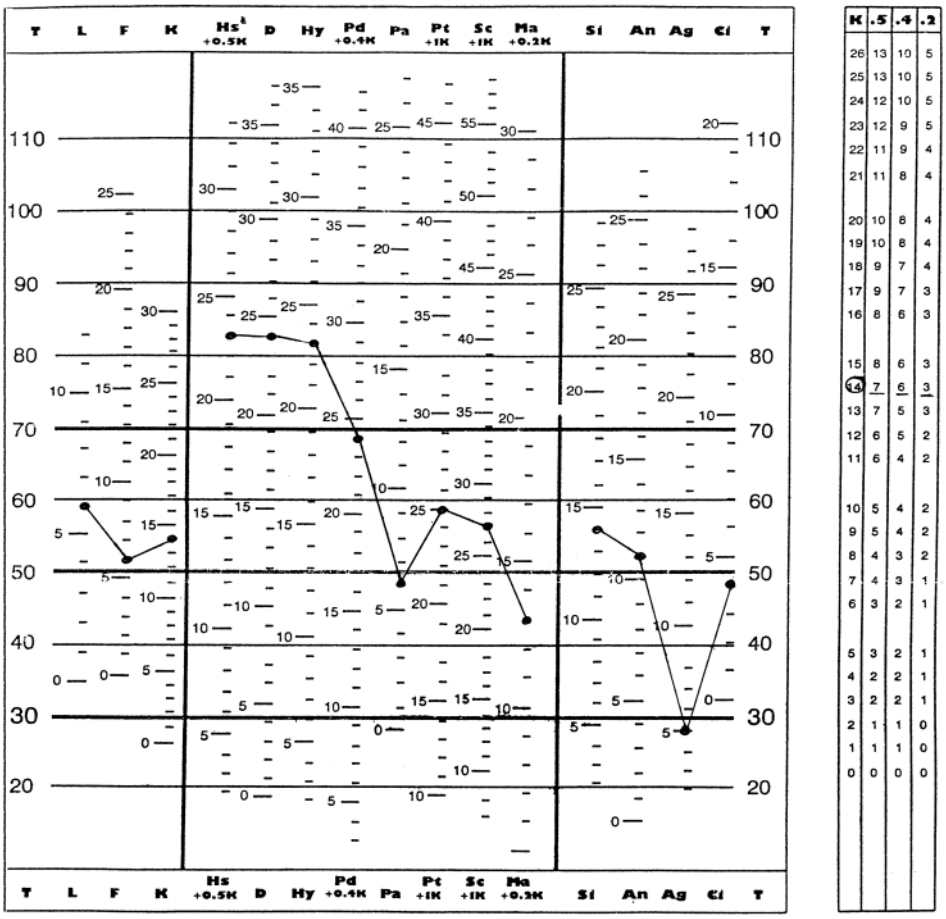
Primetan je i slab integritet ličnosti, koji se ogleda u neusklađenosti i nedoslednosti postupaka u sličnim situacijama, nejasnom pogledu na sadašnjost i prošlost, kao i u promenljivom stavu prema ljudima. Na nekoherentnost integriteta ukazuje paralelno postojanje besciljnosti (bezvoljnosti) i fantazama bežanja od realnosti.

Neformiranost identiteta i integriteta ličnosti uslovljava hroničnu maladaptivnost u gotovo svim oblastima funkcionisanja i doprinosi održavanju patološke adaptacije na realnost.

Zbog disfunkcionalnosti u gotovo svim oblastima života i neefikasnosti tretmana antidepresivima, za rešavanje ispitanikovih tegoba nužan je psihoterapijski proces. Niski intelektualni kapaciteti i slab integritet ličnost, ispitanika čine nepodobnim za dubinski i analitički orijentisane psihoterapije. Zbog prirode teškoća (iracionalna verovanja o ženama, negativan self-koncept, osećanje bespomoćnosti, pasivan tip suočavanja sa stresnim situacijama, neefikasnost u poslu itd.), pogodna bi bila direktivna psihoterapija iz domena kognitivno-bihejvioralnih. Akcenat bi trebao biti na kognitivnoj restrukturaciji, planiranju i postavljanju ciljeva u budućnosti, izgradnji aktivnog stava prema životu, učenju veština za adekvatno suočavanje sa stresom i rešavanje problema u svakodnevnom životu. Postojeći tretman antidepresivima nije adekvatan, jer je ispitanika stavio u pasivnu poziciju, ojačao spoljašnji lokus u tumačenju tegoba i učvrstio verovanje da će se problemi rešiti sami od sebe.

