

SAVETODAVNI RAD SA
PORODICOM:
POTREBE, OBLASTI I PRISTUPI U
RADU

(grupa autora; S. Zuković, I. Mihić (urednice)

DRAFT verzija skripte za studente

deo 1. PODRŠKA BRAČNOM ODNOSU

PREGLED POTREBA ZA SAVETOVANJEM U BRAKU S OBZIROM NA RAZVOJNE FAZE I KARAKTERISTIKE BRAKA

Jelena Šakotić- Kurbalija

Filozofski fakultet, Novi Sad

"Bračni odnos je nešto više od zbira ličnosti uključenih u njega; u takvom odnosu sadržana je tendencija da se svaki partner menja, što opet ponovo utiče na odnos."

(Ekermen, 1966, str. 189)

Značaj predbračnih odnosa

Deca, koja odrastaju u zemljama zapadne kulture, od najranijeg detinjstva slušaju bajke u kojima su glavni junaci, nakon brojnih prepreka i vrlo dramatičnih zbivanja, uspeali da pronađu idealnog ljubavnog partnera i da se venčaju. Ove bajke se uvek završavaju rečima: "Venčali su se i bili srećni do kraja života!"

Pouka koju iz ovakvih bajki dobijaju devojčice je da moraju biti lepe, ljupke, dobre i strpljive (da, na primer, moraju istrpeti neprijateljstvo i ljubomoru "zle maćeha", poput Snežane i Pepeljuge, ili "zle vile", poput Trnoružice), te da će na "kraju" pobediti dobro. "Kraj" teškom životu, problemima, patnji, velikoj neizvesnosti i svim drugim neugodnim osećanjima je udaja za princa – i zato se dan venčanja opisuje kao "najlepši dan u životu svake devojke". Mnoge devojčice maštaju da će se, poput Snežane, Pepeljuge ili Trnoružice, udati za lepog i hrabrog mladića koji je spreman sve da uradi za njihovu ljubav, i koji će, i pored toga što ga žele sve devojke, biti zainteresovan samo za njih. Mnoge devojčice se nadaju da će ih njihov princ pronaći, te da će nakon "prelepog" venčanja biti srećne do kraja života.

Pouka koju iz ovakvih bajki dobijaju dečaci je da, ukoliko žele da "na kraju" ožene "onu pravu" – princezu, i da s njom budu "srećni do kraja života", moraju savladati brojne prepreke, moraju proći mnoge bitke s nemanima u startu jačim od njih i/ili prozreti mnogobrojne zle žene koje hoće da ih prevare (u bajci Pepeljuga, npr., sve se devojke pretvaraju da su one "prave", dakle svesno žele da prevare princa da ih oženi, svesno ga obmanjuju da su nešto što nisu, jer znaju da izgubljena cipelica nije njihova, a ipak hoće da je probaju). Dakle, ukoliko bude dovoljno hrabar, vešt, jak, a uz to i dovoljno bistar, pa ne

dozvoli prepredenim i nemoralnim ženama da ga zavedu i prevare, dečak će kao princ oženiti "onu pravu" - princezu, i nakon venčanja će živeti s njom "srećno do kraja života".

Psihoterapijska iskustva autorke ovog teksta ukazuju da klijenti (među kojima su znatno češće žene) kada veruju u mogućnost pronalaska idealnog partnera ili lišavaju sebe bilo kakvih partnerskih odnosa (jer "ne žele da budu bilo s kim, ako već ne mogu biti s onim pravim", pa neće "da spuštaju kriterijume") ili napuštaju veze u koje ulaze čim naiđu na nešto njima neugodno, a po pravilu imaju vrlo nisku toleranciju na frustracije. S druge strane, klijenti koji su "odustali" od traženja idealnog partnera, svoje "druge polovine", najčešće se nadaju da će oni "svojom iskrenom ljubavlju" i svojom velikom požrtvovanošću promeniti partnera koji im ne odgovara "u potpunosti", ili da će prosto "vreme učiniti svoje", te da će kada se venčaju, u braku, ili kada dobiju dete, "sve doći na svoje mesto". Međutim, po pravilu, nakon venčanja, kod ovih klijenata, ne dolazi ni do kakvih pozitivnih promena u odnosu na dinamiku i kvalitet njihove predbračne ljubavne veze. Tamo gde je, npr., postojao problem s različitim vidovima kockarskog ponašanja, ljubomorom, povremenim opijanjem i/ili fizičkim i psihičkim zlostavljanjem, to se vremenom samo intenzivira; a kada dobiju dete, njihov partnerski odnos samo postaje složeniji, jer pored bračnih dobijaju i roditeljske uloge.

Vrlo su retka istraživanja u kojima se o predbračnim karakteristikama bračnih partnera i njihovim partnerskim odnosima podaci prikupljaju u vreme kada su aktuelni. Najčešće se prikupljaju retroaktivno, kada su ove informacije u izvesnoj meri nužno izmenjene/iskrivljene u sećanju, i obojene proteklom iskustvima i aktuelnim dešavanjima u životu ispitanika. Međutim, postoje i longitudinalna istraživanja u kojima se vrši praćenje pojedinaca, odnosno, ljubavnih parova od adolescencije; a samo ovakvi istraživački nacrti mogu da nam pruže pouzdane uvide u to kako su predbračne karakteristike partnera i njihovog odnosa povezane sa njihovim kasnijim bračnim odnosom - kvalitetom bračnog odnosa, bračnim zadovoljstvom i bračnom stabilnošću.

Najduže longitudinalno istraživanje u ovoj oblasti je trajalo četrnaest godina. Na osnovu rezultata ovog istraživanja, gde su prikupljeni podaci o osobinama ličnosti i predbračnom ljubavnom iskustvu partnera pre sklapanja braka, a nakon toga je vršeno njihovo praćenje kao bračnih partnera, utvrđeno je da postoji značajna povezanost predbračnog ljubavnog iskustva s kvalitetom bračnog odnosa, kao i sa bračnom stabilnošću i verovatnoćom da će se bračni par razvesti (Miller, Caughlin & Huston, 2003; Huston & Melz, 2004). Ovim dugogodišnjim istraživanjem su ustanovljena sledeća tri tipa ljubavnih odnosa: oscilirajući, nedramatični i strastveni.

Oscilirajući tip predbračnih ljubavnih odnosa karakteriše velika nestabilnost: brojni nesporazumi i konflikti među partnerima, koji se završavaju privremenim prekidom odnosa, raskidom veze, a onda njenim ponovnim nastavljanjem. Pri stupanju u brak, ovi partneri veruju da će se postojeći problemi u vezi prevazići kada uđu u brak. Međutim, konflikti se po pravilu nastavljaju i nakon venčanja, pa su partneri nezadovoljni bračnim odnosom i često se posle izvesnog vremena razvode (Miller et al., 2003).

Nedramatični tip karakteriše visok stepen stabilnosti. Predbračni odnos je skladan, bez većih konflikata među partnerima, i najčešće odnos među partnerima ostaje takav i nakon stupanja u brak (Miller et al., 2003; Huston & Melz, 2004).

Za strastveni tip predbračnih ljubavnih odnosa je karakteristična snažna zaljubljenost i brzo stupanje u seksualne odnose. Predbračna veza je puna strasnih osećanja, veruju da je partner za njih idealan, te nisu spremni da dugo čekaju, već relativno brzo ulaze u brak. Nakon venčanja, u odnosu na prethodno opisane tipove razvoja ljubavnih odnosa, u ovim brakovima su mnogo snažnija osećanja i doživljaj ljubavi. Međutim, to može trajati samo izvesno vreme, jer postojeća snažna osećanja proizilaze iz zaljubljenosti, iz partnerovih projekcija idealnog, a ne iz realnih osobina drugog partnera. Vremenom se neminovno počinju suočavati sa realnim partnerovim osobinama, i tada počinju nesporazumi, koji su vremenom sve veći. Najčešće nakon dve godine zajedničkog života, kada se međusobno suoče sa realnim osobinama partnera, postaju sve kritičniji i sve nezadovoljniji brakom, što vodi u bračnu nestabilnost, koja se najčešće završava razvodom (Huston & Melz, 2004).

I druga longitudinalna istraživanja potvrđuju značaj kvaliteta predbračnih odnosa za kvalitet bračnih odnosa i stabilnost braka (Larson & Holman, 1994; Fowers, Montel & Olson, 1996).

Jedna od značajnih predbračnih odluka koju donose partneri jeste i ta da li će se pre ulaska u zajednički život venčati ili ne. Nalazi različitih istraživanja sugerišu da zajednički život pre venčanja (tzv. kohabitacija) nepovoljno utiče na bračnu stabilnost, odnosno da se oni koji su i pre formalnog braka živeli zajedno znatno češće razvode od onih koji su zajednički život započeli tek venčanjem (npr. Bennett, Blanc & Bloom, 1988; Bumpass & Sweet, 1989; Cohan & Kleinbaum, 2002; Heaton, 2002; Teachman, 2002; Kamp Dush, Cohan & Amato, 2003), iako venčani i nevenčani bračni parovi u slučaju okončanja zajedničkog života imaju ista zakonska prava. Postoje i istraživanja koja ne podržavaju u potpunosti ove nalaze, mada su retka (npr. Schoen & Weinick, 1993; McRae, 1997).

Pretpostavlja se da su uzroci ove povezanosti predbračne kohabitacije sa bračnom nestabilnošću nalaze u karakteristikama ličnosti partnera koji su izabrali da zajedno žive i pre

venčanja. Pre svega, kako pokazuju istraživački nalazi (Kamp Dush et al., 2003), ovi partneri nisu religiozni, nemaju tradicionalna shvatanja braka, pa samim tim nemaju ni negativne stavove prema razvodu, neretko su odrastali u jednoroditeljskim porodicama i u proseku su nižeg socio-ekonomskog statusa.

Nalazi jednog istraživanja sprovedenog u Hrvatskoj (Subota, 2007) ukazuju da je duža veza pre braka povezana sa većom kasnijom bračnom usklađenošću. Međutim, rezultati istraživanja sprovedenog u Srbiji (Šakotić-Kurbalija, 2011a) daju potpuno drugačije nalaze - da je duže vreme zabavljanja pre početka zajedničkog života povezano sa ženinom procenom nižeg stepena afektivno-seksualne usaglašenosti sa partnerom, njenim doživljajem nižeg stepena bračne kohezije (nižim stepenom bliskosti i kvaliteta komunikacije među partnerima), i sa njenim nižim bračnim zadovoljstvom.

Navedeni istraživački nalazi, o značajnoj povezanosti kvaliteta predbračnog funkcionisanja partnera sa kvalitetom i stabilnošću njihovog kasnijeg bračnog odnosa, nedvosmisleno ukazuju na značaj predbračnog savetovanja. Pri tom je posebno značajan savetodavni rad sa onima čiji se predbračni ljubavni odnosi mogu svrstati u oscilirajući i strastveni tip. Sa onima koji imaju oscilirajući tip predbračnih ljubavnih odnosa je potrebno, pre svega, raditi na osveščivanju neminovnosti javljanja bračnih konflikata, te razvoju veština efikasnog rešavanja bračnih konflikata; dok kod onih koji ispoljavaju strastveni tip predbračnog ljubavnog odnosa, pre svega, postoji potreba da se radi na edukaciji vezanoj za emocije.

Bračne faze i karakteristike bračnog odnosa

Završavajući se rečenicom "Venčali su se i bili srećni do kraja života!", bajke nedvosmisleno sugerišu da je brak sa "onom pravom" osobom opšta sreća i blagostanje. Ove bajke impliciraju da su neugodne emocije, nezadovoljstvo i frustracije u braku pokazatelj da partneri ipak nisu pronašli onog "pravog", idealnog partnera, te da treba nastaviti potragu. Posmatrano iz ovog ugla, nije dobro, ni poželjno, ostajanje u braku koji nas ne "ispunjava", ne zadovoljava "u potpunosti", te je razumljivo da nezadovoljni partneri kao rešenje problema sve lakše biraju razvod¹; dok se tradicionalne moralne vrednosti koje propagiraju samoodricanje, ili prosto nemaju u fokusu interesovanja doživljaj ličnog blagostanja

¹ Od 1960. god. u gotovo svim državama Evropske unije kontinuirano opada broj sklopljenih brakova, a raste stopa razvoda (Eurostat, 2010).

pojedince, smatraju pogrešnim, zastarelim, prevaziđenim, posledicom neznanja, odsustvom samopoštovanja...

Bajke najčešće navode i veliku raskošnost venčanja kao nagoveštaj budućeg bračnog blagostanja. U realnosti je, međutim, venčanje, ma koliko romantično i/ili spektakularno bilo, samo čin formalnog početka braka i bračnog odnosa koji je, kao dinamički proces, neminovno ispunjen kako razvojnim, tako i brojnim situacionim krizama i svakodnevnim stresorima. Karakteristike braka i bračnog odnosa², njegov kvalitet i stabilnost se menjaju tokom zajedničkog života supružnika; a bračna razdoblja se (prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006) najčešće dele na:

1. početak braka i razdoblje bez dece,
2. rođenje deteta i rano detinjstvo dece,
3. razdoblje školske dece, i
4. razdoblje odrasle dece.

Partneri i njihov odnos postaju vulnerabilni tokom prelaska iz jednog bračnog razdoblja u drugo, jer njihov dotadašnji način funkcionisanja, u susretu s novim izazovima, mora da se reorganizuje (Cox, Paley, Burchinal & Payne, 1999). Ovi periodi prelaska iz jedne bračne faze u drugu predstavljaju očekivane razvojne bračne krize.

Iz razvojne perspektive, porodični život počinje formiranjem bračnog odnosa, i upravo tokom ovog prvog bračnog razdoblja se uspostavljaju osnove funkcionalnog ili disfunkcionalnog bračnog i porodičnog života (Goldner-Vukov, 1988). Dok porodica funkcioniše kroz dijadni odnos, njeni prvi razvojni zadaci su (Mihčić, 2007a): uspostavljanje granica u odnosu na porodice porekla, uspostavljanje tipa odnosa među supružnicima i uspostavljanje pravila zajedničkog funkcionisanja, imajući u vidu vreme koje partneri provode zajedno i individualno.

U ljubavnim partnerskim odnosima dolazi do prevazilaženja distance između dve osobe, razvija se bliskost, formira se "mi" identitet. Međutim, uporedo i u ravnoteži sa "mi" identitetom, značajno je da postoji i osećanje individualnog identiteta, autonomija, kako bi bio moguć rast i razvoj partnera kao ličnosti (Šakotić-Kurbalija, 2010). U zdravim (nepatološkim) partnerskim odnosima ova dva identiteta su u jednoj dinamičkoj ravnoteži – kreću se oko središnje tačke dimenzije čiji su polovi "ja" i "mi" identitet.

² Pojedini autori ističu da je, usled velikih društveno-ekonomskih promena, kroz koje od šezdesetih godina XX veka prolaze razvijena društva Zapada i Severne Amerike, a koje su uključivale i porast obrazovanja i zaposlenja u populaciji žena, došlo do prelaza "sa braka kao institucije na brak kao odnos" (Reynolds i Mansfield, 1999; prema Tošić i Todorović, 2011, str. 396).

Što je kod partnera više izražen individualni ("ja") identitet, a slabije "mi" identitet, to će brak biti nestabilniji. U bračnim odnosima gde je individualni identitet znatno dominantniji supružnici će se lako razdvojiti u kriznim periodima, kada treba da ulože vreme i trud u održavanje braka, kada budu u situacijama koje zahtevaju kompromise, kada se budu suočavali sa neugodnim emocijama koje su posledica bračnih konflikata, kada budu u situacijama koje nameću bilo kakva njihova odricanja. U ovim brakovima, gde su vrlo slabe barijere vezane za raskid veze, privlačnost unutar veze (koja može biti: psihološka, telesna, materijalna i/ili statusna) mora biti vrlo visoka, inače će prisutnost neke poželjnije alternative van veze lako dovesti do razvoda. Pri tom, poželjnija alternativa van veze može biti emocionalna i/ili seksualna veza sa drugim partnerom, ali isto tako, alternativa aktuelnoj vezi/braku može biti i samački život ili profesionalna karijera za koju su postojeći brak i bračne obaveze doživljeni kao otežavajući faktor.

S druge strane, ukoliko je kod partnera znatno izraženiji "mi", a praktično zanemarljiv "ja" identitet, supružnici će funkcionisti "kao jedno biće" - simbiotski. I dok simbioza u biologiji podrazumeva obostrano korisnu, tesnu i trajnu zajednicu dvaju ili više raznovrsnih organizama; izuzev "primarne simbioze", odnosno, simbiotskog odnosa majke/staratelja i (prirodno) bespomoćnog deteta, u međuljudskim odnosima pojam "simbioza" označava patološko stanje, jer je poništena individualnost oba bića, iako jedno može izgledati dominantnije i sposobnije, a drugo submisivno i nemoćno (Milivojević, 2007). U simbiozi partneri doživljavaju da su *potrebni* jedno drugom; a kada se veza, umesto na želji da se bude zajedno, zasniva na potrebi, tada se partner doživljava kao nešto bez čega se ne može preživeti, i javlja se *zavisnost od partnera*. Ova zavisnost predstavlja kompulzivnu potrebu za održavanjem veze sa partnerom, po svaku cenu, čak i kada je osoba krajnje nezadovoljna postojećim odnosom i svesna da je on štetan po nju (Šakotić-Kurbalija, 2010).

Zavisnost u partnerskim odnosima ima iste karakteristike kao i narkomanija, alkoholizam, nikotinomanija ili bilo koji drugi vid zavisnosti, te i spremnost ovih osoba da traže i prime profesionalnu psihološku pomoć nosi sa sobom iste probleme; a najproblematičnije je to što je motivacija za promenom kod ovih klijenata vrlo nestabilna (Šakotić-Kurbalija, 2010; 2011b)³.

³ O fenomenu zavisnosti u partnerskim odnosima su pisali različiti autori: Adler ga je razmatrao u okviru životnog stila ili životnog plana (Adler, 1989 a, b, c), Hornaj pišući o uobličavanju taktike ili strategije, te o svestranom neurotičnom rešenju (Hornaj, 1987 a, b, c), Bowlby (1988) kada je govorio o unutrašnjim radnim modelima, Bern (1995) o životnom scenariju ili skriptu; a radovi savremenih autora, psihoterapeuta i istraživača (Forvard i Torez, 1989; Halpern, 1994; Milivojević, 2007; 2008; Norvud, 2008; Mićanović-Cvejić, Šakotić-

Bračni partneri, generalno, imaju dva tipa razvojnih zadataka; to su: zadaci unutar granica bračnog odnosa i zadaci van granica bračnog odnosa. Zadaci unutar granica bračnog odnosa podrazumevaju održavanje raznih vidova privrženosti među partnerima, uspostavljanje određenih obrazaca komunikacije i načina za prevazilaženje bračnih konflikata; dok se zadaci van granica bračnog odnosa tiču odnosa sa porodicama porekla, prijateljima, institucijama, i decom, ukoliko ih imaju. U zadatke van granica bračnog odnosa spadaju i formiranje različitih uloga i njihovo balansiranje (Mihić, 2007a).

Nalazi brojnih istraživanja sugerišu da postoje značajne razlike u kvalitetu bračnog odnosa između različitih razvojnih faza braka; kako u drugim (npr. Glenn, 1990; Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993), tako i u našoj sredini (Jestrović, 2014; Šakotić-Kurbalija, 2013). Najveći broj istraživanja u ovoj oblasti je bio usmeren na pitanje efekata rođenja prvog deteta na bračni odnos. Dobijeni rezultati su ukazivali da se percepcija kvaliteta bračnog odnosa i bračno zadovoljstvo kod oba partnera smanjuju nakon dobijanja deteta (Belsky, Spanier & Rovine, 1983; Belsky, Huston & Lang, 1986; Belsky & Rovine, 1990; Glenn, 1990; Crawford & Huston, 1993; Shapiro, Gottman & Carrère, 2000; Obradović i Čudina-Obradović, 2001). Istraživački nalazi upućuju na zaključak da se, nakon dobijanja deteta, zadovoljstvo brakom posebno smanjuje kod žena (Belsky et al., 1983; Belsky, Lang & Rovine, 1985; Belsky & Pensky, 1988), te da majčinstvo znatno više deluje na život žene, nego što očinstvo deluje na život muškarca (Nomaguchi & Milkie, 2003).

Nalazi istraživanja sprovedenog u Srbiji (Šakotić-Kurbalija, 2011a; 2013) potvrđuju da postoje značajne razlike, u doživljaju kvaliteta bračnog odnosa i potencijalu za razvod, između žena koje se nalaze u bračnom razdoblju bez dece i žena koje imaju dete/decu u fazi ranog detinjstva. Utvrđeni su sledeći nalazi:

- Za žene koje žive u bračnom razdoblju bez dece je, u proseku, karakterističnije veće zadovoljstvo brakom i pozitivnija procena kvaliteta bračnog odnosa, ali i veći potencijal za razvod braka; dok je za žene koje žive u braku sa decom u fazi ranog detinjstva, u proseku, nešto karakterističniji bračni odnos kojim su manje zadovoljne i koji percipiraju kao manje kvalitetan, ali one u znatno manjoj meri razmatraju razvod braka.

– Žene koje žive u bračnom razdoblju bez dece su, u proseku, sklonije da traže emocionalnu podršku i razumevanja, te imaju i izraženiju motivaciju da traže profesionalnu psihološku pomoć; dok su žene koje žive u braku s detetom/decom u fazi ranog detinjstva, u proseku, sklonije da negiraju postojanje krize, pa, u skladu s tim, imaju i slabiju motivaciju da traže profesionalnu psihološku pomoć.

– Opšte/globalno zadovoljstvo brakom se kod žena smanjuje nakon dobijanja deteta. Međutim, ni jedan od činilaca kvaliteta bračnog odnosa (merenih Skalom prilagođenosti u bračnom odnosu (Dyadic Adjustment Scale – DAS: Spanier, 1976)) ne opada kontinuirano, pa ni zadovoljstvo brakom.

– Žene koje imaju bebu, u proseku, pokazuju tendenciju da neke aspekte kvaliteta bračnog odnosa procenjuju pozitivnije u odnosu na žene koje nemaju decu, ali imaju pozitivnije procene kvaliteta bračnog odnosa i u odnosu na žene čija deca imaju godinu dana i više. Pri tom, žene koje imaju bebu, u proseku, pozitivnije procenjuju emocionalno-seksualnu usaglašenost sa partnerom, njihov stepen bliskosti i kvalitet komunikacije, kao i njihovo slaganje po pitanjima koja su od značaja za svakodnevno funkcionisanje.

– I među ženama koje žive u bračnom razdoblju bez dece, i među ženama koje imaju decu u fazi ranog detinjstva, postoje velika individualna odstupanja i u opštem zadovoljstvu brakom, i u percepciji različitih aspekata bračnog kvaliteta, i u bračnoj stabilnosti, te samo na osnovu bračnih razdoblja nije moguće vršiti pouzdane predikcije na individualnom nivou.

U Hrvatskoj je, takođe, utvrđeno da su parovi koji su roditelji manje zadovoljni vezom od parova koji nisu roditelji (Mihajlović, 2007). Rođenje deteta i formiranje roditeljskih uloga partnerima nužno donosi dužnosti koje čine kompleksnijim njihovo dotadašnje uobičajeno funkcionisanje, to menja i otežava bračne odnose, te autori koji se bave ovim problemom, pad bračnog zadovoljstva objašnjavaju upravo povećanjem broja životnih uloga (Belsky et al., 1986; Belsky & Rovine, 1990; Crawford & Huston, 1993). Pri tom se žene češće žale na probleme u braku i uočavaju više bračnih problema (Amato & Rodgers, 1997); dok muškarci mnoge bračne probleme ili ne uočavaju, ili ih smatraju nebitnim (Thompson & Walker, 1989). Nalazi da je percepcija opadanja kvaliteta bračnog odnosa znatno veća kod žena, nego kod muškaraca se objašnjavaju činjenicom da je u većini društava žena znatno opterećenija roditeljskom ulogom od muškarca (Weiss, 1998). Pored bračne i profesionalne uloge, žene po pravilu nose i najveći deo odgovornosti u vezi

obavljanja kućnih poslova i staranja o deci, te se pretpostavlja da upravo zbog toga ispoljavaju viši nivo psihološkog stresa, depresije i anksioznosti nego njihovi supružnici (Barnett, 2004).

Na osnovu jednog longitudinalnog istraživanja (Shapiro et al., 2000), zaključeno je da nakon rođenja deteta značajno opada kvalitet bračnog odnosa u percepciji žena, te da usled toga žene ispoljavaju manje nežnosti prema partneru i generalno mu poklanjaju manje pažnje, a to ima za posledicu smanjenje kvaliteta bračnog odnosa u percepciji muškaraca i smanjenje njihovog bračnog zadovoljstva.

Nalazi istraživanja sprovedenih u Srbiji, takođe, ukazuju da su žene u znatno većoj meri od muškaraca uključene u svakodnevne poslove u domaćinstvu i brigu o deci (Mihic i Zotović, 2011; Mihic, Zotović i Petrović, 2006; Petrović, 2007; Petrović, Mihic, Zotović i Kapor- Stanulović, 2009). Povećana radna aktivnost žena, ni u našoj sredini, nije značajno promenila društvenu ulogu žene kao majke (Gudac-Dodić, 2003).

Nakon rođenja deteta dolazi do značajne promene u komunikaciji bračnog para, te suprug nekada doživljava da supruga posvećuje previše vremena bebi. U ovom periodu su posebno frustrirajući propali pokušaji zabave i seksualnih doživljaja kakvi su postojali pre rođenja deteta (Pernar, 2010). Pored ljubomore, kod supruge se može javiti doživljaj odbačenosti i napuštenosti, kao i potreba za vanbračnim ljubavnim vezama; a isto tako se i supruga, opterećena velikim brojem obaveza, može osećati napuštenom. Ukoliko je u mogućnosti, ona tada učestalo traži podršku i pomoć od svoje porodice porekla; i na taj način povećava njihov uticaj na mladi porodični sistem. Navedeni razlozi ovu fazu bračnog ciklusa stavljaju na prvo mesto po stopi razvoda (Goldner-Vukov, 1988).

Značajno je, međutim, istaći i nalaze pojedinih istraživanja koji ukazuju da se u nekim brakovima s rođenjem deteta ne smanjuje percepcija kvaliteta bračnog odnosa (Wright, Hengger & Craig, 1986; Šakotić-Kurbalija, 2011a). Odnosno, nalaze da postoje određeni faktori otpornosti prema smanjenju kvaliteta bračnog odnosa; to su: visok stepen suprugovog bračnog zadovoljstva tokom trudnoće, željenost/planiranje te trudnoće od strane žene, i "neproblematičan" temperament novorođenčeta. Navedeni faktori su se pokazali kao značajni prediktori uspešne postporođajne bračne adaptacije žena (Wright et al., 1986).

U ovoj razvojnoj fazi, svesno ili ne, bračni partneri donose odluke koje se tiču autoriteta i hijerarhijske organizacije porodice. Da da bi ove odluke mogli da donesu na adekvatan način, značajno je da otvoreno komuniciraju (Goldner-Vukov, 1988). Mnogi parovi, međutim, nisu u stanju da konstruktivno iskomuniciraju bez stručne psihološke podrške, jer su "zarobljeni" u svojim roditeljskim ulogama.

U razdoblju školske dece, često dolazi do "prelivanja" tenzije iz odnosa među bračnim partnerima u odnos roditelj-dete. Dete na taj način reguliše stepen bliskosti i distance među roditeljima, na taj način može da "štiti" jednog roditelja od agresije drugog, i da im omogućava da ostanu zajedno (Goldner-Vukov, 1988).

Valliant i Valliant (1993) su 40-ogodišnjim, longitudinalnim istraživanjem utvrdili da do najvećeg pada u bračnom zadovoljstvu dolazi u periodu kada su "deca" adolescentnog uzrasta. Kada njihovi potomci uđu u adolescentni uzrast, bračni par je najčešće u "škripcu" srednje generacije (Brody, 1985, 1990; prema Pernar, 2010) – oni su "generacija u sendviču" između potreba njihovih adolescentnih potomaka i potreba njihovih sada već starih roditelja (Pernar, 2010). Ukoliko u bračnom odnosu postoje nagomilani konflikti i povišena tenzija, osamostaljivanje adolescenta će biti praćeno strahom da će njegovo odrastanje i odvajanje da dovede do raspada porodice (Goldner-Vukov, 1988).

Narednu razvojnu krizu predstavlja faza kada potomci napuštaju roditeljski dom, što može dovesti do, najčešće prolaznih, neugodnih osećanja – tuge, usamljenosti, praznine; posebno kod žena, te se zove "sindromom praznog gnezda". Međutim, poseban problem za socijalne aktivnosti bračnog para i njihovo bračno zadovoljstvo predstavlja situacija kada se vrate potomci koji su već bili napustili roditeljski dom (Pernar, 2010).

I na kraju, u fazi kada su bračni partneri penzionisani, neminovno provode više vremena zajedno, u odnosu na prethodne bračne periode; neminovno se suočavaju i sa smrtnošću, a najčešće krizne trenutke doživljavaju u susretu s bolešću (Goldner-Vukov, 1988). Jedna od karakteristika braka starije životne dobi jeste i suočavanje sa smrću bračnog partnera, te život bez njega – u udovištvu (Pernar, 2010).

Uzimajući u obzir celokupni razvojni bračni kontinuum, pojedini istraživači (Ross, Mirowsky & Goldsteen, 1990) su utvrdili da bračni partneri najveći stepen kvaliteta bračnog odnosa doživljavaju u prvom bračnom razdoblju, dok su još uvek bez dece; zatim se percipirani kvalitet bračnog odnosa, u drugom i trećem bračnom razdoblju (nakon dobijanja deteta, tokom ranog detinjstva dece i njihovog školovanja) smanjuje, da bi, kada deca odrastu, u četvrtom bračnom razdoblju, opet došlo do porasta u percepciji kvaliteta bračnog odnosa. Neki autori su ustanovili da dolazi do naglog pada u bračnom zadovoljstvu tokom prvih 10 godina braka, i do laganog povećanja bračnog zadovoljstva nakon 25 godina braka (Glenn, 1990). Pri tom je zaključeno da dobijanje dece negativno utiče na bračno zadovoljstvo, zato što ono dovodi do značajnih promena u bračnim ulogama i smanjuje

interakciju među bračnim partnerima; dok odlazak potomaka od kuće ima pozitivne efekte na bračno zadovoljstvo (Glenn, 1990).

U našoj sredini, nije utvrđeno ovo poboljšanje kao razvojni trend. Rezultati dobijeni istraživanjem sugerišu zaključak da parovi u Srbiji vrlo brzo usvoje obrasce ponašanja u kojima izostaje pozitivna razmena, a kasnije, u fazi u kojoj je osnovni zadatak upravo ponovno usmeravanje na bračni odnos i rad na njemu, partneri nemaju dovoljno kapaciteta da uspostave pozitivnu razmenu, te ostaju u braku "prazne školjke" (Jestrović, 2014).

U različitim istraživanjima, i sam bračni staž se, uz držanje pod kontrolom prisustva dece u porodici i bračnih razdoblja, pokazao kao značajan prediktor kvaliteta bračnog odnosa (White & Booth, 1985; Glenn, 1989, 1998; McLanahan & Adams, 1989; Orbuch, Hause, Mero & Webster, 1996). Utvrđeno je da se kvalitet bračnog odnosa menja u funkciji vremena, nezavisno od toga da li bračni par ima decu ili ne: u početku partneri percipiraju visok kvalitet bračnog odnosa, a zatim, u nekoj najnižoj tački, doživljaj kvaliteta bračnog odnosa izvesno vreme stagnira, a onda polako počinje da raste.

U nekim longitudinalnim istraživanjima nisu potvrđeni nalazi o postojanju odnosa u obliku slova „U“ između dužine braka i kvaliteta bračnog odnosa (Glenn, 1998; Kurdek, 1999). Rezultati tih istraživanja su pokazivali da nema poboljšanja u doživljaju kvaliteta bračnog odnosa, već da postoji samo doživljaj pada kvaliteta – on počinje već nakon nekoliko godina braka, posebno je značajan nakon 10 godina, zatim se pad u doživljaju kvaliteta bračnog odnosa usporava, ali se nikada više ne povećava.

U istraživanju sprovedenom u Srbiji (Mihić, 2007b) je utvrđena negativna korelacija između procene kvaliteta braka i broja godina provedenih u braku. Zaključeno je da kod žena postoji tendencija da što su duže u braku, to kvalitet bračnih odnosa procenjuju kao lošiji; dok se kod muških ispitanika nije pokazala značajnom korelacija broja godina u braku i procenjenog kvaliteta bračnih odnosa.

Ranije navedena klasifikacija bračnih razdoblja (Čudina-Obradović i Obradović, 2006) se zasniva na reproduktivnoj funkciji braka, koju različiti autori navode kao osnovnu (npr. Sternberg & Hojjat, 1997). Međutim, iako su bračni partneri najčešće i roditelji,

reprodukcija nije jedina funkcija braka; bračni odnos ne podrazumeva roditeljstvo, niti roditeljstvo podrazumeva postojanje bračnog odnosa⁴.

Bračne i roditeljske uloge su na više načina povezane, te velike nesuglasice u vezi roditeljstva mogu predstavljati uzroke problemima u bračnim odnosima (kao što se i problemi iz bračne relacije mogu prenositi na roditeljski odnos). O promenama do kojih dolazi kada parovi u braku dobiju dete je već bilo govora, a na ovom mestu će biti istaknuti ostali potencijalni problemi vezani za odnos bračnih i roditeljskih uloga.

Na stabilnost bračnog odnosa vrlo nepovoljno utiče to kada supružnici imaju značajno različite potrebe po pitanju ličnog ostvarenja u roditeljskoj ulozi. Te razlike se mogu ogledati u različitom vrednovanju značaja roditeljstva, ali i u različitim uverenjima o tome šta podrazumeva roditeljstvo. Problem neminovno nastaje kada jedan od partnera ne vidi smisao braka ukoliko u njemu nema dece, a drugi partner ne želi decu, jer veruje da ona nužno smanjuju kvalitet bračnog odnosa, kojim su oboje zadovoljni. Na stabilnost bračnog odnosa može loše uticati i to kada oboje supružnika želi decu, ali imaju problem sa sterilitetom. Problemi mogu nastati i ukoliko oba bračna partnera žele potomke, i bez njih ne vide svrhu braka, a pri tom jedno od njih pod roditeljstvom podrazumeva isključivo biološko roditeljstvo; dok je drugom partneru sasvim prihvatljiva opcija usvajanja deteta. U svim navedenim slučajevima, supružnicima bi bila korisna profesionalna psihološka pomoć, kako bi preispitali sopstvene stavove, odnosno, kako bi osvestili autentične potrebe i emocije koje stoje u osnovi njihovih međusobno konfliktnih uverenja.

Takođe, kod bračnih parova koji su istovremeno i roditelji, za bračnu stabilnost je veoma značajno i to kada je došlo do začeća, i da li je dete rođeno u braku ili pre sklapanja braka. Istraživanja nedvosmisleno pokazuju da su najnestabilniji brakovi u kojima je dete rođeno pre sklapanja braka, a zatim brakovi gde je trudnoća postojala pre sklapanja braka; dok su najstabilniji brakovi u kojima je dete začeto tek nakon ulaska u brak (Kurdek, 1991, 1993; Morgan & Rindfuss, 1985). Pretpostavlja se da je bračna nestabilnost direktno povezana s tim što su partneri bili u situaciji da, zbog trudnoće ili rođenja deteta pre braka, ubrzaju ulazak u brak pod pritiskom i/ili su bili prinuđeni da znatno menjaju svoje životne planove.

⁴ Pored toga što u državama Evropske unije od 1960. godine kontinuirano opada broj sklopljenih brakova, a istovremeno raste stopa razvoda; raste i broj vanbračno rođene dece, te se u prethodnih 20 godina njihov broj udvostručio i iznosi preko trećine broja živorođene dece u ovim državama (Eurostat, 2010).

Rezultati nekih istraživanja su pokazali i da je kvalitet bračnog odnosa u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa starošću partnera pri ulasku u brak (National Marriage Project, 2003; prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Starost partnera nije značajna samo zbog sticanja većeg životnog iskustva, i veće intelektualne i emocionalne zrelosti, već je reč i o tome da među pojedincima koji kasnije stupaju u brak ima najviše onih koji su se više obrazovali, te imaju i bolji socio-ekonomski status. U skladu s ovim su i rezultati jednog ranijeg istraživanja gde je utvrđeno da je starost bračnih partnera ispod 20 godina, pri ulasku u brak, značajno povezana s percepcijom niskog kvaliteta bračnih odnosa, odnosno sa visokim stepenom bračnog nezadovoljstva (Tucker & O'Grady, 1991). Rezultati dobijeni istraživanjem sprovedenim u Srbiji podržavaju nalaze da je rani ulazak žena u brak značajno povezan s njihovim kasnijim bračnim nezadovoljstvom (Šakotić-Kurbalija, 2011a), što implicira potrebu za preventivnim savetodavnim radom s ovom populacijom.

Brojna istraživanja potvrđuju da je i za bračnu stabilnost značajna starost partnera pri stupanju u brak. Utvrđeno je da se češće razvode parovi koji su bili vrlo mladi i oni koji su bili mlađi pri stupanju u brak (Amato & Previti, 2003; Bumpass, Martin & Sweet, 1991; Karney & Bradbury, 1995; Wu & Penning, 1997; Ono, 1998; Rao & Sekhar, 2002; Heaton, 2002). Na ovo ukazuju i podaci međunarodnih statističkih zavoda (prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Nalazi istraživanja ukazuju i na značaj nivoa (formalnog) obrazovanja bračnih partnera za bračnu stabilnost – fakultetski obrazovani partneri pokazuju tendenciju ka stabilnijim bračnim odnosima u odnosu na one koji imaju srednju ili nižu stručnu spremu (Karney & Bradbury, 1995).

Dok rezultati nekih istraživanja sprovedenih u Srbiji (Tošić, 2011) i Hrvatskoj (Vrhovski, 2004) sugerišu da nema razlike u doživljaju kvaliteta braka zavisno od obrazovanja bračnih partnera, te da ni velike razlike među partnerima, u stepenu obrazovanja, ne dovode do značajnih razlika u doživljaju kvaliteta braka (Tošić, 2011); nalazi drugih istraživanja, sprovedenih u Srbiji, ukazuju da je za ženinu procenu kvaliteta bračnog odnosa i doživljaj efikasnosti u rešavanju bračnih konflikata značajan stepen obrazovanja njenog partnera – što je viši stepen obrazovanja muškarca, to supruga njihov bračni odnos procenjuje kvalitetnijim (Šakotić-Kurbalija, Stojaković i Kurbalija, 2013), a ujedno ima i doživljaj veće sopstvene efikasnosti pri rešavanju bračnih konflikata (Kozomara, Šakotić-Kurbalija i Kurbalija, 2013).

Od brojnih, posrednih i neposrednih, sredinskih uticaja na bračnu nestabilnost, najznačajniji su (prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006): struktura porodica porekla bračnih partnera, kvalitet odnosa među partnerovim roditeljima, aktuelni, neposredni uticaji partnerovih roditelja na brak, efekti rada van kuće i efekti ekonomske nesigurnosti.

Postoji opšta saglasnost među teoretičarima, psihoterapeutima i istraživačima bračnih odnosa da su odnosi među roditeljima značajni kao modeli za ponašanje potomaka u njihovim brakovima. U tom smislu, loši bračni odnosi roditelja, česti konflikti i zlostavljanje nepovoljno utiču na bračne odnose njihovih potomaka (Kunz, 2000; Wolfinger, 1999, 2000), a transgeneracijski prenos neskladnih bračnih odnosa doprinosi bračnoj nestabilnosti i češćim razvodima (Conger, Cui, Bryant & Elder, 2000; Story, Karney, Lawrence & Bradbury, 2004). Zaključeno je da razvod roditelja utiče na formiranje stavova o braku kod njihovih potomaka; pri čemu na stavove prema razvodu kćeri podjednako utiču oba roditelja, a za stavove kod sinova su značajniji stavovi njihovih očeva (Kapinus, 2004).

Transgeneracijski prenos se objašnjava specifičnostima u socijalizaciji dece koja su živela samo s jednim roditeljem - oni imaju više problema u socijalnom i emocionalnom razvoju; a pošto nisu imali model kvalitetnog bračnog odnosa, ne umeju na konstruktivan način da prevazilaze bračne konflikti (Amato, 2001; Amato & DeBoer, 2001). Međutim, pored navedenog značaja koji su imali bračni odnosi roditelja u porodicama porekla; najčešće postoje i aktuelni, neposredni uticaji partnerovih roditelja na bračne odnose potomaka.

Istraživanja su najčešće bila usmerena na uticaj odnosa svekrve i snahe na kvalitet bračnih odnosa i bračnu stabilnost. Rezultati pokazuju da loši odnosi između svekrve i snahe narušavaju bračno zadovoljstvo i kvalitet snahinog bračnog odnosa, a u vezi s tim doprinose i bračnoj nestabilnosti (Bryant, Conger & Meehan, 2001; Serovich & Price, 1994). Međutim, utvrđeno je i da nezavisno od toga ko izaziva sukobe, loši odnosi između jednog od bračnih partnera i roditelja drugog partnera, značajno doprinose smanjenju kvaliteta bračnog odnosa, a ujedno doprinose i povećanju bračne nestabilnosti (Bryant & Conger, 1999; Bryant et al., 2001).

Različita istraživanja su preduzeta s ciljem da se utvrdi kako, posebno kada su u pitanju žene, rad van kuće i stres na radnom mestu utiču na bračne odnose. Nalazi sugerišu da bračnu stabilnost, posebno u prvim godinama braka, najviše ugrožavaju dugotrajno radno vreme, prekovremeni rad i rad po smenama (Presser, 2000).

Nalazi većeg broja studija, takođe, ukazuju na značajan uticaj finansijske nestabilnosti, odnosno ekonomskog stresa, na kvalitet bračnog odnosa, smanjenje bračnog zadovoljstva, bračnu nestabilnost i razvod; kako u inostranstvu (npr. Burstein, 2007; Kalmijn,

Loeve & Manting, 2007; Lewin, 2005; White & Rogers, 2000), tako i u našoj sredini (Tošić, 2011; Šakotić-Kurbalija i Kurbalija, 2011; Šakotić-Kurbalija, Mihić i Kurbalija, 2012).

Na osnovu rezultata istraživanja, sprovedenih u Srbiji (Šakotić-Kurbalija, 2011a; Šakotić-Kurbalija i Kurbalija, 2012), o povezanosti različitih dimenzija kvaliteta bračnog odnosa i stabilnosti braka, mogu se izvući sledeći zaključci:

- Opšte bračno zadovoljstvo žena ne zavisi od percepcije konkretnih karakteristika njihovog bračnog odnosa - žena može negativno percipirati pojedine aspekte svog braka, a imati pozitivan opšti stav, i obrnuto.
- Postoji značajna povezanost između ženine percepcije kvaliteta bračnog odnosa i bračne stabilnosti.
- Zadovoljstvo bračnim odnosom kod žena, izraženo preko: opšteg zadovoljstva brakom, poverenja u partnera, učestalosti bračnih konflikta, doživljaja međusobne netrpeljivosti i ličnog odnosa prema budućnosti braka, je značajno povezano sa stabilnošću braka.
- Ženina percepcija njene i partnerove usaglašenosti u ispoljavanju emocija i seksualnim odnosima je značajno povezana sa stabilnošću braka.
- Ženina percepcija stepena bračnog slaganja po pitanjima koja su od značaja za svakodnevni zajednički život (vođenje finansija, odnos prema religiji, ispoljavanje osećanja, odnos prema roditeljima i rođacima, životna filozofija i sl.) nije direktno povezana sa bračnom stabilnošću.
- Ženina percepcija bračne kohezije (međusobne povezanosti i kvaliteta bračne komunikacije) nije statistički značajan prediktor bračne stabilnosti.
- Iako su statistički značajni prediktori, i opšte bračno zadovoljstvo i kvalitet bračnog odnosa u relativno maloj meri doprinose nameri žena da se razvedu (imaju samo 35% zajedničke varijanse). Dakle, na spremnost žena da se razvedu znatno više deluju neki drugi faktori.

Brojni su uzroci koji dovode do razvoda brakova u Srbiji, a kao najčešći se navode neverstvo bračnog partnera, alkoholizam i neretko s njim povezana agresivnost i nasilje, ali i nerazumevanja i sukobi sa roditeljima supružnika (Gudac-Dodić, 2008).

Nalazi istraživanja pokazuju da je za žene koje su globalno nezadovoljne svojim bračnim odnosom karakterističnije pasivno-depresivno reagovanje pri suočavanju sa stresom,

dok je ženama koje su globalno zadovoljne svojim bračnim odnosom svojstvenije planiranje kako prevazići postojeći životni problem, uz oslanjanje na emocionalnu podršku drugih ljudi (Šakotić-Kurbalija, Miljanović i Kurbalija, 2014).