TESTOVNI MATERIJAL

MMPI-202



K	.5	.4	.2
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

	T	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	An	Ag	Ci	T
SKOR		6	6	14	16	24	23	18	6	11	13	10	14	11	5	4	
DODATAK K					7			6		14	14	3					
UKUPNI SKOR					23			24		25	27	13					

IME I PREZIME DRAGAN STAROST 26

ŠKOLSKA SPREMA SSS DATUM ISPITIVANJA 26. X 2006.

UPITNIK MAHOVER TESTA

Ispitaniku se kaže: *''Ispričajte priču o ovoj osobi kao da je glavni junak u nekom romanu, drami ili filmu''*. Priča nastaje tako što psiholog vodi polustandardizovani indirektni intervju postavljajući pitanja prema sadržaju upitnika i vodeći ispitanikove asocijacije.

Ime i prezime: DRAGAN pol: (M) Ž

Godine života: 26 Datum rada: 27. X 2006.
Dijagnoza:
Crtanje čoveka:
Primedbe i postupak: ASOCIJACIJE NA CRTEŽ MUŠKE FIGURE

ŠTA JE PO ZANIMANJU? VODOINSTALATER
Koliko ima godina? 42
Da li je oženjen? SAMAC JE

IMA LI DECE? NEMA
Sa kim žive? SA MAJKOM
Kome su privrženija? MAJCI

IMA LI BRAĆU I SESTRE? BRATA I SESTRU
Kakvom vrstom posla se bave? AUTOMEHANIČAR, GRAĐEVINSKI INŽENJER

KAKVU JE ŠKOLU ZAVŠIO(LA)? MAŠINSKU
Kakve ima ambicije? NE TRAŽI PUNO OD ŽIVOTA. BOLJU PLATU I NEKOGA SA KIM ĆE OSNOVATI PORODICU. ALI POŠTO JE RUŽAN, NE POLAZI MU ZA RUKOM.

DA LI JE OKRETAN? JESTE
Da li je snažan(a)? PA DA. RADI PRIVATNO. IDE NA POSAO SVAKI DAN.
Da li je zdrav(a)? DA I PSIHIČKI I FIZIČKI.

DA LI JE ZGODAN(NA); LEP(A)? NE. RUŽAN JE. SREDNJE ZGODAN.
Šta je na njemu (njoj) najbolje? IMA MIŠIĆE. PUNO RADI.
Šta je na njemu (njoj) najlošije? RUŽNO MU JE LICE. PUSTIO JE KOSU, POBUŽNJUJE GA.

DA LI JE NERVOZAN(A)? JESTE. HOĆE VEĆU PLATU I DA SE OŽENI.
Šta ga muči? NE MOŽE DA NAĐE DEVOJKU.

OD ČEGA STRAHUJE? KAD MU MAJKA UMRE DA ĆE OSTATI SAM.
Da li je pri tom tužan(na) ili srećan(na)? TUŽAN, JER JE VEZAN ZA MAJKU. NIKAKO NE BI MOGAO BITI SREĆAN POSLE TOGA.

ŠTA GA (JE) LJUTI? POSAO, MALA PLATA, NEMA DEVOJKU, IMA KOMPLEKSE, RUŽAN JE.
Šta najviše želi? DA NAĐE PARTNERKU ZA ŽENIDBU.

KOJE SU MU (JOJ) DOBRE STRANE? DOBAR I VREDAN.
Koje su mu (joj) loše strane? NAMEOR I NERVOZAN.