U celini posmatrane, psihološke karakteristike braka (različiti aspekti kvaliteta bračnog odnosa i bračna nestabilnost) statistički značajno doprinose nameri žena da traže profesionalnu psihološku pomoć. Pri tom, nameri da se potraži profesionalna psihološka pomoć, pojedinačno, najviše doprinosi ženino razmatranje razvoda (visok potencijal za razvod), potom ženin doživljaj veće kohezivnosti u bračnom odnosu (doživljaj postojanja međusobne povezanosti i kvalitetne komunikacije sa partnerom), a značajan neposredni doprinos nameri žene da traži profesionalnu psihološku pomoć daje i njen doživljaj da su bračni problemi uzrokovani njenom i suprugovom neusaglašenošću vezanom za seksualne odnose i/ili njihovom neusaglašenošću po pitanju ispoljavanja emocija (Šakotić-Kurbalija, 2011a; Šakotić-Kurbalija, Kurbalija i Oros, 2013).

Izraženiju nameru da potraže profesionalnu psihološku pomoć pokazuju žene sa višim stepenom obrazovanja, manje brojnim domaćinstvima, većim mesečnim prihodima u domaćinstvu, spoljašnjim bračnim lokusom kontrole i kraćim bračnim stažom (Ruskovski, Šakotić-Kurbalija i Kurbalija, 2014); kao i žene koje imaju lošiju sliku o sebi (Vukašinović, Šakotić-Kurbalija i Kurbalija, 2014)

Stresni životni događaji su se, takođe, pokazali statistički značajnim, ali slabim prediktorima namere da se traži profesionalna psihološka pomoć. Pri tom su sa namerom da se traži profesionalna psihološka pomoć pozitivno povezani: pohađanje neke duže edukacije, konflikti (u braku, porodici, na poslu...), značajne promene u uslovima stanovanja, različiti oblici finansijskih opterećenja (dugoročni kredit, životni troškovi koji su veći od prihoda...) i trudnoća (planirana ili neplanirana)); dok su dobijanje deteta i znatne promene mesečnih prihoda negativno povezani sa namerom da se traži profesionalna psihološka pomoć (Šakotić-Kurbalija, Oros i Kurbalija, 2012).

Utvrđeno je i da je za žene koje imaju nameru da traže profesionalnu psihološku pomoć, pri suočavanju sa stresom, karakterističnija usmerenost na resurse drugih ljudi, umesto oslanjanja na vlastite sposobnosti (nisu sklone da samostalno rešavaju svoje životne probleme, već su pre svega usmerene na traženje saveta, utehe, razumevanja i pomoći drugih ljudi); a za njih je, takođe, karakteristična samokritičnost, kao i postojanje pozitivnih iskustava u traženju pomoći od drugih ljudi i oslanjanju na njihove resurse (Šakotić-Kurbalija, Kurbalija i Oros 2012).

I na kraju, ako se prihvati činjenica da ni jedan bračni odnos (pa ni onaj najfunkcionalniji) nije i ne može biti bez bračnih konflikata i bez neugodnih osećanja, ostaje pitanje kada je i koliko neugodnih osećanja i frustracije korisno istolerisati, da bi prevladavanje krize rezultiralo individualnim i bračnim razvojem, a kada i koliko neugodnih osećanja i frustracije označava ličnu i/ili bračnu psihopatologiju koja se ne može i neće prevladati ma koliko se "trudili"?! I u kom trenutku "treba" potražiti profesionalnu psihološku pomoć?!

Ma koliko istraživanja sprovedi, na prvo pitanje nikada neće moći da se da precizan odgovor koji će važiti za sve ljude. Mogu se dati samo neke generalne preporuke i potencijalnim klijentima i psihoterapeutima (Šakotić-Kurbalija, 2010), a lični odgovor na ovo pitanje je najbolje temeljno istražiti uz profesionalnu psihološku pomoć! Kada je pravo vreme za to? – Čim se prepozna da je poremećena bračna ravnoteža.

Ljudi po pravilu traže profesionalnu psihološku pomoć s namerom da nauče kako da promene partnera i/ili neke spoljašnje okolnosti. Međutim, do promene u njihovom bračnom/porodičnom funkcionisanju će doći tek kada, uz stručnu pomoć, shvate da samo ličnom promenom mogu postići pozitivan ishod (nekada je to kvalitetniji bračni odnos, a nekada je to razvod braka). U svakom slučaju, do promene će doći tek kada kod nezadovoljne osobe postoji spremnost da se ona lično menja, umesto da želi, očekuje i traži promenu partnera ili životnih okolnosti!

Sve napred navedeno upućuje na značaj preventivnog rada kako sa onima koji još nisu stupili u brak, tako i sa bračnim parovima u svim fazama bračnog odnosa; a rad bi prvenstveno trebalo usmeriti na razvoj veština konstruktivnog prevladavanja bračnih konflikata, odnosno na razvoj komunikacijske kompetencije.

Imajući u vidu negativan razvojni trend u brakovima u Srbiji (Jestrović, 2014; Šakotić-Kurbalija, 2013), kao i dosadašnje nalaze o tome da kvalitet bračnog odnosa, bračno nezadovoljstvo i bračna nestabilnost imaju statistički značajan, ali vrlo slab uticaj na nameru žena da potraže profesionalnu psihološku pomoć (Šakotić-Kurbalija, 2011a, 2012); te nalaze da značajniju ulogu u nameri žena da traže profesionalnu psihološku pomoć imaju njihovi stavovi prema traženju profesionalne psihološke pomoći, odnosno njihove predrasude po ovom pitanju (Šakotić-Kurbalija, 2012); možemo zaključiti da je od velikog značaja promovisanje rada institucija i stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, pošto su rana i adekvatna profesionalna psihološka pomoć osnovni protektivni faktori mentalnog zdravlja.

Literatura:

- Adler, A. (1989a). *Individualna psihologija*. Novi Sad: Matica srpska.
- Adler, A. (1989b). *Poznavanje čoveka*. Novi Sad: Matica srpska.
- Adler, A. (1989c) *Smisao života*. Novi Sad: Matica srpska.
- Amato, P. R. & Rogers, S. J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and Family*, 59 (3), 612-624.
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355-370.
- Amato, P. R., & DeBoer, D. D. (2001). The transmission of marital instability across generations: Relationship skills or commitment to marriage? *Journal of Marriage and Family*, 63, 1038–1051
- Amato, P.R. & Previti, D. (2003). People's reasons for divorcing: Gender, social class, the life course, and adjustment. *Journal of Family Issues*, 24(5), 602-626.
- Barnett, R. C. (2004). Women and Multiple Roles: Myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3), 158-164.
- Belsky, J. & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, 12, 133-156.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of Marital Change across the Transition to Parenthood: Pregnancy to Three Years Postpartum. *Journal of Marriage and Family*. 52(1), 5-19.
- Belsky, J., Huston, T. L. & Lang, M. (1986). Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 50, 517-522.
- Belsky, J., Lang, M. E. & Rovine, M. (1985). Stability and Change in Marriage Across the Transition to Parenthood: A Second Study. *Journal of Marriage and Family*, 47, 855-865.
- Belsky, J., Spanier, G. B. & Rovine, M. (1983). Stability and Change in Marriage Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 45, 567-578.
- Bennett, N.G.; Blanc, A.K. & Bloom, D.E. (1988). Commitment and the modern union: Assessing the link between premarital cohabitation and subsequent marital stability. *American Sociological Review*, 53(1), 127-138.
- Bern, E. (1995). *Šta kažeš posle zdravo: psihologija ljudske sudbine*. Beograd: Nolit.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bryant C. M., Conger R. D. & Meehan J. M. (2001). The influence of in-laws on change in marital success. *Journal of Marriage and Family*, 63, 614-626.
- Bryant, C. M. & Conger, R. D. (1999). Marital success and domains of social support in long-term relationships: Does the influence of network members ever end? *Journal of Marriage and the Family*, 61, 437–450.
- Bumpass, L. L.; Martin, T. C. & Sweet, J. A. (1991). The impact of family background and early marital factors on marital disruption. *Journal of Family Issues*, 12(1), 22-42.
- Bumpass, L.L. & Sweet, J.A. (1998). National Estimates of Cohabitation. *Demography*, 26(4), 615-625.
- Burstein, N. R. (2007). Economic influences on marriage and divorce. *Journal of Policy Analysis and Management*, 26, 387 – 429.
- Cohan, C.L. & Kleinbaum, S. (2002). Toward a greater understanding of the cohabitation effect: Premarital cohabitation and marital communication. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 180-192.

- Conger, R. D., Cui, M., Bryant, C. M., & Elder, G. H., Jr. (2000). Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 224–237.
- Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M. & Payne, C. C. (1999). Marital Perceptions and Interactions Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 61, 611-625.
- Crawford, D. W. & Huston, T. L. (1993). The impact of the transition to parenthood on marital leisure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(1), 39-46.
- Čudina-Obradović, M. & Obradović, J. (2006). Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing- Tehnička knjiga.
- Ekermen, N.V. (1966). *Psihodinamika porodičnog života: dijagnoza i lečenje porodičnih odnosa*. Titograd: "Grafički zavod".
- Eurostat (2010). Europe in figures - Eurostat yearbook 2010. Retrieved from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF
- Forvard, S. i Torez, Dž. (1989). *Muškarci koji mrze žene i žene koje ih vole*, Beograd: Beletra.
- Fowers, B.J.; Montel, K.H. & Olson, D.H. (1996). Predicting marital success for premarital couple types based on PREPARE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 103-119.
- Glenn, N. D. (1998). The course of marital success and failure in five American 10-year marriage cohorts. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 569-576.
- Glenn, N.D. (1989). Duration of marriage, family composition and marital happiness. *Natl. J. Soc.* 3, 3-24.
- Glenn, N.D. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 818-831.
- Goldner-Vukov, M. (1988). *Porodica u krizi*. Beograd: Medicinska knjiga.
- Gudac-Dodić, V. (2008). Razvod u Srbiji. *Tokovi istorije*, 1-2, 137-147.
- Gudac-Dodić, V. Ž. (2003). Brak i porodični odnosi u Srbiji u drugoj polovini 20. veka. *Tokovi istorije*, 3-4, 39-52.
- Halpern, H. (1994). *Kako da prekinete zavisnost od druge osobe*. Beograd: Bukur Book.
- Heaton, T.B. (2002). Factors contributing to increasing marital stability in the United States. *Journal of Family Issues*, 23, 392-409.
- Hornaj, K. (1987a). *Naši unutrašnji konflikti*. Titograd: Pobjeda.
- Hornaj, K. (1987b). *Neurotična ličnost našeg doba*. Titograd: Pobjeda.
- Hornaj, K. (1987c). *Neuroza i razvoj ličnosti*. Titograd: Pobjeda.
- Huston, T.L. & Melz, H. (2004). The case for (promoting) marriage: The devil is in the details. *Journal of Marriage and Family*, 66(4), 943-958.
- Jestrović, J. (2014). *Emocionalna klima u braku – razvojna perspektiva* (Nepublikovani master rad). Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Kalmijn, M., Loeve, A., & Manting, D. (2007). Income dynamics in couples and the dissolution of marriage and cohabitation. *Demography*, 44, 159 – 179.
- Kamp Dush, C. M. K.; Cohan, C. L. & Amato, P. R. (2003). The Relationship Between Cohabitation and Marital Quality and Stability: Change Across Cohorts? *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 539-549.
- Kapinus, C.A. (2004). The Effect of Parents' Attitudes Toward Divorce on Offspring's Attitudes: Gender and Parental Divorce as Mediating Factors. *Journal of Family Issues*, 25(1), 112-135.

- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). Assessing longitudinal change in marriage: An introduction to the analysis of growth curves. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1091-1108.
- Kozomara A., Šakotić-Kurbalija, J., Kurbalija D. (2013). Povezanost sociodemografskih varijabli sa doživljajem efikasnosti u rešavanju bračnih konflikata. Saopštenje na međunarodnom naučno-stručnom skupu: "Savremeni trendovi u psihologiji". Novi Sad: 11.–13.10.2013. Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju, Novi Sad. Knjiga sažetaka na CD-u, 180-181.
- Kunz, J. (2000). The Intergenerational Transmission of Divorce: A Nine Generation Study. *Journal of Divorce & Remarriage*, 34, 169-175.
- Kurdek, L.A. (1991). Marital stability and changes in marital quality in newly wed couples: A test of the contextual model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), 27-48.
- Kurdek, L.A. (1993). Predicting marital dissolution: A 5-year prospective longitudinal study of newlywed couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 221-242.
- Kurdek, L.A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35(5), 1283-1296.
- Larson, J.H. & Holman, T.B. (1994). Premarital predictors of marital quality and stability. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 43(2), 228-237.
- Levenson, R.W., Carstensen, L.L. & Gottman, J.M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301-313.
- Lewin, A. C. (2005). The effect of economic stability on family stability among welfare recipients. *Evaluation Review*, 29, 223 – 240.
- McLanahan, S. & Adams, J. (1989). The effects of children on adults' psychological well-being: 1957–1976. *Social Forces*, 68(1), 124-146.
- McRae, S. (1997). Cohabitation: A trial run for marriage? *Sexual and Relationship Therapy*, 12(3), 259 – 273.
- Mićanović-Cvejić, Ž., Šakotić-Kurbalija, J. i Kurbalija, D. (2009). Ambivalentna afektivna vezanost u bračnim odnosima. *Psihijatrija danas*, 41 (1-2): 43-53.
- Mihajlović, I. (2007). *Povezanost roditeljstva sa zadovoljstvom partnera i stabilnošću veze*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu. Filozofski fakultet.
- Mihić, I. (2007a). *Roditeljstvo u porodicama sa adolescentom: faktori kvaliteta*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Mihić, I. (2007b). Karakteristike i funkcionalnost bračnih odnosa u porodicama na teritoriji Vojvodine. U: M. Zotović (ur). *Porodice u Vojvodini: karakteristike i funkcionalnost*. Novi Sad: Filozofski fakultet, 80-98.
- Mihić, I. i Zotović, M. (ured.) (2011). *Porodične i profesionalne uloge: značaj zaposlenja za porodično funkcionisanje*. Novi Sad: Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju.
- Mihić, I., Zotović, M. i Petrović, J. (2006). Sociodemografske karakteristike porodice, podela posla u kući i vaspitni stilovi roditelja u porodicama na teritoriji Vojvodine. *Pedagoška stvarnost*, 1-2, 118-134.
- Milivojević, Z. (2007). *Formule ljubavi: Kako ne upropastiti sopstveni život tražeći pravu ljubav*. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Milivojević, Z. (2008). *Emocije*. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Miller, P.J.E., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (2003). Trait Expressiveness and Marital Satisfaction: The Role of Idealization Processes. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 978-995.

- Morgan, S. P. & Rindfuss, R.R. (1985). Marital disruption: Structural and temporal dimensions. *American Journal of Sociology*, 90(5), 1055-1077.
- Nomaguchi, K. M. & Milkie, M. A. (2003). Costs and Rewards of Children: The Effects of Becoming a Parent on Adults. *Journal of Marriage & Family*, 65, 356-374.
- Norvud, R. (2008). *Žene koje suviše vole*. Beograd: Evro-Giunti.
- Obradović, J. & Čudina-Obradović, M. (2001). Broj djece u obitelji i spol bračnog partnera kao prediktori bračne kvalitete. *Društvena istraživanja*, 10 (4-5), 709-730.
- Ono, H. (1998). Husbands' and wives' resources and marital dissolution. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 674 – 689.
- Orbuch, T.L.; House, J.S.; Mero, R.P. & Webster, P.S. (1996). Marital quality over the life course. *Social Psychology Quarterly*, 59(2), 162-171.
- Pernar, M. (2010). Psihološke odrednice braka. *Medicina fluminensis*, 46(3), 248-254.
- Petrović, J. (2007). Odnosi u porodicama u Vojvodini: podela uloga, vaspitno ponašanje roditelja i porodična klima. U: Zotović, M. (ured.) (2007). *Porodice u Vojvodini: karakteristike i funkcionalnost*. Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Petrović, J., Mihić, I., Zotović, M. & Kapor-Stanulović, N. (2009). Porodične uloge oca i majke u porodicama u procesu tranzicije. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke*, 128, 31-45.
- Presser, H.B. (2000). Nonstandard work schedules and marital instability. *Journal of Marriage & the Family*, Vol 62(1), 93-110.
- Rao, A.B.S.V.R. & Sekhar, K.(2002). Divorce: Process and Correlates A Cross-Cultural Study. *Journal of Comparative Family Studies*, 33(4), 541-564.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. & Goldsteen, K. (1990). The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, 52(4), 1059-1078.
- Ruskovski, V., Šakotić-Kurbalija J., Kurbalija D. (2014). Povezanost sociodemografskih varijabli i bračnog lokusa kontrole sa traženjem profesionalne psihološke pomoći. *Četvrti kongres psihoterapeuta Srbije: Razvoj i psihoterapija*. Beograd: 30.10 –02. 11. 2014. Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u, 57.
- Schoen, R.; & Weinick, R.M. (1993). Partner choice in marriages and cohabitations. *Journal of Marriage & the Family*, 55(2), 408-414.
- Serovich, J. M. & Price, S. J. (1994). In-Law Relationships: A Role Theory Perspective. *International Journal of Sociology of the Family*, 24(1), 127-146.
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M. & Carrère, S. (2000). The Baby and the Marriage: Identifying Factors That Buffer Against Decline in Marital Satisfaction After the First Baby Arrives. *Journal of Family Psychology*, 14, 59-70.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sternberg, R.J. & Hojjat, M. (1997). *Satisfaction in close relationships*. New York: The Guilford Press.
- Story, L.B.; Karney, B.R.; Lawrence, E. & Bradbury, T.N. (2004). Interpersonal Mediators in the Intergenerational Transmission of Marital Dysfunction. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 519-529.
- Subota, T. (2007). *Ličnost, sociodemografske karakteristike i kvaliteta braka*. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Šakotić, J. (1996). *Povezanost kompleksa inferiornosti i pasivne zavisnosti u partnerskim odnosima*. Diplomski rad. Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu.
- Šakotić-Kurbalija J., Kurbalija D., Oros M. (2012). Strategije suočavanja sa stresom onih koji imaju nameru da traže profesionalnu psihološku pomoć, *Drugi kongres psihoterapeuta Srbije: Odnosi u psihoterapiji*. Beograd: 25.–28.10. 2012. Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u, 103.

- Šakotić-Kurbalija J., Kurbalija D., Oros M. (2013). Kvalitet braka i potencijal za razvod kao prediktori traženja profesionalne psihološke pomoći. *Treći kongres psihoterapeuta Srbije: Pripadnost i različitost integracije u psihoterapiji*. Beograd: 17. – 20. 10. 2013. Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u, 104.
- Šakotić-Kurbalija J., Mihić I., Kurbalija D. (2012). Povezanost ekonomskog statusa sa kvalitetom bračnog odnosa. Saopštenje na 20. Godišnjoj konferenciji hrvatskih psihologa „Psihoški aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstava“, Dubrovnik, 07.-10. studenog 2012. A. Brajša Žganec, J. Lopižić, Z. Penezić (eds). Knjiga sažetaka. Zagreb, Hrvatsko psihološko društvo, 259.
- Šakotić-Kurbalija J., Oros M., Kurbalija D. (2012). Povezanost stresnih životnih događaja sa namerom da se traži profesionalna psihološka pomoć, *Drugi kongres psihoterapeuta Srbije: Odnosi u psihoterapiji*. Beograd: 25.–28. 10. 2012. Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u, 104.
- Šakotić-Kurbalija, J. (2010). Zavisnost u partnerskim odnosima i psihoterapijske implikacije. *Godišnjak Filozofskog fakulteta, Novi Sad*, 35(1), 169-179.
- Šakotić-Kurbalija, J. (2011a). *Karakteristike bračnog odnosa i traženje psihološke pomoći* (Nepublikovana doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Šakotić-Kurbalija, J. (2011b). Povezanost zavisnosti u partnerskim odnosima sa kompleksom inferiornosti. *Godišnjak Filozofskog fakulteta, Novi Sad*, 36(2), 207-218.
- Šakotić-Kurbalija, J. (2012). Povezanost psiholoških karakteristika braka sa namerom žena da traže profesionalnu psihološku pomoć. *Godišnjak Filozofskog fakulteta, Novi Sad*, 37(1), 215-226.
- Šakotić-Kurbalija, J. (2013). Kvalitet i stabilnost bračnog odnosa u različitim fazama braka. *Godišnjak Filozofskog fakulteta, Novi Sad*, 38(2), 129-148.
- Šakotić-Kurbalija, J. i Kurbalija D. (2011). Povezanost potencijala za razvod braka sa različitim indikatorima ekonomskog statusa. Saopštenje na međunarodnom naučno-stručnom skupu: "Savremeni trendovi u psihologiji", Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju, Novi Sad. Knjiga rezimea na CD-u, 145-147.
- Šakotić-Kurbalija, J. i Kurbalija, D. (2012). Povezanost globalnog zadovoljstva brakom, kvaliteta bračnog odnosa i bračne stabilnosti. *Psihijatrija danas*, 44(2), 149-159.
- Šakotić-Kurbalija, J., Mićanović-Cvejić, Ž. i Kurbalija, D. (2010). Karakteristike afektivne vezanosti osoba sa depresivnim poremećajima. *Psihijatrija danas*, 42 (2): 157-168.
- Šakotić-Kurbalija, J., Miljanović, M. i Kurbalija, D. (2014). Relacije bračnog zadovoljstva i strategija suočavanja sa stresom. *Godišnjak Filozofskog fakulteta, Novi Sad*, 39.
- Šakotić-Kurbalija, J., Stojaković M., Kurbalija D. (2013). Povezanost kvaliteta bračnog odnosa sa sociodemografskim varijablama. Saopštenje na međunarodnom naučno-stručnom skupu: "Savremeni trendovi u psihologiji". Novi Sad: 11.–13.10.2013. Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju, Novi Sad. Knjiga sažetaka na CD-u, 181-182.
- Teachman, J.D. (2002). Stability across Cohorts in Divorce Risk Factors. *Demography*, 39(2), 331-351
- Thompson, L. & Walker, A. J. (1989). Gender in families: Women and men in marriage, work, and parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 51 (4), 845-871.
- Tošić, M. (2011). Razlike u doživljaju kvaliteta braka partnera različitog stepena obrazovanja, radnog i finansijskog statusa. *Godišnjak za psihologiju*, 8(10), 135-151.
- Tošić, M. i Todorović, D. (2011). Podela rada, kvalitet braka i rodna ideologija. *Sociološki pregled*, 45(3), 393-419.

- Tucker, M.W. & O'Grady, K.E. (1991). Effects of physical attractiveness, intelligence, age at marriage and cohabitation on the perception of marital satisfaction. *Journal of Social Psychology*, 131, 253-270.
- Valliant, C. & Valliant, G. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 230-239.
- Vrhovski, T. (2004). Kvaliteta braka i neke sociodemografske varijable. Neobjavljen diplomski rad. Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb.
- Vukašinović, J., Šakotić-Kurbalija J., Kurbalija D. (2014). Povezanost samoopažanja i namere da se traži profesionalna psihološka pomoć. *Četvrti kongres psihoterapeuta Srbije: Razvoj i psihoterapija*. Beograd: 30.10 –02. 11. 2014. Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimeja na CD-u, 31.
- Weiss, R.S. (1998). A taxonomy of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 671-683.
- White, L. & Rogers, S. J. (2000). Economic circumstances and family outcomes: A review of the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1035 – 1051.
- White, L. K. & Booth, A. (1985). The Transition to Parenthood and Marital Quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435-449.
- Wolfinger, N.H. (1999). Trends in the Intergenerational Transmission of Divorce. *Demography*, 36(3), 415-420.
- Wolfinger, N.H. (2000). Beyond the intergenerational transmission of divorce: Do people replicate the patterns of marital instability they grew up with? *Journal of Family Issues*, 21(8), 1061-1086.
- Wright, J.P., Henggeler, S.W. & Craig, L. (1986). Problems in paradise? A longitudinal examination of the transition to parenthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 7, 277-291.
- Wu, Z.; & Penning, M.J. (1997). Marital instability after midlife. *Journal of Family Issues*, 18(5), 459-478

OBLICI I CILJEVI PREDBRAČNOG SAVETOVANJA I PRIPREME ZA BRAK

Jelena Branković

Centar za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima „Harmonija“, Novi Sad

Pod predbračnim savetovanjem podrazumeva se savetodavni „proces kreiran sa ciljem da poboljša i obogati partnerski odnos, kako bi obezbedio stabilniji, srećniji i uspešniji brak u budućnosti i potencijalno sprečio razvod“ (Stahman, 2000). Ovako definisano predbračno savetovanje obuhvata veoma širok spektar intervencija usmerenih na očuvanje i unapređenje kapaciteta partnerskog odnosa za održanje zadovoljavajućeg braka.

Priprema za brak dugo je bila poverena porodici i tradicionalno je predstavljala deo socijalizacije u okviru porodice, podržavana religioznim ili običajnim pravilima. Prva dokumentovana intervencija iz domena predbračnih odnosa jeste kurs iz predbračne pripreme za porodični život koji je 1924. godine na Bostonskom Univerzitetu organizovao Ernest Groves (Carroll & Doherty, 2003). Do Drugog svetskog rata, priprema za brak dominantno je bila poverena sveštenstvu. Sa društvenim promenama koje su dovele i do promena u braku i porodici, predbračno savetovanje i programi pripreme za brak u formi preventivnih mera u institucijama pronalaze svoje mesto od šezdestih i sedamdestih godina prošlog veka. Naime, sve kasnije godine u kojima se stupa u brak (odlaganje braka), evidentan porast broja intenzivnih partnerskih konflikata i razvoda u poslednjim decenijama XX veka i njihov uticaj na (rođenu ili tek planiranu) decu iz takvih porodica, postojanje sve različitijih oblika partnerskih zajednica (kohabitacija-zajednički život, izbor da se ne bude u partnerskom odnosu...) kreirali su potrebu organizacije sistematskog predbračnog savetovanja i pripreme za brak. Ideju su podržala istraživanja koja su išla u prilog tome da je kvalitet bliskih veza koje adolescenti uspostavljaju važan faktor kako mentalnog zdravlja samih adolescenata, tako i „baza“ za različite aspekte mentalnog zdravlja kasnije u odraslom dobu. (Collins & Sroufe, 1999). Do danas se razvilo više oblika ove vrste savetovanja o kojima će biti reči u daljem tekstu.

Ciljevi predbračnog savetovanja

Programi predbračnog savetovanja i pripreme za brak uglavnom su kreirani kao preventivni programi što znači da je njihov osnovni cilj da zaštite kvalitet braka i spreče moguće probleme ili krize u budućnosti. Osnovna svrha im je da omoguće da oni parovi koji su zdravi, srećni i funkcionalni pre ulaska u brak i kada uđu u brak zadrže visok nivo funkcionalnosti. Stoga je većina programa orijentisana tako da utiče na stavove i uverenja učesika, kao i da ih poduči veštinama i ponašanjima za koja se veruje da doprinose pozitivnim partnerskim odnosima (Ooms, 2005). Na taj način ovi preventivni programi, zapravo, učeći pojedince i parove novim veštinama i ponašanjima, pojačavaju uticaj „protektivnih“ faktora, kreirajući tako protivtežu faktorima rizika, koje mnogi unose u svoj partnerski odnos, a koje je veoma teško promeniti. Formiranjem takve vrste balansa između protektivnih i riziko faktora realizuje se preventivna funkcija ovakve vrste savetovanja.

Kako bi to omogućili većina postojećih programa je edukativnog karaktera, vremenski su ograničeni i imaju struktuiran kurikulum, tj. unapred definisane tematske oblasti koje obuhvataju, za razliku od partnerskog savetovanja parova u krizi, koje je najčešće orijentisano na konkretnu problematiku i specifičnu istoriju i dinamku para, koji se na savetovanje obraća. Posmatrajući različite programe predbračnog savetovanja i pripreme za brak koji su dostupni, može se zaključiti da oni uglavnom imaju veoma slične ciljeve. Ipak, generalni ciljevi ovih programa vrlo često nisu jasno povezani sa opipljivim ishodima, što dodatno otežavanja njihovu evaluaciju. (Karney et al, 2007). Većina programa ima za cilj nekoliko ili sve navedene na sledećem spisku:

1. Da olakšaju tranziciju iz „samačkog“ u bračni život, tj. prelazak iz jedne razvojne faze u drugu
2. Da „normalizuju“ očekivane procese u prvim godinama braka
3. Da obezbede znanja o očekivanim tačkama tranzicije i potencijalnim razvojnim krizama u narednim razvojnim fazama, kako bi ih par lakše prepoznao i ranije potražio savetovanje ukoliko se za to pokaže potreba
4. Da obogate veštine koje se smatraju korisnim za građenje funkcionalnih partnerskih odnosa – veštine komunikacije, veštine rešavanja konflikata ili problema, veštine donošenja odluka u oblastima kao što su finansije, podela uloga i sl.
5. Da omoguće da se u paru otvore „teška“ pitanja i da se o njima razgovara – kao što su pitanja o seksualnom aspektu veze ili finansijama.
6. Da pojačaju posvećenost partnerskom odnosu.

7. Da smanje potencijal za kasniji razvod braka

Takođe, više programa (PREPARE, PAIRS) je u svoju strukturu uključilo različite upitnike za početnu procenu parova, na kojoj zasniva povratnu informaciju paru ili prilagođavanje programa, pa tako za cilj imaju i identifikaciju konkretnih oblasti partnerskog života koje predstavljaju protektivni kapacitet ili onih oblasti koje predstavljaju rizik za kvalitet sadašnjeg ili budućeg partnerskog odnosa. Ova vrsta procene pokazala se kao izuzetno koristan alat na početku savetovanja jer savetniku daje jednostavan uvid u funkcionisanje para, a parovima pruža jezgrovite informacije o njihovoj dinamici što omogućava otvoreniju komunikaciju kako na teme snaga partnerskog odnosa, tako i na teme izazova za par.

Oblici predbračnog savetovanja

Iako se svojim pristupom pojedinim pitanjima i organizacijom razlikuju, osim zajedničkih ciljeva, različiti oblici predbračnog savetovanja imaju još nekoliko sličnih polaznih pretpostavki. Svaki od ovih programa polazi od premise da se stavovi, veštine i ponašanja koja su neophodna za uspešan brak mogu naučiti i da se tokom života uče. Odatle potiče i dominantan edukativni karakter programa predbračnog savetovanja i pripreme za brak. Takođe, većina programa u realizaciji koristi grupni format rada, bez obzira da li je reč o grupi pojedinaca ili grupi parova. Grupni rad je smatran dobrim za ovu vrstu savetovanja zbog pretpostavke da je manje stigmatizirajuć, dostupan većem broju ljudi i jeftiniji od individualnog pristupa. I konačno, većina programa polazi od verovanja da je za kvalitetan brak neophodno kontinuirano ulaganje energije. Dobar brak jednostavno zahteva svestan i nameran rad i investiranje napora kako bi se održao. Neki parovi ovo prepoznaju „instinktivno“, ali mnogi ovo moraju da nauče tokom predbračnog savetovanja.

Prema ciljevima mogli bismo da napravimo podelu različitih programa pripreme za brak i predbračnog savetovanja na dve velike grupe:

1. Edukativni programi pripreme za brak i/ili porodični život koji se realizuju u grupi pojedinaca sa ciljem učenja o partnerskim odnosima i razvijanja *ličnih veština neophodnih za kvalitetan partnerski odnos*. Ovi programi za cilj zapravo imaju formiranje funkcionalnih partnerskih odnosa pre braka, pretpostavljajući da će iskustvo zdravih partnerskih odnosa kod mladih, omogućiti i formiranje zdravog bračnog odnosa kada za to dođe vreme. Primeri ovakve vrste predbračnog savetovanja i pripreme za brak su na primer program simbolično nazvan

„Connections“ koji je kreirala Charlene Kemper (Kemper 2011) ili program pod nazivom „Love U2“ autorke Marline Pearson (Pearson, 2004).

2. Edukativni programi pripreme za brak koji se realizuju u paru ili grupi parova sa ciljem učenja o partnerskim odnosima i razvijanja partnerskih *veština neophodnih konkretnom paru*. Cilj ovih programa jeste priprema konkretnog para za brak kao narednu razvojnu fazu. U program su uključena oba partnera i kurikulum programa podrazumeva učenje u paru, za par i sticanje veština partnerskih odnosa sa konkretnim partnerom. Primeri ovakvih programa su PREPARE (Larson & Olosn, 2008), koji će detaljno biti prikazan u daljem tekstu ili program PAIRS čiji je autor Lori Gordon (Gordon, Temple & Adams, 2005).

Od mnoštva programa koji su prikazani ili spomenuti u literaturi, za ovu priliku izdvajamo PREPARE program, koji je u formi predbračnog savetovanja sproveden i kod nas.

PREPARE/ENRICH PROGRAM (2000) program nastao je 1978. godine iz ideje da je moguće predvideti kvalitet braka na osnovu kvaliteta predbračnog odnosa. Istražujući mogućnosti u ovoj oblasti Olson i saradnici prvo su konstruisali instrument koji je procenjivao kvalitet predbračnog odnosa. Naknadno su, posle više istraživanja i primena rezultata u praksi razvili program aktivnosti koji omogućava razvoj veština koje čine kvalitetan predbračni odnos i predviđaju visok kvalitet braka (program *Building strong marriages*).

Cilj programa. Cilj celokupnog programa je pre svega da identifikuje polja snaga konkretnog para koje čine one oblasti partnerskog odnosa koje predstavljaju izvor partnerskog zadovoljstva, a oko kojih postoji visok stepen međusobne usaglašenosti partnera, kao i polja mogućeg razvoja para koja čine kritične i potencijalno kritične oblasti za par. Kroz identifikaciju polja snaga i polja mogućeg razvoja ovaj program omogućuje partnerima da započnu razgovor o potencijalima, ali i izazovima koji njihovom odnosu predstoje, a koji se odnose na prve, razvojno očekivane promene u braku. Programom takođe par dobija priliku da istraži svoje porodice porekla i uticaje svojih iskustava u tim porodicama na aktuelni partnerski odnos. Cilj programa predstavlja i dobijanje uvida u važne oblasti partnerskog odnosa kao što su očekivanja, seksualnost, religioznost, uloge ili razlike u ličnostima između partnera. Iznad svega cilj je pomoći paru da usvoji veštine iz oblasti koje predstavljaju temelje kvalitetnog partnerskog odnosa – komunikacijske veštine, veštine razrešavanja konflikta, upravljanje finansijama i upravljanje stresom na ličnom nivou i unutar partnerske dijade. (Olson & Larson, 2008)

Kome je program namenjen. Program je namenjen parovima u dugim, stabilnim vezama, onima sa vereničkim stažom, onima koji planiraju venčanje ili su se tek venčali, ali i svim parovima koji bi želeli da ojačaju ona polja koja predstavljaju njihove snage, a unaprede ona koja su im polja izazova. Prateći materijal predstavljaju upitnici i vežbe za par koji su prilagođeni za predbračno savetovanje i parove koji su u vereničkom statusu ili planiraju venčanje. Pokušaćemo da program pripreme za brak i predbračnog savetovanja prikažemo i kroz jedan primer iz prakse:

Jovana (28) i Lazar (28) javljaju se u predbračno savetovalište iz radoznalosti i želje da rade na sebi. Na jednom promotivnom predavanju čuli su da je „zajednički život nije dobar za budući brak“ pa su odlučili da se posavetuju i čuju šta mogu da učine za svoju vezu. U vezi su 3,5 godine, od čega godinu dana žive zajedno i veoma su srećni zajedno. Upoznali su se na fakultetu (oboje su programeri) i njihov odnos gradio se polako, tako da danas imaju doživljaj da se on bazira na ljubavi i poverenju, ali i zajedničkim interesovanjima. Planiraju brak i venčanje je zakazano za 4 meseca.

Sadržaj programa. Početak programa rezervisan je za detaljnu procenu partnerske relacije putem upitnika koji nezavisno popunjavaju i partner i partnerka. Upitnik (PREPARE, Oloson & Larson, 2008) obuhvata 14 različitih skala za procenjivanje različitih aspekata partnerskog odnosa. Upitnik zapravo ima za cilj da identifikuje ona polja/oblasti oko kojih postoji saglasnost oba partnera da su upravo ona izvor snage njihovog partnerskog odnosa i partnerskog zadovoljstva. Te oblasti predstavljene su kao „pozitivna usaglašenost“ partnera i tretiraju se kao polja snaga partnerskog odnosa, tj. kapacitete ima njihov partnerski odnos.

Skale koje obuhvata procena para ovim instrumentom su:

- Idealizacija - predstavlja tenenciju davanja odgovora i prikazivanja partnerskog odnosa u socijalno poželjnom svetlu
- Posvećenost – obuhvata odnos predanosti partnerskom odnosu i investiciju kako bi odnos ostao stabilan

Te prve dve skale predstavljaju korektivne skale, a ostalim skala obuhvaćene su:

- Komunikacija – predstavlja uverenja, osećanja i stavove partnera o kvalitetu međusobne komunikacije u partnerskom odnosu
- Konflikt rezolucija - ukazuje na stavove, osećanja i uverenja vezana za postojanje i načine razrešavanja konflikata u vezi

- Ličnost partnera - procenjuje individualne percepcije i zadovoljstvo ličnim navikama ili ponašanjima partnera
- Upravljanje finansijama - fokusira se na stavove i brige u vezi sa tim kako se ekonomskim pitanjima upravlja u paru
- Slobodno vreme – procenjuje preferencije u korišćenju slobodnog vremena
- Seksualnost i intimnost – odnosi se na osećanja i brige u vezi sa međusobnom naklonošću i seksualnim odnosom sa partnerom.
- Odnos sa porodicama porekla i prijateljima - procenjuje osećanja i brige u vezi sa odnosom prema rođacima, partnerovom porodicom porekla i prijateljima
- Uloge u porodici/partnerskom odnosu - ispituje stavove, verovanja i osećanja u odnosu na bračne i porodične uloge
- Religioznost - procenjuje stavove, osećanja i brige u vezi sa značajem religioznosti u partnerskom odnosu
- Očekivanja od braka - odnosi se na očekivanja u vezi sa ljubavlju, posvećenosti i budućim konfliktima u odnosu
- Očekivanja od roditeljstva – odnosi se na očekivanja vezana za planiranje trudnoće i vaspitne stilove i vaspitanje dece u budućnosti

Procena rizičnih iskustava u porodicama porekla - govori o problemima nasilja, zloupotrebe alkohola, droge i pornografije, kako u porodici porekla, tako i u aktuelnom partnerskom odnosu. Popunjava upitnik koji se sastoji iz gore navedenih skala, a svaka skala obuhvata po 10 tvrdnji/stavki koje se na nju odnose. Skorovanje se vrši tako što se upoređuju odgovori partnera i partnerke na svaki ajtem upitnika i prema usaglašenosti svrstavaju se u jednu od kategorija:

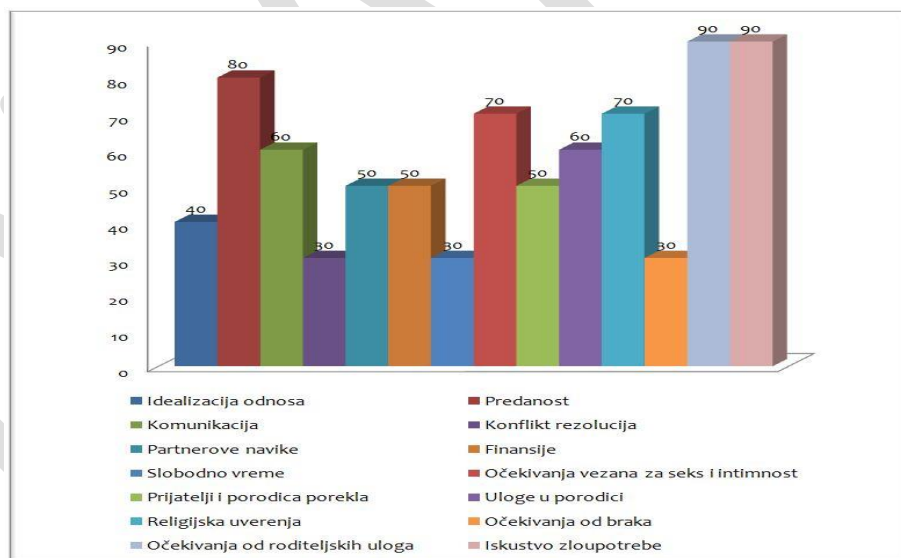
- Pozitivna usaglašenost – odgovori koji govore o snagama partnerskog odnosa, a partneri se slažu da su ovi aspekti izraženi u njihovom partnerskom odnosu. Što je više odgovora kategoriji pozitivne usaglašenosti, to je određeni aspekt veze zapravo izraženija snaga partnerskog odnosa
- Neusaglašenost – oni odgovori u kojima postoji neslaganje – jedan od partnera procenjuje da je određena karakteristika izražena ili visoko prisutna u partnerskom odnosu a drugi da je nisko prisutna ili nepostojeća. Odgovori iz kategorije neusaglašenosti predstavljaju potencijalne izazove za partnerski odnos.

- Neodlučnost – oni odgovori oko kojih jedan ili oba partnera pokazuju neodlučnost. Kao i prethodna kategorija odgovora i ovi odgovori ukazuju tek na potencijalne izazove za vezu.

Specifični fokus – odgovori koji govore u prilog rizicima ili izazovima, a oba partnera se slažu da su prisutni ili izraženi u njihovom odnosu. Što je više odgovora iz kategorije specifičnog fokusa to više upućuje na izazovne obolasti za par.

Na osnovu polja pozitivne usaglašenosti kreira se specifični profil para, koji ukazuje na to koja je najizraženija snaga partnerskog odnosa. Grafički prikaz profila para zapravo predstavlja procete tvrdnji oko kojih postoji pozitivna usaglašenost na svakoj od skala koje meri PREPARE upitnik. Svaka skala na kojoj više od 70% odgovora spadaju u kategoriju pozitivne usaglašenosti tretira se kao snaga partnerskog odnosa. Svaka skala na kojoj manje od 30% odgovora spada u kategoriju pozitivne usaglašenosti tretira se kao polje izazova za partnerski odnos. Tako grafički ilustrovan profil para predstavlja se paru i analizira se na početku savetodavnog procesa.

Profil para kreiran na osnovu pitanja iz kategorije pozitivne usaglašenosti Jovane i Lazara izgleda ovako:



Ono što se iz ovog grafičkog prikaza odmah može videti jeste da su izražene snage njihovog odnosa predanost i odlučnost da ovaj odnos traje i namera da u njega investiraju, kao i visoka saglasnost oko očekivanog ponašanja vezanog za planiranje i vaspitavanje dece u budućnosti. Visok skor na skali „iskustva zlostrebe“ govori zapravo o nedostatku iskustava nasilja ili zavisnosti u primarnim porodicama i o zdravim kapacitetima koje partneri nose u svom iskustvu sa roditeljskim figurama. Aspekti odnosa koji predstavljaju najveće izazove (imaju najmanje pozitivne

usaglašenosti samim tim i najniže skorove na ovom grafikonu) jesu načini na koje Lazar i Jovana rešavaju nesuglasice, načini na koje provode zajedničko i individualno slobodno vreme, kao i uskađenost očekivanja od braka.

Nakon procene par prisustvuje združenom intervjuu sa predbračnim savetnikom. Cilj ovog razgovora je davanje povratne informacije paru o njihovim poljima snaga i poljima izazova (kroz analizu profila para) , kako bi parovi stekli uvid u mogućnosti razvoja svojih kapaciteta, ali i kako bi se motivisali za uključivanje u dalje aktivnosti ovog predbračnog programa (što najčešće podrazumeva dalji rad u grupi parova).

Kroz detaljniju analizu pitanja koja spadaju u kategoriju specifičnog fokusa i detalje sa prvog savetodavnog intervju sa Jovanom i Lazarom dobija se i detaljnija „fotografija“ ovog para. Oblast konflikata zapravo je izazovna za ovaj par zbog nemogućnosti da se konflikti otvore i straha da postojonaje sukoba u partnerskom odnosu znači pretnju za odnos i doprinosi manjem kvalitetu odnosa. Iz tog razloga i Lazar i Jovana često koriste strategiju izbegavanja nesuglasica, povlačenje i ćutanje kada postoji nesaglasnost. Ova strategija koju par koristi prilikom potencijalne pojave konflikata „boji“ i njihov odnos prema budućnosti braka, što se pokazuje kao nizak skor na skali „očekivanja od braka“. Par naime, veruje da će ima ljubav ili bračni zavet (na šta ukazuje visok skor na skali posvećenosti) biti dovoljni da zadrže kvalitet odnosa koji trenutno imaju i u budućnosti i da će se većina problema sa kojima se u budućnosti budu sretali rešiti zajedničkim provođenjem vremena. Zbog ove dominantne strategije reagovanja u konfliktima Jovana i Lazar teško sebi daju mogućnost da se jedno drugom suprotstave i izraze različite želje vezane za načine provođenja slobodnog vremena. Otuda nizak skor i na ovoj skali.

Sam program predbračnog savetovanja nudi više tema za sve parove, tako da svaki predbračni savetnik može da napravi kombinaciju onih tema koje specifično odgovaraju pojedinom paru sa obzirom na to koje oblasti izazova su im najizraženije. Pokriveno je devet oblasti sa stalnim unapređenjem sadržaja programa kako bi on u što većoj meri bio prilagodljiv različitim specifičnostima parova.