DA LI JE PRETERANO USAMLJEN(A) ILI DRUŠTVEN(A)? USAMLJEN. IMA DRUŠTVO, ALI JE USAMLJEN, JER NEMA ŽENU.

ŠTA LJUDI GOVORE O NJOJ (NJEMU)? DA JE VREDAN, DOBAR, POŠTEN, ALI DA NIŠTA NE ŽENA OŠEHAMA.
Šta on (ona) misli o sebi? IMA RUŽNO MIŠLJENJE, NE VOLI DA SE GLEDA U OGLEDALO, KOMPLEKS RUŽ
Da li je stidljiv; posmatraju li ga? JESTE PRILIČNO. STIDI SE DA PRIĐE OSOBI SUPROTNOG POLA

DA LI VERUJE LJUDIMA? VERUJE, ALI GA ČESTO PREVARE ZBOG TOGA. NE VERUJE OČI - OTAC UMR
Da li ih se boji? IMA STRAH DA ĆE GA PREVARITI. LOŠE MIŠLJENJE O LJUDIMA. ON JE PREVIŠE POŠTEN, I BOJI SE PREVARE.

SLAŽE LI SE SA ŽENOM (MUŽEM)? NEMA ŽENU.
Slaže li se sa roditeljima? SA MAJKOM, SAMO SA MAJKOM.
Živi li odvojeno od žene-muža-roditelja? ŽIVI ZAJEDNO SA MAJKOM. BRAT I SESTRA SU SE OŽENILI I ODSELILI

DA LI VRDA? NE. ON JE POŠTEN.
Da li vrda njegova (njen) žena (muž)? MISLI DA BI, JER JE ON LAKOVERAN.
Kakvi su seksualni odnosi sa ženom (mužem)? NIKAKVI. NEMA ŽENU.

KADA JE IMAO (IMALA) PRVO SEKSUALNO ISKUSTVO? u 29. godini.

IDE LI SAMO SA JEDNOM ŽENOM? TRAŽI SAMO JEDNU ŽENU, SA KOJOM BI OSNOVAO PORODICU.
Nada li se udaji? DA.

SA KOJOM VRSTOM ŽENA IZLAZI? SLIČNOM NJEMU. DOBRA PREMA NJEMU, NE LAŽE

IMA LI BILO KAKVE INTIMNE ODNOSE SA ISTIM POLOM? NE, NIJE PEDER. VOLI ŽENE

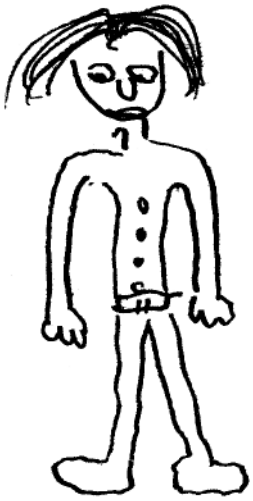
KOLIKO ČESTO MASTURBIRA? SVAKI DAN. 365 DANA U GODINI.
Šta misli o tome? LEPO MU JE. PRIJA, ALI BI VIŠE VOLEO SA ŽENOM.

NA KOGA TE TA FIGURA PODSEĆA? NE LIČI NI NA KOGA.
Želiš li da budeš kao ta figura? NE.

ISPITANIKOVA SAMOOCENA

KOJI JE NAGORI DEO TVOGA TELA? NIŠTA MI SE NE SVIĐA.
Koji je najbolji deo tvoga tela? NEMAM. O TELU MISLIM ISTO ŠTO I O FACI. IMAM KOMPLEXE

KOJE SU TI DOBRE STRANE? DRUGI KAŽU DA SAM DOBRICA, DOBAR DRUG.
Koje su ti loše strane? NAIVAN. PREVIŠE VERUJEM ŽENAMA, LJUDIMA, MISLIM DA SU SVE IDEALNE.



UPITNIK MAHOVER TESTA

Ispitaniku se kaže: *''Ispričajte priču o ovoj osobi kao da je glavni junak u nekom romanu, drami ili filmu''*. Priča nastaje tako što psiholog vodi polustandardizovani indirektni intervju postavljajući pitanja prema sadržaju upitnika i vodeći ispitanikove asocijacije.