Uobičajene Partnerske vežbe PREPARE/ENRICH programa odnose se na sledeće teme:

1. **Podela i razumevanje polja snaga i polja izazova nas kao para** – koja za cilj ima prezentaciju onih oblasti koje „štite“ partnerski odnos, kao i onih koje ga čine rizičnim

2. **Efikasna komunikacija i aktivno slušanje** - koja za cilj ima ohrabrivanje pozitivne razmene među partnerima kroz direktinu, jasnu i otvorenu komunikaciju, kao i unapređenja veština aktivnog slušanja i boljeg razumevanja

3. **Strategije rešavanja partnerskih konflikata** - za koju su vežbe dizajnirane sa ciljem zaustavljanja potencijalno destruktivnih konflikata i podučavanja tehnikama konstruktivnog prevladavanja razlika i nesuglasica među partnerima

4. **Intimnost i seksualnost** – za koju vežbe najčešće imaju za cilj da omoguće paru kreiranje konteksta za emocionalnu razmenu i da pomognu razumevanje partnerovog koncepta ljubavi, naklonosti i fizičke bliskosti

5. **Upravljanje finansijama** - u kojoj vežbe uobičajeno imaju za cilj preispitivanje i postavljanje kratkoročnih i dugoročnih finansijskih ciljeva, razumevanje značenja novca za partnera, kao i pravljenje konkretnog mesečnog kućnog budžeta

6. **Uloge u porodici** – za koju su vežbe dizajnirane kako bi partneri imali priliku da preispitaju i usaglasе gledišta vezana za odgovornosti i obaveze u bračnim i porodičnim ulogama

7. **Slobodno vreme** – za koju vežbe imaju cilj kvalitetnije provođenje slobodnog vremena, pogotovo zajedničkog slobodnog vremena

8. **Mapiranje porodice** – u kojoj se vežbe odnose na procenu bliskosti (emocionalne povezanosti) i fleksibilnosti (spremnosti na promenu), kao i razradu iskustava o ovim aspektima porodičnog funkcionisanja u porodicama porekla i uviđanje veze tih iskustava sa aktuelnim partnerskim odnosom i njegovom dinamikom

9. **Prihvatanje partnera** – u kojoj su vežbe kreirane kako bi omogućile partnerima bolje razumevanje ličnosti partnera, ali i prihvatanje međusobnih sličnosti i razlika

Kako se program realizuje. Pre realizacije programa predbračni savetnik je u prilici da na osnovu procene upitnikom kreira jedinstven program za konkretan par ili konkretnu grupu parova. Nakon toga se pristupa realizaciji u formi združenih seansi za jedan par ili grupu parova, prateći planirani program u ritmu savetodavnih susreta jedan put nedeljno.

Uobičajena savetodavna seansa sastoji se od kratkog uvoda u temu koja se realizuje na tom sastanku i aktivnosti specifično dizajnirane za par kako bi navedenu veštinu mogli da praktikuju „sada i ovde“. Paru je ostavljeno vreme da kroz aktivnost izgađuje tu veštinu, iznoseći nakon toga procese koji su se u paru pokrenuli – kako su se osećali dok su razgovarali o temi, koliko su njihova mišljenja slična, koliko različita, kako su se nosili sa različitostima, šta im je pomoglo da se usaglasе... Razgovor i diskusija o pokrenutim

procesima obogaćuje druge parove u grupi, ukoliko je reč o formi grupe parova, pa je tako u tom formatu rada parovima pružena mogućnost da „uče jedni od drugih“ i tako intenzivnije obogaćuju svoja polja izazova.

Ukoliko je reč o združenom savetovanju za jedan par, savetnik usmerava razgovor o procesima u paru obogaćujući na taj način partnersko iskustvo vezano za konkretnu veštinu.

Jovani i Lazaru je preporučeno grupno savetovanje parova i oni su u grupi parova prošli kroz savetodavni proces koji je obuhvatao svih devet navedenih tema. Osim toga nakog grupnog procesa za Jovanu i Lazara bile su organizovane dodatne tri seanse za par na kojima se posvetilo vreme pitanjima pre svega bezbednom otvaranju konflikata i suočavanju sa različitostima u vezi, a onda i konstruktivnom razrešavanju konflikata, kao jednom od ključnih procesa za razrešenje i druga dva izazovna aspekta (slobodno vreme i očekivanja od braka) njihovog partnerskog odnosa. Tako je ovaj par dobio mogućnost da ojača svoje kapacitete za adaptiranje na promene koje će im doneti sledeća razvojna faza u njihovom partnerskom odnosu.

Evaluacija i podaci o efektima programa. Studije i istraživanja koja su se bavila evaluacijom i efektima PREPARE/ENRICH programa idu u dva smera – prvi je u smeru validacije tipologije parova koja se dobija procenom PREPARE instrumentom, a drugi je u smeru procene efekata realizovanih predbračnih programa na zadovoljstvo i stabilnost brakova.

Tako su istraživanja koja su se bavila validacijom tipologije potvrdila postojanje četiri tipa parova na osnovu kojih se sa izvesnom dozom verovatnoće može predvideti ishod kasnijeg odnosa u braku (Blaine, Kelly & Olson, 1996). Utvrđeno je postojanje:

Vitalnih parova (oni parovi koji imaju najviši nivo zadovoljstva partnerskim odnosom i identifikovana polja snage u većini oblasti partnerskog odnosa)

Harmoničnih parova (oni parovi sa umerenim nivoom zadovoljstva partnerskim odnosom i tendencijom da donekle idealizuju svoj odnos, kao i da imaju manjak usaglašenosti oko roditeljskih uloga u budućnosti)

Tradicionalnih parova (oni parovi sa umerenim nivoom nezadovoljstva partnerskim odnosom i tendencijom da prijavljuju nezadovoljstvo partnerovim navikama i načinom komunikacije, ali sa veoma realističnom slikom odnosa i često značajnom ulogom religioznosti u partnerskom odnosu)

Konfliktnih parova (oni parovi koji pokazuju relativno visok nivo nezadovoljstva odnosom, ali i nezadovoljstvo pojedinačnim aspektima – najčešće ličnošću i navikama

partnera, načinom komunikacije i razmene intimnosti, odnosima sa prijateljima i primarnim porodicama).

I istraživanja koja su pokušala da ispituju u kakvoj su vezi predbračni program i kvalitet kasnije bračnog života pokazala su da ovaj program značajno poboljšava kasniji partnerski odnos i deluje preventivno na mogućnost razvoda. Poredeći mere funkcionisanja unutar para pre i nakon programa istraživači su zaključili da je došlo do poboljšanja u partnerskoj komunikaciji, rešavanju konflikata i generalnom zadovoljstvu odnosom (Olson & Miller, 2007), kao i da je većina parova (90%) pokazala poboljšanje i prelazak u „viši“ tip parova nakon realizovanog predbračnog programa (Knutson & Olson, 2003).

Efekti programa pripreme za brak i predbračnog savetovanja

Postoji nekoliko prepreka koje sprečavaju preciznu evaluaciju različitih programa pripreme za brak i predbračnog savetovanja. Prvo, kao što je prethodno već rečeno, često ciljevi predbračnih programa nisu u potpunosti jasno definisani na samom početku, što onemogućava kreiranje kriterijuma za naknadno merenje efikasnosti programa. Takođe, evaluacija programa uglavnom se svodila na samoprocenu učesnika vezanu za njihovo zadovoljstvo efikasnošću programa, samoprocenjene promene u partnerskom odnosu ili zadovoljstvo stečenim znanjima i veštinama. Malo je longitudinalnih istraživanja koja su se pozabavila efektima programa pripreme za brak i predbračnog savetovanja. Ipak, pregled različitih studija o efektima programa pripreme za brak govori u prilog tome da većina njih pokazuje pozitivne efekte, dok samo neke govore o minimalnim ili nepostojećim efektima. Nijedna studija nije pokazala negativne efekte za parove ili pojedince koji su prošli kroz neki od oblika pripreme za brak ili predbračnog savetovanja. (Stahman, 2000).

Evaluacija programa predbračnog savetovanja uglavnom ide u prilog promeni percepcije kvaliteta partnerskog odnosa bez obzira da li su uzete mere poboljšanja u partnerskoj komunikaciji, rešavanju konflikata i generalnom zadovoljstvu odnosom (Olson & Miller, 2007), ili promene dijadnom konsenzusu, zadovoljstvu, ispoljavanju emocija i koheziji (Eisenberg, Peluso & Shindler, 2011) ili neke treće. Višedimenzionalnost partnerskog odnosa sugerise da broj značajnih može biti važan kriterijum za vrednovanje programa. Ipak, za neke parova određene vrste informacija i veština mogu imati jak uticaj i predstavljati značajan faktor efikasnosti nekog programa, dok za druge parove iste informacije ne moraju biti ni blizu značajne. Prilikom istraživanja efekata određenih programa učesnici su uglavnom bili mladi, dobro adaptirani parovi koji su u programima učestvovali na dobrovoljnoj bazi

(Silliman & Shumm, 2000). Studije koje su izvedene na uzorku onih parova koji su bili pod većim stresom, učestalijim konfliktima i manjim zadovoljstvom odnosom od prosečnih parova pokazale su da postoji statistički značajna razlika u partnerskom prilagođavanju i bračnom zadovoljstvu pre i posle programa, i to uglavnom zbog redukcije konflikata. (DeMaria, 2003), što govori u prilogu tome da bi predbračni programi mogli imati i veći efekat na parove koji su u riziku.

Kad je u pitanju par iz primera, Jovana i Lazar, efekti su takođe mereni subjektivnim doživljajem korisnosti programa i oni su bili veoma zadovoljni, sa utiskom da su mnogo naučili jedno o drugom, kao i svom odnosu, kao i da su pripremljeniji za promene, svesniji promena koje će brak doneti u njihov partnerski odnos.

Dalje smernice

I dok se u svetu danas sve više pažnje posvećuje preradi programa predbračnog savetovanja na bazi savremenih teorija i metodologije, istraživanju efekata programa predbračnog savetovanja, i njihovog prilagođavanja parovima koji su specifični po svojoj dinamici, kulturološkom ili socioekonomskom miljeu iz koga dolaze, kod nas je još uvek malo istraživanja koja se uopšte bave kvalitetom predbračnih odnosa mladih, kao i programa koji bi pružali usluge predbračnog savetovanja ili edukacije iz oblasti pripreme za brak. U našoj zemlji, iskustva partnerskog savetovanja za mlade, su još uvek pre svega dostupna u formi edukativnih programa (poput edukacija o reproduktivnom zdravlju, o bliskim odnosima) ili radioničarskih programa za mlade, uglavnom pri organizacijama iz nevladinog sektora. Stoga je potrebno usmeriti sa na detaljniju procenu kvaliteta partnerskih relacija mladih i kreiranje prilagođenih preventivnih programa iz oblasti predbračnog savetovanja i pripreme za brak za mlade parove, čiji bi se efekti dugoročnije pratili i koristili prilikom obogaćivanja i unapređivanja intervencija iz domena predbračnih odnosa.

Literatura

- Blaine J. F, Kelly H. M. & Olson D.H. (1996). Predicting Marital Success based on Couple Types, *Journal of Marital & Family Therapy*, Vol. 22, No. 1, 103-111
- Carroll J. S. & Doherty W. J. (2003). Evaluating the Effectiveness of Premarital Education: A Review of Outcome Research, *Family Relations*, 52, 105-118
- Collins, W. A., & Sroufe, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. In W. Furman, B. B. Brown & C. Feiring (eds.),

- The Development of Romantic Relationships in Adolescence*, 125–147, New York: Cambridge University Press.
- DeMaria, R. (2003). *About PAIRS (Practical Application of Intimate Relationship Skills) Skills for Successful Relationships and Emotional Literacy*, PAIRS Foundation Ltd, Retrieved March 19, 2014 from <http://www.pairs.com/research/aboutpairs2003.pdf>
- Eisenberg, S, Peluso P. & Shindler R. (2011). *Impact of Brief Marriage and Relationship Education Classes on Dyadic Adjustment*, PAIRS Foundation evaluation report, PAIRS Foundation Ltd, Retrieved March 19, 2014 from <http://evaluation.pairs.com/reports/impact2011.pdf>
- Gordon H. L, Temple R.R. & Adams W. D. (2005). Premarital Counseling from the PAIRS Perspective. In Michele Harway (Ed) *Handbook of couples therapy*, Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons Inc
- Jaramaz O., Mihić I., Zotović M. (2011). Tipovi bračnih parova na teritoriji Vojvodine. u: M. Zotović, I. Mihić, J. Petrović (ur). *Porodice u Vojvodini: razvoj porodičnih uloga*. Novi Sad, Filozofski fakultet, 7-19.
- Kamper, C. (2011). *Connections: Relationships and marriage – Instructor's manual*, Berkley: The Dibble Institute
- Karney R. B, Beckett K. M, Collins L. R, Shaw R. (2007). *Adolescent Romantic Relationships as Precursors of Healthy Adult Marriages: A Review of Theory, Research, and Programs*, Santa Monica: RAND Corporation
- Knutson, L. & Olson, D. H. (2003). Effectiveness of PREPARE Program with Premarital Couples in Community Settings, *Marriage & Family: A Christian Journal*, Vol 6(4), 529-546.
- Murray E. C. & Murray L. T. Jr (2004). Solution focused premarital counseling: Helping couples build a vision for their marriage, *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol 30, No 3, 349-358
- Olson, D. H. & Larson, P. J. (2008). *PREPARE/ENRICH Facilitator's manual*, Minneapolis, Life innovations, inc.
- Olson, D. H. & Miller, S. (2007). *Integrating PREPARE/ENRICH & Couple Communication Programs: A Longitudinal Follow-Up Study*, Retrieved March 19, 2014 from https://www.prepareenrich.com/pe/pdf/research/pe_and_cpl_communication.pdf
- Ooms, T. (2005). *The New Kid on the Block: What Is Marriage Education and Does It Work?* (Couples and Marriage Series Brief No. 7). Washington, D.C.: Center for Law and Social Policy.
- Pearson M. (2004). *Love U2: Communication Smarts for All Relationships PREP® For Teens*, Berkeley: The Dibble Institute
- Silliman, B. & Schumm, W. R. (2000). Marriage preparation programs: a literature review, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, Vol 8, No 2, 133-142
- Stahman, F. R. (2000). Premarital counseling: a focus for family therapy, *Journal of family therapy*, 22, 104-116

OBLICI I CILJEVI TRETMANA SEKSUALNIH PROBLEMA U PARTNERSKOM ODNOSU

Slavica Adamović Zdravković

Savetovalište za brak i porodicu, Centar za socijalni rad Grada Novog Sada

Način tretmana seksualnih disfunkcija menjao se tokom proteklih pedeset godina. Od usmerenosti na upotrebu lekova u tretmanu, korišćenja specifičnih protokola tretmana, primene metoda i tehnika kognitivno-bihevioralne terapije, u proteklih 20 godina u tretmanu se sve više koriste integrativni pristupi, u kojima se integrišu pre svega znanja iz seksologije, sistemske, bračne i porodične terapije. Jedan od značajnih modela je model Weeksa i saradnika (1987; 2000; 2005), i on će biti detaljnije prikazan u radu.

Takođe, u početku razvoja seksualne terapije, tretman seksualnih disfunkcija bio je mehanicistički i dominantno usmeren na upotrebu tehnika. Integrativni pristup usmeren je na uključivanje para u tretman seksualnih disfunkcija (Weeks, G., & Gambescia, N., 2000). Uključivanja para u terapijski tretman posledica je prihvatanja pretpostavke da je funkcionisanje u partnerskoj dijadi jedan od značajnih faktora relevantan za nastanak, održavanje i tretman seksualnih disfunkcija. U intersistemskom pristupu u seksualnoj terapiji par, a ne pojedinac, postaje osnovna jedinica tretmana.

Prateći istoriju bavljenja seksualnim problemima, može se primetiti da je manje pažnje obraćano seksualnim problemima žena, nego seksualnim problemima muškaraca (Wincze & Carey, 2001). Međutim, u proteklih 20 godina raste broj istraživanja ženske seksualnosti (Laan, 1994; Meston & Gorzaka, 1996; Meston, Gorzaka & Wright, 1997; Palace, 1995a, 1995b; Palace & Gorzalka, 1990, prema Wincze & Carey, 2001). Takođe, pored intenzivnijeg proučavanja ženske seksualnosti, poslednjih godina menja se i način posmatranja muške seksualnosti (Zilbergeld, 2003). Tradicionalni model seksa bio je dominantno usmeren na mušku uspešnost u seksu (muškarac treba da napravi prvi korak, da postigne i održi erekciju onoliko dugo koliko je to potrebno, da ženu dovede do orgazma, da uvek bude zaineresovan za seks). Ovakav model seksa vršio je veliki pritisak na muškarce, razvijajući napetost i zabrinutost muškaraca zbog straha od mogućeg neuspeha (Zilbergeld, 2003). Zbog nerealnog i opterećujućeg očekivanja, jedan broj muškaraca je u partnerskom

odnosu odustajao od seksa, što je moglo da utiče na distanciranje i nezadovoljstvo u partnerskom odnosu, i u nekim slučajevima dovodilo u pitanje opstanak partnerskog odnosa. Zilbergeld (2003) se zalaže za razvijanje novog modela seksa, i novog pogleda na seksualnost, u kojem je suština seksa u bliskosti i uživanju, a ne u postizanju uspešnosti i poena. Dobar seks, po ovom shvatanju, ne mora da podrazumeva nužno predigru i polni odnos (koitus). Suština promene pogleda na seksualnost je pružanje značajne psihološke podrške muškarcima i ženama da iz seksualnog odnosa ne izađu kao psihološki poraženi, što je u tradicionalnom razumevanju seksa bilo značajno češće. Takođe, ovo viđenje seksa ostavlja prostor mnogo većem broju osobe da budu seksualne, i da imaju zadovoljavajući seks u skladu sa svojom definicijom seksa i praćenjem svog zadovoljstva i uživanja. Dobar seks se, dugoročno, ipak najčešće ima u kontekstu dobrog partnerskog odnosa, mada dobar partnerski odnos ne mora apriori da podrazumeva dobar seks. Uverenja koja imamo o seksu značajano utiču na naš doživljaj seksa i doživljaj zadovoljstva u seksu, što može uticati da par i pored zadovoljavajućeg partnerskog odnosa na nivou prve dve komponente ljubavi (Sternberg, 1986, prema Weeks, 2005), odnosno na nivou bliskosti, ljubavi i poštovanja, i na nivou odluke da budu zajedno, ima nezadovoljavajući seksualni odnos. Tako, problem na nivou treće komponente ljubavi (npr. uverenje da je samo vaginalni orgazam vredan) može uticati na doživljaj nezadovoljstva kod partnerke ili kod oba partnera, a da partneri nisu dovoljno informisani o tome da je ženama često pored vaginalnog odnosa potrebna dodatna stimulacija za doživljaj orgazma (jer je vagina manje osetljiva od nekih drugih delova tela).

Zilbergeld (2003), objašnjava kako razlike u vaspitanju i socijalizacije dečaka i devojčica utiču na razliku u načinu ispoljavanja seksualnosti muškaraca i žena. Dečaci se na vrlo ranom uzrastu podržavaju da reaguju agresivno, iskažu bes, ne plaču, ne pokazuju nežnost, strah, ne pokazuju da zavise od drugog. Ovakav način socijalizacije vremenom utiče na teškoću muškaraca da prepoznaju određena osećanja (strah, tugu, nežnost), kao i na teškoću da osećanja izraze i podele sa drugom osobom. Sinovi od očeva uče najvažnije lekcije o muškosti. Problem u odrastanju velikog broja dečaka je taj što su očevi često fizički odsutni (najčešće zbog posla), ili da kada su fizički prisutni - emocionalno su odsutni, i retko sa sinovima razmenjuju fizičku nežnost, pokazuju ljubav, i druga osećanja bliskosti i emotivne vezanosti. Međutim, i pored retke fizičke prisutnosti ili emotivne odsutnosti, očevi kod sinova ohrabruju postizanje uspeha, potrebu da se pokazuju, dokazuju, nadmeću, takmiče, budu samopouzdana i snažni (Zilbergeld, 2003). Ovakvim porukama muškarcima se šalje zabrana na ispoljavanje intimnosti i bliskosti, što kasnije u partnerskom odnosu može praviti problem, jer komponenta intimnosti i bliskosti predstavlja jednu od tri podjednako

značajne komponente funkcionalnog partnerskog odnosa ljubavi kod odraslih (Sternberg, 1986, prema Weeks, 2005)

Dečaci i devojčice, takođe tokom odrastanja različito uče o seksu. Dečaci su tokom odrastanja, posebno u adolescenciji, u potpunosti usredsređeni na penis i pitanje šta raditi kada imaju erekciju (Zilbergeld, 2003). Mladići vrlo rano odvajaju seks i ljubav, i često prva seksualna iskustva nemaju sa devojkom koju vole, već sa devojkom sa kojom imaju priliku da imaju seks. Kao da je seks u adolescenciji stvar za sebe, odvojen od ljubavi i bliskosti, i usmeren na fizičko olakšanje i dokazivanje među vršnjacima. Devojke, značajno češće od muškaraca, prvo seksualno iskustvo biraju sa momkom koga vole, i ređe biraju seks samo zbog seksa. Ove naučene razlike utiču na način ponašanja partnera u odraslom partnerskom odnosu, što takođe može biti predmet tretmana u radu sa partnerima koji dolaze zbog seksualnih problema.

Cilj ovog novog modela seksa (Zilbergeld, 2003) je uživanje, bliskost, poboljšanje sebe i partnera. To je seks u kojem partneri imaju više mogućnosti, i sa različitim mogućnostima mogu da se osećaju zadovoljno i ispunjeno. Ovaj model podržava slobodu para da izabere seks koji im odgovara, i u kojem će cilj biti uživanje, a ne postizanje uspeha. Dobar seks podrazumeva dobro osećanje sa samim sobom, sa partnerom, i onim što partneri rade u odnosu. Dobar seks po ovom modelu može biti seks bez koitusa. Da li par može da uživa u seksu bez koitusa zavisi od uverenja da li je koitus najvažniji u seksu. Uverenje - da nije najvažniji, ne znači da partnerima koitus nije važan ali znači da, i ukoliko ne dođe do koitusa, partneri mogu uživati u seksu i imati zadovoljavajući seks. Ovo uverenje posebno oslobađa pritiska i anksioznosti muškarce koji imaju problem sa erekcijom, jer je strah od neuspeha jedan od značajnih faktora koji održava problem erektilne disfunkcije. Koitus kao jedini način produžetka vrste, smisao je seksualnog odnosa kada je cilj odnosa stvaranje potomstva, i tada glavni cilj seksa mogu biti koitus i ejakulacija, jer vode ostvarenju cilja koji nije uživanje u seksu. Partneri mogu imati samo seks zbog potomstva, a da im nije cilj uživanje u bliskosti, intimnosti i strasti. Ovaj model seksa ističe da ima mnogo načina pružanja i primanja seksualnog zadovoljstva, i onda kada u seksu ne dođe do erekcije, snošaja ili orgazma. Kada partneri promene perspektivu gledanja na seks i usvoje novu perspektivu, imaju češće i bolje seksualne odnose; oslobođene pritiska uspešnosti, postignuća i rigidnog obrasca po kojem se seks, da bi bio zadovoljavajući, mora odvijati po određenoj unapred očekivanoj šemi, a koja je takođe naučena po nekom od ranije prihvaćenih modela seksa, i kao takva može biti odučena, što je u skladu sa jednim od osnovnih principa terapijskog rada. Zilbergeld (2003) ističe veliki uticaj mitova na razvoj i održavanje seksualnih disfunkcija.