Ime i prezime: DRAGAN pol: (M) Ž

Godine života: 26 Datum rada: 27. X 2006.
Dijagnoza:
Crtanje čoveka:
Primedbe i postupak: ASOCIJACIJE NA CRTEŽ ŽENSKE FIGURE

ŠTA JE PO ZANIMANJU? STJUARDESA
Koliko ima godina? 31
Da li je oženjen? NE. IMA MOMKA 6 MESECI.

IMA LI DECE? NE.
Sa kim žive? MAMA, TATA, SESTRA.
Kome su privrženija? SESTRI.

IMA LI BRAĆU I SESTRE? 1 SESTRU.
Kakvom vrstom posla se bave? MARKETING

KAKVU JE ŠKOLU ZAVŠIO(LA)? MENADŽMENT
Kakve ima ambicije? KAO SVAKA ŽENA, JAKO JE AMBICIOZNA, IMA CILJ DA SE UDA, OSNUJE POLODICU, DOBROG MUŠA, PARE.

DA LI JE OKRETAN? JESTE
Da li je snažan(a)? ONAKO. DOSTA SE KREĆE.
Da li je zdrav(a)? JESTE.

DA LI JE ZGODAN(NA); LEP(A)? SREDNJE ZGODNA, SIMPATIČNA, LEPE OČI, KOSU, CRTE LICA
Šta je na njemu (njoj) najbolje? DOBRE NOGE.
Šta je na njemu (njoj) najlošije? MALE GRUDI

DA LI JE NERVOZAN(A)? NIJE. IMA DOBAR POSAO, MOMKA.
Šta ga muči? IMA MALO VREMENA ZA MOMKA, MNOGO LETI.

OD ČEGA STRAHUJE? DA ĆE SE SRUŠITI AVION.
Da li je pri tom tužan(na) ili srećan(na)? BOJI SE

ŠTA GA (JE) LJUTI? NE LJUTI JE NIŠTA. ZADOVOLJNA JE ŽIVOTOM.
Šta najviše želi? DA SE DOBRO UDA.

KOJE SU MU (JOJ) DOBRE STRANE? DA LI ŽENA IMA DOBRE STRANE? DAMETNA, ZNA ŠTA HOĆE, DOBLOG SRCA.
Koje su mu (joj) loše strane? TVRDOGLAVA I SAMOSTIVA. HOĆE DA SVE BUDE KAKO ONA KAŽE.

DA LI JE PRETERANO USAMLJEN(A) ILI DRUŠTVEN(A)? NEMA VREMENA ZA DRUGARE.

ŠTA LJUDI GOVORE O NJOJ (NJEMU)? DA JE TVRDOGLAVA.
Šta on (ona) misli o sebi? SVE TONE MISLE DA SU IDEALNE.
Da li je stidljiv; posmatraju li ga? NE.

DA LI VERUJE LJUDIMA? OPREZNA JE PO TOM PITANJU. LJUDI SU LAŽIVI PREVARANTI.
Da li ih se boji? NE.

SLAŽE LI SE SA ŽENOM (MUŽEM)? SLAŽE SE. ALI NEMAJU VREMENA JEDNO ZA DRUGO.
Slaže li se sa roditeljima? DA. U DOBRIM SU ODNOSIMA. POMAŽE IM.
Živi li odvojeno od žene-muža-roditelja? TI VI SA NJIMA.

DA LI VRDA? VOLI DA VRDA. UHVATI PO NEKOG STRANCA. ISKORISTI GA. VEČERA, KUPOVINA.
Da li vrda njegova (njen) žena (muž)? NOU ON DA VRDA, DOK JE ONA NA PUTU.
Kakvi su seksualni odnosi sa ženom (mužem)? DOBRI. ZADOVOLJNA JE.

KADA JE IMAO (IMALA) PRVO SEKSUALNO ISKUSTVO? U 18. SA NEMICOM IZ RAZREDA.

IDE LI SAMO SA JEDNOM ŽENOM? IDE I SA STRANE.
Nada li se udaji? DA.