Navodi i razrađuje neke od sledećih mitova: *Mi smo slobodoumni ljudi koji se osećaju lagodno sa seksom* – ovo je mit koji prenebregava činjenicu da je seks često tabu tema, i da je u porodici tokom odrastanja često povezan sa osećanjima krivice, stida, sramote, neadekvatnosti, nečim zbog čega se često odrasle osobe, i muškarci i žene, ne osećaju lagodno u otvorenoj priči o seksu i problemima do kojih dolazi u seksualnosti; *Seks je isto što i penetracija* – Ovaj mit seksualnost sužava na koitus. Cilj terapije je da proširi značenje i viđenje seksualnosti, odnosno razvijanje novog pogleda na seksualnost, koji je širi od linearnih modela po kojima seks kreće od seksualnog uzbuđenja ili seksualne želje i završava se orgazmom; *Muškarac mora partnerku da obori s nogu i da je zadovolji* – ovaj mit prenebregava činjenicu da je odgovornost za seksualno zadovoljstvo lična, odnosno da je svako odgovoran za svoje seksualno zadovoljstvo.

Modeli seksualnog funkcionisanja

U literaturi o seksualnosti se navodi nekoliko modela koji objašnjavaju seksualno funkcionisanje muškaraca i žena. Prvi model, koji su razvili Master i Džons (1966, prema Lasenza, 2010) je **linearni model** koji polazi od toga da se kao odgovor na stimulus prvo javlja uzbuđenje, koje se zatim pojačava, nakon čega dolazi do orgazma, i nakon toga do platoa, posle čega sledi rezolucija. Slabost ovog modela je u tome što ne objašnjava u dovoljnoj meri ženski orgazam, niti seks koja ne kreće od uzbuđenja. Takođe, on ne objašnjava seks koji se ne završava orgazmom, a u kojem su partneri doživeli zadovoljstvo i uživanje, odnosno ovakav seks, pošto se ne uklapa u definisanu šemu, patologizira. Drugi model je **model želje** Helen Kaplan (1979, prema Lasenza, 2010) – ovaj model kao novinu uvodi koncept želje, i polazi od toga da se na stimulus prvo javlja želja, nakon koje sledi uzbuđenje, orgazam, plato i rezolucija. Oba modela su biologistička i patologizirajuća, jer impliciraju da je normalna seksualnost samo ona koja prolazi kroz sve navedene faze. Ovi modeli kao jedini vredan orgazam žena glorifikuju vaginalni orgazam, što žene, koje nikada nisu doživele vaginalni orgazam ili ga vrlo retko doživljavaju, po definiciji čini seksualno disfunkcionalnim. Mnogi autori (Crooks & Baur, 1996; Kaplan, 1989, prema Wincze & Carey, 2001) ističu da veliki broj žena retko doživljava vaginalni orgazam, i da im je direktna klitoralna stimulacija neophodna za doživljaj orgazma, i da bez obzira na to mogu imati seks u kojem uživaju. Odsustvo orgazma u toku odnosa, tj. penetracije, nije seksualna disfunkcija. Takođe, želja ne mora da bude, i često nije prvi korak koji uvodi u seksualni odnos. Par može da započne seksualni odnos bez želje - zbog spremnosti i odluke da imaju seks, a da se želja javi kasnije u toku odnosa, te da seksualni odnos započet na ovakav način bude potpuno

zadovoljavajući za partnere. Treći model je **model cirkularne uzročnosti**, koji uvažava postojanje razlika između muške i ženske seksualnosti (Basson & Leiblum, prema Lasenza, 2010, Basson, 2002). Kod muškaraca se često javlja spontana seksualnost, koja je kod žena vrlo retka. To znači da žene vrlo retko van konteksta intimnosti, bliskosti, naklonosti i poverenja, registruju spontano pojavljivanje seksualne želje. Za doživljaj orgazma i zadovoljstva je kod žena vrlo važno značenje koje pridaju telesnim senzacijama koje doživljavaju. U jednom istraživanju (Wiple), u laboratorijskim uslovima žene su doživele orgazam koji je registrovan po fiziološkim promenama (disanje, rad srca, nabujalost tkiva), a da psihološki, subjektivno uopšte nisu registrovale orgazam. Ovaj nalaz je potvrdio da se seksualna želja i uzbuđenje kod žena javlja u kontekstu komunikacije, fizičkog dodira, poverenja, intimnosti i naklonosti prema partneru. Motivacija za seks kod žena često je ne seksualne prirode, odnosno žene mogu prihvatiti seks npr. zbog bliskosti sa partnerom, ili uverenja da je normalno da imaju seks onda kada ga partner želi. Ovaj model ističe da stimulus treba da bude seksualno odgovarajući seksualnom sklopu partnera, kao i da seksualnost i privlačnost stimulusa variraju u različitim trenucima (u jednom trenutku nešto što je bilo seksualno privlačno, nije privlačno u drugom trenutku). Odsustvo orgazma pri penetraciji kod žena nije pokazatelj seksualne disfunkcije i patologije. Biološka slika kod žena je komplikovanija nego kod muškaraca. Osetljivost kod žena je veća na nekim drugim delovima tela (grudi, klitoris) nego vaginalno.

Razlike između seksologije i sistemske terapije u tretmanu seksualnih disfunkcija (Marković, 2013)

Postoji više integrativnih modela koji na različite načine integrišu seksologiju i bračnu, porodičnu i/ili sistemsku terapiju (Crowe & Ridley, 1990, 2000; Schnarch, 1991, 2000; Foreman & Dallos, 1992; Daines & Hallam-Jones, 2007; Weeks, 2005; Weeks & Gambescia, 2009, prema Marković, 2013). Marković (2013) u svom radu ističe razlike i povlači paralelu između seksologije i sistemske terapije na nivou četiri dimenzije: teorijskim idejama, etičkim principima, profesionalnoj ulozi i intervencijama. Proučavajući navedene integrativne pristupe u tretmanu seksualnih disfunkcija, ističe da model Weeksa i saradnika, koji će detaljnije biti predstavljen u radu, iako obuhvata mnoge dimenzije važne za tretman seksualnih disfunkcija, ne uključuje self terapeuta, terapijski odnos i sistemski kontekst kao relaciju refleksivnost koju smatra relevantnim u tretmanu seksualnih disfunkcija.

Terorijske pretpostavke u sistemskom pristupu su - da je znanje relativno, subjektivno

i socijalno konstruisano, da se zasniva na praksi i iskustvima iz prakse, i da je za razumevanje funkcionisanja vrlo važan kontekst kulture, pola i religije. Teorijske pretpostavke od kojih polazi seksologija su - znanje je naučno potvrđeno, polazi od statističkih podataka i činjenica potvrđenih istraživanjima, individualnih, bioloških, medicinskih i psiholoških činjenica. U seksologiji je kategorizacija seksualnih disfunkcija i poremećaja vrlo važna (dijagnoza seksualne disfunkcije, učestalost disfunkcije, i sl.). U svom integrativnom pristupu, Marković (2007, 2010), ističe da je potrebno povezati oba modela.

Etički principi od kojih se polazi u seksologiji su - terapeut je ekspert, potrebno je ispitati seksualne mitove koji utiču na klijente, a u sistemskom pristupu se polazi od principa - klijent je ekspert, potrebno je istražiti self terapeuta, njegove mitove i predrasude; polazi se od self-refleksivnosti i relacije refleksivnosti.

U skladu sa različitim etičkim principima, razlikuje se i uloga terapeuta u seksologiji i sistemskom pristupu. U tretmanu disfunkcija u okviru seksologije, terapeut ima glavnu reč, vodi proces, daje procenu problema i predlog tretmana, otvara i inicira direktnu komunikaciju o seksu, koristeći eksplicitan i specifičan jezik. Sistemčari u odnosu na ishod tretmana zauzimaju neutralniji stav, smatrajući da je ishod neizvestan, i da je otvoren do kraja tretmana, koriste klijentov jezik i terminologiju.

Razlike postoje i u intervencijama. Seksolozi postavljaju linearna pitanja, daju odgovore, edukuju klijente o seksualnosti, koriste biblioterapiju, daju bihejvioralne zadatke. Sistemčari koriste cirkularna i refleksivna pitanja, hipoteziranje, normalizaciju, reuokviravanje, dekonstrukciju i rituale.

U multidimenzionalnoj psihoseksualnoj terapiji Marković (2013) integriše oba pristupa. Ističe da su na početku tretmana linearna pitanja vrlo značajna, jer pomažu proceni problema, i da su u kasnijim fazama tretmana značajnija cirkularna pitanja koja otvaraju različita značenja seksualnosti. Linearna pitanja u fazi procene problema su važna i zbog procene da li su biološki faktori uzroci seksualnih problema, što je značajno za planiranje tretmana, koji bi u slučaju potvrde ove hipoteze bio dominantno medicinski (npr. uzroci seksualne disfunkcije mogu biti nizak nivo testosterona, dijabetes, vaskularni problemi, kardiovaskularni problemi, upotreba lekova koji smanjuju želju i uzbuđenje).

U integrativnom pristupu (Marković, 2013) se terapeut tokom tretmana stalno kreće po kontinuumu čiji jedan kraj definiše sistemski pristup, a drugi seksologija, prateći potrebu i interes klijenta, koji su različiti u različitim fazama tretmana. Proširivanje znanja i informacije o seksualnosti je u jednoj fazi tretmana vrlo značajno jer daje klijentima doživljaj kontrole nad problemom, dok je u drugim fazama otvaranje različitih značenja seksualnosti, i

drugih važnih pitanja u partnerskom odnosu, važan aspekt tretmana. Po ovom pristupu i klijent i terapeut su eksperti. Terapeut daje svoje ekspertsko znanje, ali prihvata klijentov pogled i klijentovu perspektivu. Koristeći self-refleksivnost i relaciju refleksivnost terapeut prepoznaje i prati svoje seksualne mitove i predrasude. Klijenti aktivno učestvuju u kreiranju terapijskog procesa i biraju intervencije iz spektra intervencija koje nudi terapeut. Ovaj model terapijskog tretmana ne definiše specifične procedure kojih terapeut treba da se drži u tretmanu, već ostavlja otvoren prostor za kreativnost terapeuta i terapeutaov lični stil, kao i za izbor različitih vežbi i zadataka koji su u skladu sa klijentovim potrebama i situacijom.

Intersistemijski pristup tretmanu seksualnih disfunkcija (Weeks et al., 1987, 2000, 2005)

Weeks (1987, prema Weeks, 2005) sredinom 70-ih, 80-ih godina prošlog veka počinje da radi na integraciji seksualne i bračne terapije, i u seksualnoj terapiji pomera fokus sa dominantno bihevioralne, na sistemsku perspektivu. Krajem 80-ih godina, objavljuje prvu knjigu u kojoj je integrisana seksualna i bračna terapija (Weeks & Hof, 1987, prema Weeks, 2005). Weeks razvija *intersistemijski pristup u tretmanu seksualnih disfunkcija*. Iako su još Masters i Jonson (1970, prema Weeks, 2005) smatrali da je neodrživa ideja tretmana seksualnih disfunkcija bez uključivanja oba partnera, njihov pristup u radu sa parovima nije bio sistemski, već dominantno bihevioralni. Partner koji nije imao dijagnostikovanu seksualnu disfunkciju, u tretman je bio uključen više ko-terapijski, a ne kao klijent, dok je domaće zadatke i vežbe dobijao i radio samo identifikovani pacijent, što je bilo pokazatelj dominacije linearnog modela u razumevanju i tretiranju seksualnih disfunkcija u tom periodu. U toj fazi razvoja seksualne terapije, uticaj partnera na pojavljivanje i/ili održavanje seksualnih disfunkcija nije bio terapijski razmatran.

Weeks se u razvoju intersistemijskog pristupa, oslanjao na različita istraživanja i teorijske okvire, koji su bili od značaja za dijagnostiku i tretman seksualnih problema. Jedan od modela na koji se oslanjao bio je Sternbergov model ljubavi, razvijen u istraživanjima u socijalnoj psihologiji. Sternberg (1986, prema Weeks, 2005) je razvio model ljubavi u kojem je ljubav predstavljena kao jednakostranični trougao, u kojem stranice trougla čine tri bazična elementa: posvećenost, intimnost i strast. *Posvećenost* u ljubavi, kao jedan od bazičnih elemenata ljubavi, obuhvata kognitivni aspekt trougla ljubavi, i odnosi se na odluku da ostanu zajedno. *Intimnost* obuhvata emotivnu komponentu trougla. Odnosi se na osećanje pripadanja, bliskosti, poverenja i poštovanja prema drugoj osobi. Osećanja koja stoje u

osnovi intimnosti značajno utiču na ispoljavanje i izražavanje seksualnosti. Partner koji doživljava odbacivanje može ispoljiti emocionalnu i seksualnu distancu koja ima zaštitnu funkciju. Različiti strahovi od intimnosti mogu uticati na partnerski odnos. Strahovi od ljutnje, odbacivanja, povređivanja, zavisnosti, mogu uticati negativno na intimnost u partnerskom odnosu. **Strast**, kao treća komponenta trougla, odnosi se na partnersku naklonost, seksualnost i čežnju partnera da budu zajedno. Strast predstavlja motivacionu komponentu trougla ljubavi.

Bračni terapeuti dominantno rade sa prve dve komponente trougla ljubavi, baveći se pitanjima bliskosti, poverenja, poštovanja, ljubavi i odlukom partnera, dok se seksualni terapeuti dominantno bave trećom komponentom – komponentom strasti. Terapeuti koji prihvataju integrativni pristup u tretmanu seksualnih disfunkcija smatraju da funkcionisanje u prve dve komponente značajno utiče na razumevanje i tretman seksualnih problema, i u terapiji obuhvataju sve tri komponente ljubavi.

Intersistemski pristup Weeksa (2005) obuhvata pet komponenti o kojima je potrebno prikupiti informacije u terapijskom procesu, nakon čega sledi procena (formulacija), na osnovu koje se planira tretman.

Prva komponenta intersistemskog pristupa Weeks-a obuhvata **individualne biološke, medicinske aspekte** funkcionisanja partnera pojedinačno. Ovaj aspekt obuhvata ispitivanje genetskih faktora, hormonskog funkcionisanja, funkcionisanja reproduktivnog sistema, medicinske i psihijatrijske probleme, upotrebu lekova, koji mogu biti od značaja za seksualno funkcionisanje. Ispitivanje medicinskog aspekta je važno iz razloga što zdravstveni problemi mogu uticati na seksualno funkcionisanje (na primer, određeni vaskularni problemi, nivo holesterola, dijabetes mogu uticati na seksualnu funkcionalnost). Takođe, značajno je ispitati koje lekove osoba koristi, jer npr. antidepresivi mogu uticati na smanjivanje seksualne želje i problem sa orgazmom. Otklanjanje bioloških uzročnika ponekad može biti dovoljno za uspešan tretman seksualnih disfunkcija, mada je kombinacija medicinskih i psiholoških intervencija značajno češće neophodna u tretmanu seksualnih disfunkcija.

Druga komponenta je individualno-psihološka. Odnosi se na procenu psihopatologije (posebno poremećaja ličnosti), mehanizama odbrane, temperamenta, inteligencije, ličnog stila, znanja i verovanja o intimnosti, seksualnosti, zadovoljstvu, sopstvenoj slici tela, seksualnog nasilja u porodici, izloženosti stresu, i sl. Individualni faktori utiču na razumevanje i izražavanje seksualnosti partnera. Na primer, partner može da reaguje depresivno jer partnerski odnos nije zadovoljavajući, a depresivnost snižava seksualnu želju što dalje produbljuje partnerski konflikt.

Treća komponenta je partnerski odnos. Odnosi se na način komunikacije, prevladavanja konflikata, strahove od intimnosti i bliskosti, način komunikacije partnera o seksu; seksualne preferencije kod partnera, postojanje diskrepancije u seksualnim preferencijama.

Četvrta komponenta koju ispitujemo je porodica porekla. Poruke o seksualnosti i partnerskom odnosu se inicijalno dobijaju od porodice porekla. Činjenicu da se u nekim porodicama ne govori o seksualnosti, deca mogu razumeti kao poruku da je seksualnost loša i pogrešna. Pored neverbalizovanih poruka o seksualnosti, u mnogim porodicama se deci, posebno ženskoj, direktno šalju negativne poruke o seksualnosti (da je žena promiskuitetna, loša, prljava ukoliko se ponaša na seksualan način. U okviru ove komponente ispitujemo i sledeće faktore: gubitke u porodici, razvod, tajne, pritisak porodice porekla na odraslu decu oko potomstva i ostvarivanja u roditeljskoj ulozi, koji takođe mogu biti od značaja za seksualno funkcionisanje partnera.

Peta komponenta obuhvata kulturni, društveni, istorijski i religijski uticaj. Ovaj širi kontekst u kojem osoba odrasta i živi, takođe utiče na seksualna uverenja i način izražavanja seksualnosti. Na primer, religiozna uverenja mogu uticati na negativan stav o masturbaciji i na problem anorgazmije.

Cilj intersistenskog pristupa je integracija svih navedenih aspekata individualnog biološkog i psihološkog funkcionisanja, partnerskog funkcionisanja, porodičnih i kulturalnih uticaja, koji su relevantni za tretman seksualnog problema.

Weeks je u intersistenski pristup inkorporirao teoriju interakcije koju su razvili Strong i Claiborn (1982, prema Weeks 2005), koja je primenjivana u radu sa parovima. Ova teorija predstavlja socijalno-psihološki model koji obuhvata dve komponente – intrapsihičku i interaktivnu/interakcionu koje se razrađuju u terapijskom tretmanu.

Prva intrapsihička komponenta je **interpretacija**. Interpretacija se odnosi na način kako osoba interpretira određeni problem ili događaj, odnosno koje mu značenje pridaje (isti problem se u jednom paru može posmatrati kao erektilna disfunkcija, jer muškarac ne može dovoljno dugo da održi erekciju dok žena ne postigne orgazam), a u drugom kao anorgazmija (problem žene da postigne orgazam), dok se u trećem paru može posmatrati kao neusaglašenost para u postizanju zadovoljstva, na čemu se u tretmanu može mnogo lakše raditi nego u situacijama u kojima način pripisivanja značenja izaziva osećanje krivice i dovodi do optuživanja.

Druga intrapsihička komponenta sa kojom se radi u tretmanu je **definicija**. Ispituje se način na koji partneri definišu odnos, i na koji način odnos definiše njih. Na primer, partneri

moгу razviti problem koji je posledica pogrešnih informacija (npr. žena kojoj treba 20 minuta da doživi orgazam smatra da ima problem anorgazmije). Sager (1976, prema Weeks, 2005) smatra da definicija ima tri nivoa – može biti svesna i verbalizovana; svesna i neverbalizovana i nesvesna i neverbalizovana. Nesvesna i neverbalizovana definicija odnosa često zajedno sa bazičnim strahom od intimnosti i bliskosti utiče na probleme sa seksualnošću.

Treća intrapsihička komponenta na kojoj se radi u tretmanu je **predviđanje**. Partneri koji imaju seksualni problem često očekuju neuspeh u svakom sledećem seksualnom odnosu zbog čega proređuju ili izbegavaju seksualne odnose. Takođe, zbog očekivanja neuspeha parovi u terapiji ponekad izbegavaju da primenjuju zadate vežbe. Izbegavanje seksa održava seksualni problem i najčešće vodi njegovom usložnjavanju (parovi koji imaju problem prevremene ejakulacije često izbegavaju seksualni odnos, što ga više izbegavaju to se više pojačava prevremena ejakulacija, što cirkularno održava problem).

Interakcione komponente:

Prva od tri komponente je **kongruentnost**. Kongruentnost je stepen u kojem se parovi slažu u definiciji i viđenju određenih događaja. Kod seksualnih problema često postoji nekongruentnost partnera oko učestalosti seksa (po proceni jednog često, po proceni drugog retko).

Druga komponenta je **međusobna povezanost**. Jedan partner može želiti veću učestalost seksualnog odnosa, i istovremeno verovati da partner ne može zadovoljiti njegovu potrebu. Partneri koji su visoko emotivno vezani veruju da je drugi partner spreman da zadovolji njihove potrebe. Verovanje partnera, da li potrebe mogu zadovoljiti unutar partnerskog odnosa, je faktor koji povećava ili smanjuje verovatnoću rešavanja seksualnog problema.

Treća komponentu čine **strategije atribucije partnera**. One govore o tome kako partneri pripisuju značenje događajima. Neki parovi koriste linearne strategije atribucije (to što muž ne može da izdrži dovoljno dugo do ejakulacije, uzrok je ženine nemogućnosti da doživi orgazam). Cirkularne strategije atribucije imaju partneri koji preispituju kako ponašanje jednog utiče na ponašanje drugog. Cilj tretmana je - pomoći partnerima da prepoznaju cirkularnu prirodu njihovih problema; da se sa individualnog pristupa pomere ka sistemskom i od negativnog ka pozitivnom, što smanjuje kritičizam drugog, osećanje krivice i neadekvatnosti, otvarajući prostor za zajedničko traženje rešenja i zajedničku odgovornost za partnersko funkcionisanje.

Intervencije i tehnike u tretmanu seksualnih disfunkcija

U narednom segmentu biće prikazane neke od značajnih i često korišćenih intervencija i tehnika u tretmanu seksualnih disfunkcija u različitim integrativnim pristupima (Zilbergeld, 2003; Week & Gambescia, 2000; Marković, 2013).

1. *Proširivanje značenja o seksu* – možda je najvažnija intervencija koja se koristi u radu sa seksualnim problemima. Odnosi se na jednu širu perspektivu gledanja na seksualnost i prihvatanje definicije seksualnosti svakog para pojedinačno (Zilbergeld, 2003). Seks je ono što par definiše da jeste, i u čemu se oba partnera osećaju dobro. Ova intervencija često uključuje razradu brojnih predrasuda o seksualnosti i seksu (muškarac je uvek zainteresovan, i uvek spreman za seks; pravi muškarac u seksu ima glavnu reč; pravi seks usredsređen je na krut penis; seks je isto što i koitus; dobar seks je spontan, bez planiranja i razgovora; svako dodirivanje je seksualno i vodi ka seksu; mi smo slobodoumni ljudi koji se osećaju lagodno u vezi sa seksom).