SA KOJOM VRSTOM ŽENA IZLAZI? SITNI KRIMINALCI KOJI IMAJU PARA.
NE VOU POŠTENE, SMOTANE.

IMA LI BILO KAKVE INTIMNE ODNOSE SA ISTIM POLOM? NE.

KOLIKO ČESTO MASTURBIRA? NEMA POTREBE ZA TIM.
Šta misli o tome?

NA KOGA TE TA FIGURA PODSEĆA? NI NA KOGA. NAMERNO SAM ISPRETAO ONO ŠTO ME NE PODSEĆA NI NA KOGA.
Želiš li da budeš kao ta figura? NE. NE BI BIO U VEZI SA NJOM.

ISPITANIKOVA SAMOOCENA

KOJI JE NAGORI DEO TVOGA TELA?
Koji je najbolji deo tvoga tela?

KOJE SU TI DOBRE STRANE?
Koje su ti loše strane?

СнСл-П-3.1

ТЕСТ НЕДОВРШЕНИХ РЕЧЕНИЦА - 2/М

DRAGAN
(Презиме и име)

(Јединствени матични број грађанина) — 27.X 2006.
(Датум испитивања)

SSS, PODOPOLAGAČ
(Школска спрема и занимање) — 26
(Година старости)

Упутство:

Овде је отштампано шездесет непотпуних реченица. Прочитајте сваку од њих и напишите завршетак онако како вам одговара. Ако не можете да нађете завршетак за неку реченицу заокружите њен редни број и завршите је касније. Сви добијени подаци се сматрају службеном тајном.

Пример

а) Сваког дана у шест часова Милан устаје и одлази U DNEVNU BOLNICU

Сада наставите сами:

1. Верујем да прави пријатељ POSTOJI
2. Његова мајка је JAKO DOBRA OSOBA
3. У друштву воли да PRIČAM I DA SE ZEZAM SA DRUŠTVOM
4. Он верује да већина жена IDEALNA
5. Његов отац је JEDAN VRLO NEOBIČNO TVRDOGLAV ČOVEK
6. Када се другови шале I JA SE SALIM SA NJIMA
7. Он верује да има способности ZA ODREĐENE STVARI
8. Он се у друштву обично осећа PRIJATNIJE NEGO KAD JE SAM
9. Он је увек желео VEĆE HALE STVARI U ŽIVOTU
10. Када он руководи послом ON BI POMAGAO RADNICIMA I SLEDAO DA IM ŠTO VIŠE OLAKŠA POSAO

11. Он мисли да већина девојака ...NIJE BAŠ OKAKVA KAKVIM IH ON SMATRA...

12. Он би желео да његов отац ...BUDE BOLJI PREMA NJEMU I NJESOVOJ TJ. SVOJOJ PORODICI...

13. Они са којима ради су ...U POČETKU BILI FER A POSLE SE ISPOSTAVILO DA BAŠ I NISU TAKO DOBRI...

14. Када нешто не уради добро ...ON SE NERVIRA I PADA U DEPRESIJU ALI NIKADA NE ODUSTAJE OD ONOG ŠTO JE DA...

15. Једног дана он ће ...VALJDA STEĆI NEŠTO...

16. Његова породица поступа са њим као ...SA NAMKOM KOJI JE... NEMAM POJMA!...

17. Он себе воли да замишља ...KA MALO SKALAŠLIJU OSOBU...

18. Када је био дете ...I IMAO JE SREĆNO DETINJSTVO...

19. Његова највећа слабост је ...TO ŠTO PREVIŠE VERUJE LJUDIMA (NAIVAN JE)...

20. У школи његови професори ...SU BILI DOSADNI...

21. Он је себи поставио за циљ ...ON NEMA CILJ...

22. Његова највећа грешка ...JE TO ŠTO NIJE PRIJAVIO TATU POLICIJI KAD MU JE PRETIO VATRENIM ORUŽJEM...

23. Када види мушкарца и жену заједно ...ON BI VOLEO DA I KOD NJEGA SITUACIJA BUDE SLIČNA...

24. Најзначајнији људи у његовом животу били су ...NJESOVA PORODICA...

25. Иако је то бесмислено он се плаши ...DA NEKAD DA ODE DALEKO OD KUĆE I DA OSTANE SAMO...

26. Када наиђе на велике тешкоће ...ON POKUŠAVA DA DOĐE DO NEKOG REŠENJA...

27. Његова мајка и он ...SU VEOMA BLISKI...

28. Када би он био шеф POVEĆAO BI PLATE RADNICIMA I TRUDIO BI SE DA IM POSAO BUDE ŠTO LAKŠI

29. Да је поново млад ON BI VOLEO DA JE STALNO OSTAO MLAD

30. Људи са којима ради обично SE POSLE KAKOS VREMENA POSVADA

31. Његова представа савршене жене ON NEMA ŠAVRŠENU ŽENU... TAKO NEŠTO NE POSTOJI

32. Када се налази у друштву врло му је тешко да DA PRIČA O LEKOVIMA KOJE PIJE

33. У поређењу са осталим породицама његова ŽIVI NA VRLO SLIČAN NAČIN

34. Он највише машта о PUTOVANJU I ODLASKU PREKO

35. Он сматра да је живот у браку SREĆAN PRVIH PAR GODINA

36. Његов отац и он SE NIKAKO NE SLAŽU I NE MOGU DA SPOJE 3 REČI

37. Када ситуација постане критична ON JE NAPET A PO NEKAD SE NE OSEĆA NAJBOLJE

38. Као глумац он би играо улоге NE BI BIO GLUMAC NIKAD!

39. Будућност му изгледа NE BAŠ TAKO SVETLA

40. Његови претпостављени ON NE VOLI PRETPOSTAVLJENE

41. На послу се најбоље слажу са RADNICIMA KOJI RADE POSAO SLIČAN NJEGOVOM

42. Најгоре што је икад учинио JE TO ŠTO JE PRESTAO DA TREKIRA ODBOJKU

43. Када буде старији NADA SE DA CE BAR SKROMNO ŽIVETI I DA ĆE MOĆI DA PRIUŠTI SVE ONO ŠTO MU JE NEOPHODNO.

44. За успех он се највише ослања ...NA SAMOS SEBE I NA POMOĆ RODBINE IZ INOSTRANSTVA...

45. Волео би да се ослободи страха ...VOLEO BI DA NEMA STRAHOVE RAZNIH VRSTA...

46. Он осећа да његови другови ...NERAZUMEJU NJESOVE PROBLEME...

47. Он би волео да буде сличан ...NJESOVOM UJAKU KOJI ŽIVI U ŠVETSKOJ JER MU JE ON IDOL!...

48. Када издаје наређења ...NE IZDAJE NAREĐENJA...

49. Његова потајна амбиција у животу ...JE DA ODE U TROPSKE KRAJEVE...

50. Када је био дете његова породица ...JE ŽIVELA MNOGO SREĆNI JE NESTO STO JE SLUČAJ SADA...

51. Када види да шеф долази ...ON KRECE PRAVO PREMA NJEMU DA GA PITA KADCE PLATA!...

52. Његов сексуални живот ...NIJE BAŠ NAJBOLJI!...

53. Његова најживља успомена из детињства ...NEMAM POJMA...

54. Код жена он не воли ...KAD NIJE ISKRENA I KAD SE FOLIRA...

55. Старији се према млађима односе ...NESVIDA MI SE ŠTO RODITELJI PUSTAJU DECU DA IZLAZE U GRAD DO KASNO U NOC

56. Када је био млађи осећао се кривим због ...BEŽANJA IZ ŠKOLE...

57. Он је несигуран ...U SEBE...

58. Он воли своју мајку али ...ONA JE POVREMENO JAKO NERVOZNA...

59. Када га неко критикује ...NEM POJMA...

60. Када га на овај начин испитују он осећа ...SE OSEĆA KAO DEBIL ALI VOLI DA SE ZEZA NA OVAJ NAČIN...