2. *Rad na predrasudama o seksualnosti* – putem biblioterapije, podizanja informisanosti i znanja partnera o seksualnosti. Terapeuti koji rade sa seksualnim disfunkcijama treba da budu svesni ličnih predrasuda o seksualnosti i da kontrolišu njihov uticaj na terapijski rad. Da li, i koliko, kao terapeuti možemo biti neutralni kada radimo sa ovako kompleksnom i osetljivom problematikom, za je terapeute važno pitanje. Mitovi koje o seksu mogu imati klijenti često utiču na razvoj osećanja krivice i anksioznosti, i potrebno ih je dobro razraditi u terapiji (Week and Gambescia, 2000; Zilbergeld, 2003).

3. *Rad na anksioznosti* – stav „*moram postići krajnji cilj*“ podiže anksioznost i utiče na žurbu partnera da „odrade“ fazu u kojoj se nalaze, da kroz nju što pre prođu i žure ka krajnjem cilju, koji je u stvari suština seksa (Week & Gambescia, 2000; Zilbergeld, 2003). Svođenje suštine seksa na „krajnji cilj“, koji je najčešće koitus, povećava anksioznost pre svega kod muškaraca, koji zbog ovog straha mogu razviti ili održavati erektilnu disfunkciju – jer, strah od krajnjeg neuspeha preusmerava fokus sa trenutnih faza i trenutnog uživanja, na krajnji ishod seksa. Važan aspekt uspešnosti tretmana seksualnih disfunkcija je prihvatanje, da je svaka faza u seksualnom odnosu cilj po sebi, i da je kao takva važna u seksualnom odnosu. Kaplan (1979, prema Week & Gambescia, 2000) ističe da je koitus samo jedna od brojnih seksualnih opcija i da je ovo stanovište, pre svega, važno u tretmanu erektilne disfunkcije.

4. *Sve što je jednom naučeno može biti odučeno* - jedan je od generalnih terapijskih principa koji je značajan i u terapiji seksualnih problema. S obzirom da je

aktuelno seksualno ponašanje i znanje o seksu posledica učenja tokom odrastanja, i to najčešće iz medija, ova znanja su često nepotpuna i netačna, i utiču na formiranje brojnih predrasuda koje odrasli imaju o seksualnosti. Kao što su pogrešna znanja u jednom trenutku naučena, ona mogu biti odučena, i partneri mogu usvojiti nova, funkcionalnija znanja o seksualnosti. Zato je jedan od važnih koraka u tretmanu seksualnog funkcionisanja, prepoznavanje i prihvatanje činjenice da se seksualno ponašanje uči. Kada par prihvati da su neke stvari u seksualnom ponašanju pogrešno naučene, biće spreman da radi na njihovom odučavanju i učenju novih funkcionalnijih znanja. Usvajanje novih znanja utiče na drugačije razmišljanje o seksualnosti, a drugačije razmišljanje utiče na drugačije ponašanje i osećanje partnera u seksualnom odnosu (Week & Gambescia, 2000).

5. *Rad na negativnim uverenjima* – ukoliko postoje negativna uverenja partnera o seksu, potrebno ih je razraditi. Klijenti mogu da imaju negativne seksualne stavove koji otežavaju postizanje željene promene, jer izazivaju osećanje krivice koje kod partnera utiče na sabotiranje postizanja promene (npr. negativna konotacija masturbacije može biti posledica religioznog uverenja da masturbacija, čiji je jedini cilj postizanje zadovoljstva, nije prihvatljiva). U tretmanu se preispituje da li prihvatanje zadovoljstva ugrožava religiozna uverenja, ili se u stvari radi o pogrešnom razumevanju religijskih stavova.

6. *Razvijanje pozitivnih stavova o seksu, tj. pozitivne seksualne slike o sebi i pozitivne seksualne slike selfa, uopšte* – ova intervencija utiče na razvijanje veće seksualne želje kod partnera (Zilbergeld, 2003).

7. *Rad na fantazijama, odnosno prepoznavanje seksualnih fantazija* – je, kao i stvaranje pozitivne seksualne slike o sebi, partneru i njihovom odnosu, jedna od intervencija koja povećavaju seksualnu želju (Weeks, 1987; Loren and Weeks, 1986, prema Weeks & Gambescia, 2000), i kao takav je veoma važan, jer je nedostatak želje seksualna disfunkcija čiji je tretman najzahtevniji. Sadržaj seksualnih fantazija veoma varira od pojedinca do pojedinca. Fantazije mogu da izazovu neprijatnost kod partnera, zbog dileme koju mogu imati i koja se odnosi na pitanje, da li su fantazije koje imaju „normalne“ ili ne. Kada prepoznaju da seksualne fantazije pojačavaju seksualnu želju, i da su u interesu boljeg partnerskog funkcionisanja, lakše prihvataju „normalnost“ fantazija i njihovu pozitivnu, motivacionu komponentu u seksualnom odnosu. Faktor koji takođe može da problematizuje pozitivno razumevanje fantazija je činjenica da parovi vrlo retko razgovaraju o svojim fantazijama, iz razloga što imaju osećaj krivice zbog svojih fantazija, zbog čega se mogu generalno osećati zbunjeno u vezi sa fantazijama. Važno je, da partneri razumeju da fantazije ne znače želju partnera da u stvarnosti realizuje i odigra fantaziju. Jedna od najčešćih

seksualnih fantazija je, fantazija da imaju seks sa drugim partnerima (Weeks & Gambescia, 2000). Normalizacija seksualnih fantazija je jedna od vrlo važnih terapijskih intervencija. Osećanje krivice i neprijatnosti koje partneri mogu razviti zbog svojih seksualnih fantazija može dovesti do izbegavanja seksualnog odnosa sa partnerom, kao posledica samooptužujućih misli da je zbog takvih fantazija izneverio partnera, i da, iako želi seks sa partnerom, „nema pravo“ da ga ima.

8. *Postavljanje specifičnih pitanja o seksu* – Cilj postavljanja specifičnih i konkretnih pitanja o seksu omogućavaju terapeutu uvid u to šta partneri rade i kako reaguju, bihevioralno i emotivno, tokom seksa, što omogućava procenu i prepoznavanje faktora koji utiču na stvaranje i održavanje seksualnih problema. Na primer, normalne promene u postizanju erekcije do kojih dolazi sa starenjem, muškarac može protumačiti kao impotenciju. Promenu u brzini postizanja erekcije, i činjenicu da mu je za postizanje erekcije sada potrebno više stimulacije nego ranije u mladosti, muškarac umesto da protumači kao normalu, doživljava kao problem i disfunkcionalnost. Doživljaj, i pogrešna procena promene kao disfunkcionalnosti, dovodi do izbegavanja seksualnog odnosa sa partnerkom, što cirkularno utiče na dalje razvijanje i održavanje problema erektilne disfunkcije.

9. *Kreiranje intimnog seksualnog konteksta u kojem par primenjuje zadate vežbe* – terapeut objašnjava vežbe paru i elaborira njihov značaj za partnerski odnos. Važno je da par u važbama uživa i, da kroz zajedničku aktivnosti, radi na razvijanju intimnosti u odnosu, i uživanja u intimnosti, što je krajnji cilj seksualne terapije (Weeks & Gambescia, 2000). Sa jedne strane od para se očekuje realizacija vežbi po dogovorenom planu, a sa druge strane, ostavlja se prostor za fleksibilnost u tajmingu sprovođenja vežbe – ukoliko par nije spreman da vežbu realizuje u dogovorenom terminu, ostavlja je za naredni, ali je suština da par i u prvom terminu radi nešto zajedno, jer se polazi od pretpostavke da zajednička aktivnost utiče na razvijanje intimnosti u partnerskom odnosu. Važno je kreirati okruženje u kojem par može uživati u senzualnosti partnerskog odnosa.

10. *Biblioterapija* – edukacija para je važna intervencija i u integrativnoj seksualnoj terapiji. Do informacija i znanja o seksualnosti, mladi u najmanjoj meri dolaze od roditelja. Sredstva informisanja o seksualnosti su, u adolescenciji, razmena informacija sa vršnjacima i, u najvećoj meri, informisanje preko medija (časopisi, filmovi, reklame, i sl.), odnosno informisanje koje ne uključuje direktnu razmenu i priču o seksualnosti. Ovakav način učenja podržava tabuiziranost teme seksualnosti, kako u partnerskom odnosu, tako i generalno u društvu, što značajno otežava otvoren i direktan razgovor o seksualnosti kada dodje do problema na ovom polju. O seksu nije lako direktno i otvoreno razgovarati, posebno

kada postoji problem, što je posledica osećanja koja su često vezana za seks: stid, krivica, nešto prljavo, loše. Zbog svega navedenog, tretman seksualnih disfunkcija je vrlo kompleksan i zahteva specifičnu edukaciju, specifična znanja, visoko razumevajući i prihvatajući terapijski stav, bez okrivljavanja i osudjivanja, i spremnost na otvaranje novog pogleda na seksualnost i sagledavanje šireg značenja seksualnosti. Značaj edukacije para za uspešnost seksualne terapije prepoznat je još 70-ih godina prošlog veka (LoPiccolo & Heiman, 1978, prema Weeks & Gambescia, 2000). Biblioterapija, kao tehnika koja se koristi u seksualnoj terapiji para, podrazumeva čitanje literature po preporuci terapeuta i diskusiju o pročitanoj. Ova tehnika, sa jedne strane povećava informisanost para o seksualnosti generalno, informišući ih o razlikama i specifičnostima muške i ženske seksualnosti, i sa druge strane podstiče i uči partnere da razgovaraju o seksualnosti. Komunikacija o seksu poboljšava razumevanje seksualnosti (Weeks & Gambescia, 2000). Terapeut podržava par da i u seansi, i van seanse razgovaraju o pročitanoj i povezuju ga sa svojim odnosom, što povećava spremnost na veće samootkrivanje i u partnerskom, i u seksualnom funkcionisanju.

Zaključak

Cilj ovog rada nije bio prikaz tretmana pojedinačnih seksualnih disfunkcija (odložene ejakulacije, prevremene ejakulacije, erektilne disfunkcije, poremećaja ženskog orgazma, poremećaj ubuđenja kod žena, bol pri penetraciji, snižena seksualna želja muškaraca i druge seksualne disfunkcije). Želeli smo da prikazemo značaj integrativnog pristupa u tretmanu seksualnih disfunkcija, i osnovne intervencije koje se koriste u tretmanu pojedinačnih seksualnih disfunkcija. Razumevanje šireg pogleda na seks pomaže parovima da na drugačiji način, odnosno iz drugačije perspektive sagledaju i razumeju svoju i partnerovu seksualnost, na drugačiji način razumeju etiologiju seksualnih problema, prepoznaju načine na koje održavaju seksualne probleme, i nauče kako da iz jedne nove perspektive uživaju u seksu.

Literatura

- Basson, R. (2002). Womens sexual desire-disordered or misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28S, 17-28.
- Hof, L. & Berman, E. (1986). The Sexual Genogram. *Journal of marital and Family Therapy* Vol. 12, No 1, 39-47
- Lasenza, S. (2010). What is queer about sex? Expanding sexual frames in theory and practice. *Family process*, vol. 49, No 3, 291-308.
- Marković, D. (2013). Multidimensional psychosexual therapy: a model of integration between sexology and systemic therapy. *Sexual and Relationship therapy*. vol. 28, No.4, 311-323.
- Weeks, G. R. (2005). The emergence of a new paradigm in sex therapy-integration.

- Sewual and Relationship Therapy*, 20 (1), 89-103.
- Weeks, G., & Gambescia, N. (2000). *Erectile dysfunction: Integrating couple therapy, sex therapy and medical treatment*. Dunmore, PA: W.W. Norton.
- Weeks, G. & Hof, L., (1987). *Integrating Sex and Marital Therapy*, Brunner/Mazel.
- Wincze & Carey (2001). The Sexual Dysfunctions: Part 3, Sexual Arousal Disorders.
- Zilbergeld, B. (2003). *Nova muška seksualnost*. Beograd: Rad, 2003.

DRAFT

deo 2. PODRŠKA PORODICI U RAZVOJU
ULOGA I ODNOSA

PRIPREMA ZA RODITELJSKU ULOGU-OBLICI PODRŠKE TRUDNICAMA

Mila Radovanović

Filozofski fakultet, Novi Sad

Tranzicija ka roditeljstvu predstavlja u razvojnem smislu krizu, koja od individue, ali i para i porodice u širem smislu zahteva prilagođavanje na nove uloge i životne okolnosti. Veliki životni događaji i tranzicija u nove životne cikluse unutar porodice donose nove izazove za postojeće porodične resurse, donose nove zadatke, pojačavaju postojeće ranjivosti i slabe tačke porodičnog sistema, te u isto vreme predstavljaju izvestan rizik za funkcionalnost porodice ukoliko ona nije adekvatno uspostavljena.

Uprkos činjenici da roditeljstvo postoji jednako dugo koliko i ljudska vrsta, u naučnim i stručnim krugovima interesovanje za ovu temu relativno je skorijeg datuma. Tako je nalaz da „83% novih roditelja doživljava umerenu ili ozbiljnu krizu u svom bračnom i porodičnom životu u prvoj godini nakon rođenja deteta", koji je 1957. godine izneo sociolog Le Masters zapravo označio početak interesovanja za ovu temu među stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja (Cowan & Cowan, 1995). Novo polje interesovanja donelo je brojna istraživanja, koja su 1980-tih proširena i na istraživanje mentalnog zdravlja porodica u toku perioda trudnoće odnosno, gledano iz ugla roditeljstva, u periodu tranzicije ka roditeljskoj ulozi.

Promene koje nova uloga roditelja donosi možemo sagledati iz različitih perspektiva. Tako možemo uočiti promene koje se odvijaju na ličnom planu budućeg roditelja (intrapersonalne) ili u njegovom odnosu sa drugim ljudima (interpersonalne). Sa druge strane, promene možemo podeliti u odnosu na domen u kojem se ispoljavaju na biološke, psihološke i socijalne.

Na ličnom planu razvija se ideja o sebi kao roditelju, dok se u odnosu sa drugim ljudima uspostavljaju nove relacije: par razvija ideje o koroditeljstvu, članovi šire porodice pripremaju se za nove uloge i relacije sa novim članom porodice.

Istovremeno na fizičkom nivou kod žena dolazi do promena u izgledu tela i hormonskom statusu, dok na socijalnom planu budući roditelji organizuju nove oblike

druženja i obavljanja profesionalne uloge, a sve ove procese integriše psihološki aspekt ličnosti.

Veliki broj ljudi u određenom periodu svog života odluči da postane roditelj. Istorijski gledano uloga roditelja postoji jednako dugo koliko i sam čovek. Time, roditeljstvo postaje fenomen koji je u velikom procentu zastupljen u populaciji, kao i fenomen koji pored psihološke u sebi sadržava i biološku i socijalnu komponentu. Imajući to u vidu, možemo razumeti shvatanja o roditeljstvu prisutna kod velikog broja ljudi, a koja najjednostavnije rečeno podrazumevju da samim rođenjem deteta roditelj postaje opremljen setom veština i znanja potrebnim za roditeljsku ulogu. Kao da sama biološka tranzicija ka roditeljstvu podrazumeva i tranziciju u ostalim aspektima ove uloge. Međutim, da li je to zaista tako?

Istraživanja ukazuju na činjenicu da neuspeh u adaptaciji na roditeljsku ulogu ne izaziva probleme samo u funkcionisanju roditelja, nego i deteta. Tako je stres kod roditelja u toku prvih godina formiranja porodice povezan sa negativnim razvojnim ishodima kod dece u toku predškolskog i osnovnoškolskog perioda (Cowan & Cowan, 1995). Ovaj primer nam ukazuje na to da kod izvesnog broja roditelja izostaju veštine i znanja potrebna za adekvatno ispunjavanje zadataka koje ova uloga podrazumeva, dok se posledice neadekvatnog obavljanja ove odgovorne uloge odražavaju na sve članove porodičnog sistema.

Osim nalaza koji nas potsećaju na značaj uloge roditelja za razvoj deteta, rezultati istraživanja nas takođe upoznaju i sa faktorima koji su važni za predikciju budućeg funkcionisanja porodice. To su kvalitet bračne (partnerske) relacije, prenatalna vezanost majke za fetus, očekivanja od koroditeljske uloge partnera i kapacitet da se razgovara o budućoj porodici kao o celini (Bürgin & von Klitzing, 1995; Katz & Gottman, 1996; Lewis, 1988; prema Cairo et al, 2012 ; McHale, 2007; McHale et al, 2004; Muller, 1996). Navedeni nalazi omogućavaju nam da sagledamo činioce od kojih možemo krenuti ako nam je cilj uspešno roditeljstvo.

Kao što vidimo uloga roditelja je zapravo vrlo složena, sačinjena od više komponenata. Roditeljstvo je predmet proučavanja različitih nauka u kojima kontinuirana istraživanja daju svoj doprinos korpusu znanja iz ove oblasti. I dok je u našem društvu prepoznata potreba za edukovanjem roditelja u fazi pripreme za roditeljstvo u domenu zdravstvene nege trudnica, pripreme za porođaj i nege novorođenčeta, stiče se utisak da psihološku komponentu roditeljstva društvo u celini zanemaruje. U tekstu koji sledi nastojaćemo da predstavimo šta to podrazumeva priprema za roditeljstvo iz psihološkog ugla i kakva je njena uloga u razvoju funkcionalne porodice i zdravog potomstva.

Tranzicija ka roditeljstvu iz ugla teorije afektivne vezanosti

Kao što smo u došadasnjem tekstu naveli, roditeljstvo pa tako i priprema za njega je složen fenomen. Međutim, ako želimo da razmotrimo intrapsihičke procese koji se odnose na razvoj identiteta roditelja kao osobe koja organizuje i pruža brigu za dete, tada uviđamo da je teorija afektivne vezanosti ta koja nam u ovom polju daje okvir koji je najčešće korišćen i empirijski potkrepljen kod istraživača iz ove oblasti. Ova teorija nam pruža model razvoja sistema brige, daje nam uvid u činioce koji su važni za razvoj i održanje ovog sistema, zatim objašnjava komplementaran odnos koji se stvara između pružaoca i primaoca brige, te efekte koje sistem brižnog ponašanja ima kod osobe koja tu brigu prima.

Teorija afektivne vezanosti ističe ulogu dva relevantna i komplementarna sistema ponašanja: afektivne vezanosti deteta i pružanje brige od strane roditelja. Afektivna vezanost deteta odnosi se na motivacioni sistem deteta da traži i primi brigu, dok se pružanje brige odnosi na motivacioni sistem roditelja da pruži brigu i zaštitu (Bowlby, 1969 prema Maysel, 2006).

Sistem ponašanja organizovan afektivnom vezanošću je uzajaman i oblikuju ga karakteristike pružaoca brige (roditelja) i primaoca brige (deteta), kao i kvalitet odnosa koji se u ovoj dijadi razvija. Kvalitet brige u određenoj meri će odrediti kvalitet veze kroz efekte koje će imati na razvoj poverenja deteta u dostupnost roditelja, dok će veza između roditelja i deteta ostvarena na ovaj način imati uticaja na sposobnost individue da svađa uzrasno-specifične razvojne zadatke u domenu socio-emocionalnog i kognitivnog razvoja, od prvih dana života, pa sve do odraslog doba. Sa druge strane, neusklađenost u sistemu afektivne vezanosti često je povezana sa rizicima za mentalno zdravlje dece i odraslih (George & Solomon, 2008).

Međutim, na ovom mestu nastojimo da razumemo kako se formira roditeljski identitet, te ćemo stoga razmotriti odgovore na sledeća pitanja: Šta je to što određuje kvalitet brige? I da li se motivacija za pružanje brige i zaštite javlja sa rođenjem deteta ili ranije?

Kvalitet brige roditelja uključuje tri komponente: kognitivnu, emocionalnu i bihevioralnu. Kognitivna komponenta sadržana je u „mentalnoj predstavi o detetu” i njen sadržaj čine uverenja roditelja o sebi, detetu i tome kakav bi trebao da bude njihov odnos. Emotivna komponenta se odnosi na emocije koje roditelj doživljava u odnosu sa detetom, dok se bihevioralna komponenta odnosi na ponašanje koje se kao ispoljava u kontekstu brige za dete, a podrazumeva obezbeđivanje prisutnosti roditelja uz dete, što dalje omogućava roditelju da svojim ponašanjem odgovori na iskazane potrebe deteta.

Razvoj sistema brige počinje još u detinjstvu, u toku koga deca ugledanjem na roditeljski model kroz igru oponašaju pružanje brige onako kako su je oni dobili i doživeli. To se najčešće dešava u simboličkoj igri gde dete preuzima ulogu majke „bebi lutki” ili mlađem detetu. Ovakav sistem brige koji vidamo u ranom detinjstvu smatra se nezrelim jer dete u svom oponašanju reprodukuje samo neke elemente ponašanja roditelja, dok u isto vreme pažnja deteta lako može odlutati sa objekta o kojem se brine, time ne pružajući kompletnu i zadovoljavajuću brigu.

Razvoj se, dalje, nastavlja tokom perioda adolescencije kada sistem brige započinje svoju transformaciju od nezrelog ka zrelom sistemu ponašanja. On je u skladu sa razvojnom perspektivom adolescencije koja se sagledava kao period u toku koga mnoge od dečijih karakteristika sazrevaju u formu karakterističnu za odrasle. Pretpostavka je da se transformacija sistema brige koja se odvija u adolescenciji delom zasniva na biološkim promenama povezanim sa pubertetom, odnosno da hormoni koji utiču na razvoj sekundarnih polnih karakteristika imaju udela u pokretanju razmišljanja o potomstvu. Osim bioloških pokretača, razvoj uslovljava i iskustvo i kulturne norme u odnosu na koje osoba sazreva. Međutim, bez obzira na faktore poput iskustava ili kulture mnoge devojke u periodu od 17-19 godina često razmišljaju o tome hoće li biti dobre majke i uopšteno kako igleda biti majka i brinuti o bebi (George & Solomon, 2008).

Sistem brige svoj najveći razvoj doživljava tokom tranzicije ka roditeljstvu, odnosno u toku trudnoće. I tada razvoj teče postepeno, uporedo sa razvojem fetusa. Najpre se razvija kognitivna komponenta, odnosno svest o izvesnosti nove uloge. Dalje se sa razvojem ideje o sebi kao pružaocu brige aktivira emocionalna komponenta u odnosu na fetus, koja rezultuje u brižnom ponašanju koje ima za cilj uspešnu realizaciju trudnoće. Kasnije, rođenjem deteta sistem brige koji je razvijen na temelju imaginarne predstave bebe, u potpunosti će biti aktualizovan u uzajamnom odnosu sa detetom. Prema teoriji afektivne vezanosti sistem pružanja brige organizovan je unutrašnjim radnim modelom pružanja brige, koji je sačinjen od roditeljskih mentalnih predstava. Drugim rečima, smatra se da će bihevioralne manifestacije brige o detetu biti pokrenute unutrašnjim radnim modelom.

Unutrašnji radni model pružanja brige ima sledeće karakteristike: a) baziran je na iskustvu vezanom za pružanje brige; b) svrha mu je da reguliše, interpretira i predviđi ponašanja, misli i emocije pružaoca brige; c) reflektuje realnost, ali je i kreira i reguliše; d) do određene mere je fleksibilan i može biti upotpunjen i izmenjen novim iskustvima i samoreflesivnošću; e) uključuje više različitih memorijskih sistema: proceduralnu, semantičku i epizodičku memoriju, sa različitim nivoima svesnosti i afektivne uključenosti; f) omogućava

različite zaštitne procese koji služe da zaštite pružaoca brige od anksioznosti i psihološke patnje (Mayseless, 2006).

Unutrašnji radni model pružaoca brige nastaje na osnovu iskustva osobe. Ovo iskustvo osoba počinje da stiče još u sopstvenom detinjstvu, u odnosu sa svojim roditeljem (pružaocem brige). Međutim, s obzirom na prirodu iskustva, deca ne mogu u potpunosti da spoznaju karakteristike unutrašnjeg radnog modela svog roditelja koji uključuje njihove kognicije, planove, emocije. Ono što se ovim iskustvom stiče je sopstvena teorija bazirana na zaključcima koje dete na osnovu ponašanja roditelja izvodi. Ova sopstvena teorija biće osnov koji će dete poneti kao iskustvo o tome šta znači pružanje brige i koje će kasnije činiti njegov radni model kada on bude u ulozi pružaoca brige. Dodatno, sopstvena osećanja i interpretacije deteta (primaoca brige) mogu kasnije poslužiti osobi kao način da razumeju šta iz ugla deteta znači kada se neko o njemu brine.

Roditeljske mentalne predstave delom su bazirane i na njegovim iskustvima sa drugim osobama koje su u životu o njemu brinule. One mogu poticati i iz situacija u kojima je dete u toku detinjstva preuzimalo ulogu pružaoca brige (npr. negujući mlađeg siblinga ili kućnog ljubimca). Dalje, predstave se stiču i putem vikarijskog učenja i internalizacije drugih modela kako stvarnih (npr. majka najboljeg prijatelja, drugi roditelji), tako i fiktivnih (npr. junak iz filma ili knjige) (Mayseless, 2006).

Kao što smo videli, ideje o aspektu identiteta roditelja koje se odnose na način brige o detetu razvijaju se znatno pre nego što osoba zaista postane roditelj, a najznačajni period razvoja predstavlja upravo trudnoća. Ova činjenica poslužila je istraživačima kao ideja da razviju metodologiju ispitivanja roditeljskih mentalnih predstava u toku trudnoće, imajući u vidu da bi prevencija potencijalnih maladaptivnih oblika brige o detetu mogla biti najefikasnija upravo u periodu kada se ove predstave aktiviraju.

Mogućnosti procene mentalnih reprezentacija roditelja i rezultati dobijeni u istraživanjima

Mentalne reprezentacije roditelja ili unutrašnji radni model pružaoca brige, kako smo u dosadašnjem tekstu naveli ima veliku ulogu u određenju načina i kvaliteta roditeljske brige u odnosu na dete, dok će dete kroz iskustvo sa modelom brige koje mu roditelj pruža razviti određeni kvalitet afektivne veze u odnosu na roditelja, što je uvrđeno istraživanjima koje ćemo u nastavku teksta predstaviti.

Instrumenti za procenu mentalnih reprezentacija roditelja osmišljeni su u formi strukturiranih intervjua. Neki od najpoznatijih intervjua su: *Parent Development Interview* (PDI - Aber, Slade, Berger, Bresgi & Kaplan, 1985), *Parent Attachment Interview* (PAI - Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989), *Caregiving Interview* (George & Solomon, 1988) i *Working Model of the Child Interview* (WMCI - Zeanah, Benoit, Hirschberg & Barton, 1993).

Pitanja u navedenim intervjuima podstiču roditelja da opiše svoje emocionalne reakcije tokom trudnoće, ličnost deteta i njegov razvoj, karakteristike veze sa detetom, opažene i anticipirane teškoće u vezi sa karakteristikama deteta, reakcije na ponašanje deteta u različitim kontekstima i anticipirane teškoće u kasnijem razvoju. Kao primer navešćemo nekoliko pitanja iz WMCI: „1-Kako biste opisali vaš odnos sa bebom, sada dok ste trudni? ; 2- Šta vam se najviše dopada u vezi vašeg odnosa sa bebom u toku trudnoće? ; 3 - Da li ima nešto što biste želili da promenite u vezi vašeg odnosa sa bebom? ; 4- Da li se vaš odnos sa bebom menjao tokom trudnoće?" (Theran, Levendosky, Bogat & Huth-Bocks, 2005).

Intervju se može zadavati pre rođenja deteta, kada roditelj umesto realnog deteta i veze sa njim opisuje svoju ideju o tome, kao i nakon rođenja kada se opisuje realno dete. Vreme potrebno za zadavanje kreće se uglavnom u rasponu od 60 do 90 minuta. Odgovori ispitanika se snimaju, da bi se kasnije na osnovu transkripta vršilo kodiranje, dok krajnji rezultat predstavlja klasifikacija odgovora ispitanika u jednu od kategorija kvaliteta pružanja brige. Ove kategorije kreirane su tako da korespondiraju obrascima afektivne vezanosti deteta merene Testom strane situacije.

Kao primer izdvojićemo kategorije dobijene na WMCI i ekvivalentne dobijene na Testu strane situacije: balansirani tip roditeljskih reprezentacija najčešće korelira sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti deteta, odbacujući sa izbegavajućem, dok je ambivalentnost u roditeljskim reprezentacijama povezana sa ambivalentnim obrascem vezanosti deteta.

Reprezentacije majki merene pomoću WMCI prenatalno pokazale su visoku stabilnost i očekivanu vezu sa 1- klasifikacijom afektivne vezanosti deteta merenom Testom strane situacije; 2- pozitivnim i negativnim afektivitetom majki u interakciji sa bebom; 3- emocionalnom regulacijom bebe; 4- majčinim doživljajem afektivne veze sa detetom i 5- kliničkim statusom, odnosno faktorima rizika (Mayseless, 2006).

Studije koje su se bavile vezom između reprezentacija afektivne vezanosti majki u odnosu na sopstvene roditelje merenim u toku trudnoće i kasnijim kvalitetom veze majke i deteta u prvoj godini detetovog života, pokazuju značajnu povezanost između kategorija

afektivne vezanosti majki (autonomne, odbacujuće, preokupirane i nerazrešene) dobijenih na Adult Attachment Interview-u (AAI, George, Kaplan & Main, 1985) i kategorija afektivne vezanosti dece dobijenih na Testu strane situacije (sigurni, izbegavajući, ambivalentni i dezorganizovani), koja se kreće od 49% do 81%, sa najvećim slaganjem autonomno-sigurnih parova (Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steel & Steel 1991; Raval et al, 2001; Huth-Bocks, Levendosky, Bogat & Von Eye, 2004).

Ipak, postoje nalazi koji pokazuju nekonzistentnost između stila afektivne vezanosti majki i kasnije veze majke sa detetom. Fonagy i saradnici su u svom istraživanju dobili podatak da su deca majki koje su na AAI bile klasifikovane kao autonomne, na Testu strane situacije pokazala nesiguran obrazac afektivne vezanosti kod 24% ispitanih parova majki i dece. Detaljnijom analizom pokazano je da je do navedenog neslaganja došlo usled nepovoljnih životnih događaja koji su se odigrali u životima majki od perioda trudnoće (kada je radjen AAI), do prve godine deteta (kada je radjen TSS). Ovi životni događaji odnose se na gubitak bliskih osoba, svađe u braku i slično (Fonagy, et al 1991). Ovaj rezultat nam ukazuje na važnost situacionih faktora, koji mogu uticati na afektivnu vezu majke i deteta.

Huth – Bocks i saradnici (Huth- Bocks et. al, 2004) su utvrdili da i faktori kao što su siromaštvo i samohrano roditeljstvo mogu imati uticaja na razvoj nebalansiranih predstava o detetu. Slični nalazi dobijeni su i u istraživanjima koja su se bavila afektivnom vezom roditelja i dece. Oni su pokazali da su nizak socio-ekonomski status, samohrano roditeljstvo i nizak nivo obrazovanja majki povezani sa nesigurnim obrascem afektivne vezanosti deteta (Aber, Jones & Cohen, 2000 prema Huth- Bocks, Theran & Bogat, 2011 ; NICHD Early Child Care Research Network 2001; Tarabulsky et al., 2005).

Efekat navedenih faktora rizika uočeni su i istraživanju koje se bavilo ispitivanjem veze između prenatalnih reprezentacija majki (merenih pomoću WMCI) sa stilom afektivne vezanosti deteta (merenih pomoću TSS). Rezultati istraživanja pokazuju da su majke koje su se našle u kategorijama nebalansiranih majke- nesigurna deca imale manje resursa kod kuće nakon rođenja deteta: niska primanja, odsustvo drugog roditelja, prisustvo nasilja u kući, manje prenatalne socijalne podrške, češće prisustvo postpartalne depresije i manje adaptibilne bebe (Huth- Bocks et al., 2011).

Značajna povezanost postoji između reprezentacija majki u odnosu na dete u toku trudnoće (mereno WMCI) i rezultata na Testu strane situacije i ona iznosi 74%. Još jedna važna karakteristika reprezentacija majki je i njihova stabilnost, odnosno postojanost. Tako je stabilnost reprezentacija majki u odnosu na dete merna u toku trudnoće i godinu dana nakon rođenja iznosila 89 % kod majki klasifikovanih kao balansirane, 85% kod odbacujućih, dok

stabilnost reprezentacija kod majki klasifikovanih kao ambivalentne u trudnoći nije bila velika - samo jedna od osam majki je nakon godinu dana ostala u istoj kategoriji (Benoit, Parker & Zeanah, 1997). Do promena u mentalnim reprezentacijama majki u toku trudnoće i nakon nje, mogu dovesti faktori poput depresije majke, podrške partnera, porodičnih primanja i nasija u porodici (Theran et al, 2005).

Istraživanje u kojem je za procenu stila afektivne vezanosti korišćen AAI (Adult Attachment Interview) pokazalo je da stil afektivne vezanosti ostaje u velikoj meri stabilan od perioda trudnoće, do perioda nakon rođenja deteta (90 % ispitanica), što govori da su mentalne reprezentacije u odnosu na afektivnu vezanost relativno stabilne u odraslom dobu. U istom istraživanju posmatran je i transgeneracijski prenos ovih obrazaca i utvrđeno je da slaganje između stila afektivne vezanosti bake- majke- unuka/e iznosi 65%. (Benoit & Parker, 1994)

Saznanja o važnosti roditeljskih reprezentacija za organizaciju ponašanja pružanja brige, zajedno sa instrumentima za njihovu procenu mogu nam poslužiti kao važna alatka u identifikovanju faktora rizika i osmišljavanju preventivnih intervencija već u toku trudnoće.

Socijalni kontekst i priprema za roditeljstvo

U dosadašnjem tekstu predstavili smo značaj unutrašnjeg radnog modela pružaoca brige za razvoj roditeljske uloge. Naveli smo da se on formira još u detinjstvu počevši od odnosa sa sopstvenim roditeljima, preko drugih značajnih figura i uzora. Videli smo i da se on reaktivira u periodu trudnoće, kada u psihološkom smislu osoba počinje da se priprema za novu ulogu. Rezultati istraživanja nam ukazuju na to je razvijeni obrazac brige relativno stabilan i dalje služi kao model za narednu generaciju. Međutim, iako je tendencija stabilnosti obrasca brige i afektivne vezanosti uglavnom ono što se odnosi na najveći broj ljudi, neka odstupanja se ipak zapažaju.

Tragajući za uzrocima koji dovode do promene u unutrašnjem radnom modelu istraživači su došli na teren socijalnog okruženja trudnice. Uslovi u kojima trudnica živi i karakteristike njenog socijalnog okruženja mogu biti povezani sa kvalitativnom promenom očekivanog obrasca brige kod trudnica. Tako, nalazi govore da faktori poput socijalne podrške trudnici, nivoa stresa kojem je izložena kao i promene do kojih dolazi u njenom odnosu sa drugim ljudima mogu uticati na promenu njenog načina brige za dete (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005 prema Feldman 2007).

U studiji rađenoj sa adolescentnim trudnicama pokazano je da pružanje podrške, samopouzdanje i dostupnost prijatelja u okruženju pospešuju razvoj prenatalne vezanosti. Takođe, ističe se važnost da trudnica - adolescent pronađe osobu koja će joj pružati podršku onda kad joj je potrebna, kao i da se ta osoba uključi u aktivnosti poput odlazaka na lekarske preglede sa trudnicom i u školu za trudnice. (Feldman, 2007).

Dalje, u studijama o socijalnom okruženju kao riziko faktoru za razvoj sigurnog obrasca brige navode se niska primanja i samohrano roditeljstvo (Huth- Bocks et al, 2004), odnosno nizak socio-ekonomski status i obrazovanje majki (Aber, Jones & Cohen, 2000 prema Huth-Bocks et al 2011; NICHD Early Child Care Research Network, 2001; Tarabulsy et al, 2005), zatim postojanje nasilja u porodici (Huth-Bocks et al, 2004) i nedostatak socijalne podrške trudnici (Huth-Bocks et al, 2004, Tarabulsy et al, 2005; Huth-Bocks et al 2011).

Vажnost socijalne podrške ističe se i u istraživanjima koja ukazuju da majke treba da kreiraju i održavaju mrežu podrške da bi uspešno ostvarile ciljeve majčinstva (Crittenden, 1985; Crockenberg, 1981; Huth-Bocks et al, 2004).

Prenatalna vezanost

Pojam prenatalna vezanost majke za fetus (*prenatal attachment, motheral-fetal attachment*) koristi se da opiše specifičnu vezu majke i fetusa u toku trudnoće. Iako to nije jasno istaknuto, ovaj pojam se u istraživanjima najčešće dovodi u vezu sa elementima sistema brižnog ponašanja koji objašnjava teorija afektivne vezanosti. U tom kontekstu, prenatalna vezanost mogla bi se shvatiti kao manifestacija sadržaja unutrašnjeg radnog modela pružaoca brige prenatalno.

Krenlijeva (Cranley) daje islustraciju procesa koji se u toku trudnoće odvijaju: „Pet meseci ili duže majka je svesna fizičke prisutnosti i pokreta bebe, a čak i duže od toga ona ima intelektualnu spoznaju svog deteta”. Ova autorka prenatalnu vezanost objašnjava kao multidimenzioni koncept, identifikujući komponente koje opisuju ponašanja i interakciju sa nerođenim detetom. Komponente koje navodi su: kognitivna (diferencijacija selfa u odnosu na fetus, atribucija karakteristika i namera fetusa); emotivna (emocionalno investiranje u fetus); i bihevioralna (interakcija sa fetusom) (Doan & Zimerman, 2008).

Doan i Cimerman (Doan & Zimerman, 2008) daju viđenje prenatalne vezanosti kao koncepta koji podrazumeva interakciju između kognitivnih, emocionalnih i situacionih

faktora. Prema njihovom gledištu, sposobnost konceptualizacije apstraktnog iskustva trudnoće u terminima fetusa kao zasebne osobe je prekursor razvoja prenatalne vezanosti.

Smatra se da je mentalna veza majke sa fetusom razvojni zadatak trudnoće, a ujedno i indikator adaptacije na trudnoću (Lindgren, 2001). Ona je takođe važna „alatka” za uspešnu adaptaciju majke i bebe nakon rođenja (Brayan, 2000; Fuller, 1990; Muller, 1996; Rubin, 1984 prema Gau & Lee, 2003). Drugim rečima, trudnoća predstavlja razvojni stadijum u kognitivnom procesu buduće majke tokom koga se fokus pomera od viđenja sebe kao primaoca brige do sagledavanja sebe kao pružaoca brige (George & Solomon, 1996). Kao ilustraciju Dajton i saradnici (Dayton, Levendosky, Davidson & Bogat, 2010) citiraju Aber, Belsky, Slade & Crnic (1999) „...kao što motivacija za traženjem brige vodi dete ka razvoju reprezentacija njihove veze sa pružaocem brige (roditeljem), tako će motivacija za pružanjem brige voditi roditelja da razvije reprezentacije svoje veze sa detetom.”

Značenje termina prenatalna vezanost Kondon (Condon, 1993 prema Laxton- Kane & Slade, 2002) objašnjava preko modela afektivne vezanosti odraslih za koji je pretpostavio da može biti primenjiv i na relaciju majka-fetus u kojoj majka traži: da zna, da bude sa njim, da izbegava separaciju ili gubitak, da zaštititi i da identifikuje i zadovolji potrebe fetusa.

Rabin (Rabin, 1975 prema Laxton- Kane & Slade, 2002) objašnjava termin prenatalne vezanosti kroz zadatke majke u trudnoći: traženje bezbednog puta za sebe i svoje dete; osiguravanje da je dete prihvaćeno od značajnih drugih; povezivanje sa fetusom; i davanje sebe.

Ilustraciju koncepta prenatalne vezanosti ponudićemo i kroz prikaz instrumenata koji su konstruisani za njeno merenje i prikaz značajnih nalaza koji su ovim istraživanjima dobijeni.

Za procenu prenatalne vezanosti uglavnom se koriste upitnici. Prvi takav upitnik sačinjen je 1981. godine, a od tada do danas razvijena je još nekolicina sličnih instrumenata koji su korišćeni u istraživanjima tokom proteklih 30-ak godina. Prenatalna vezanost uglavnom je konceptualizovana u terminima inteziteta (u odnosu na preokupiranost majke fetusom) i kvaliteta (koji se opisuje kroz koncepte bliskost/distanca, nežnost/iritacija i pozitivna/negativan emocionalnost u odnosu na fetus).

Sadržaj stavki ovih upitnika uglavnom se odnosi na misli, emocije i ponašanja majki vezane za trudnoću i fetus, dok se odgovori na tvrdnje označavaju na skali Likertovog tipa, dok se kao mere afektivne vezanosti uzimaju ili ukupan skor ili skorovi na subskalama u zavisnosti od instrumenta koji je korišćen.

Upitnici koji su razvijeni u cilju procene prenatalne vezanosti su sledeći: Maternal Foetal Attachment Scale (MFAS, Cranley, 1981); Prenatal Attachment Inventory (PAI, Muller, 1993); Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS, Condon, 1993) i Skala za procenu materinske prenatalne vezanosti (SPMPV, Hanak, 2004).

Skala za merenje vezanosti majke za fetus (MFAS) procenjuje u kojoj meri se žena angažuje u održavanju povezanosti i interakciji sa fetusom. Sadržaj stavki skale odnosi se na misli i aktivnosti vezane za trudnoću i fetus. MFAS sadrži 24 stavke raspoređene u pet subskala (preuzimanje uloge, diferencijacija selfa od fetusa, davanje sebe fetusu, pripisivanje karakteristika i namera fetusu, te interakcija sa fetusom).

Inventar za ispitivanje prenatalne vezanosti (PAI) razvijen je 1993. godine od strane Mulerove (Müller) sa idejom da instrument bude zasnovan na pretpostavkama teorije afektivnog vezivanja. PAI sačinjava 21 stavka, koja meri odnos privrženosti između majke i fetusa. Autorka instrumenta smatra da se radi o jednodimenzionalnoj strukturi budući da prva komponenta objasnjava 50% varijanse.

Skala za ispitivanje majčinske antenatalne vezanosti (MAAS) koncipirana je tako da ispituje kvalitet i kvantitet vezanosti. Kvantitet se procenjuje preko vremenske odrednice, odnosno učestalosti misli, osećanja i ponašanja koja ukazuju na prenatalnu vezanost. Ova skala ima 19 stavki.

Skala za procenu materinske prenatalne vezanosti (SPMPV) ima 33 stavke, kojima je obuhvaćena trofaktorska struktura instrumenta (pozitivna osećanja, proces diferencijacije i briga za zdravlje i napredovanje fetusa). Ova skala nastala je kao rezultat istraživanja autorke N. Hanak i njenog nastojanja da pronađe najoptimalniju skalu za merenje prenatalne vezanosti. Prvobitna verzija ove skale nastala je kao rezultat spajanja PAI i MFAS i imala je 52 stavke, da bi se nakon istraživanja na domaćem uzorku i statističke obrade njen krajnji format sveo na pomenute 33 stavke (Hanak, 2009).

Istraživanja koja su se bavila temom prenatalne vezanosti došla su do rezultata koji nam pomažu da bolje razumemo što je to prenatalna vezanost i koji faktori na nju mogu uticati. Doan i Cimerman (Doan & Cimerman, 2008) daju sledeći pregled rezultata istraživanja:

- a) prenatalna vezanost može početi da se razvija već oko 10 nedelje trudnoće, (Caccia et al 1991 prema Laxton- Kane & Slade, 2002), dok sa protokom trudnoće njen intezitet raste (Bloom, 1995; Koniak Griffin, 1988, Koniak-Griffin, Lominska & Brecht, 1993; Phipps & Zinn, 1986; Wayland & Tate, 1993)

b) Lejfer (Leifer, 1977) je opisao progresivan porast inteziteta prenatalne veze, tokom trajanja trudnoće. U prvom trimestru se opaža relativno nizak nivo vezanosti, koji počinje da raste sa opaženim pokretima bebe i razvija se tokom drugog i trećeg trimestra. Prema ovom autoru, ponašanja poput pričanja o fetusu, davanja nadimaka i sl. kao i ponašanje nazvano „priprema gnezda” odnosno priprema doma za doček bebe, govore u prilog tome da se intezitet veze majke sa fetusom razvija.

c) postoje individualne razlike u kvalitetu i intenzitetu prenatalne vezanosti koje se kreću na kontinuumu od intenzivne vezanosti koja počinje u ranoj trudnoći, do slabe ili odsustva vezanosti tokom celog perioda trajanja trudnoće (Doan & Howell, 1998; Mikulincer & Florian, 1999)

d) tip afektivne vezanosti majke povezan je sa intezitetom prenatalne vezanosti. Žene koje su razvile siguran obrazac afektivne vezanosti sa sopstvenim roditeljima, imaju viši nivo vezanosti sa fetusom u toku trudnoće, koji se uz to i ranije razvija. (Mikulincer & Florian, 1999; Priel & Besser, 2000)

e) nema razlike u intezitetu prenatalne veze između žena sa visokorizičnim trudnoćama i žena sa trudnoćom urednog toka (Kemp & Page, 1987; Mercer, Ferkeitich, May, DeJoseph & Sollid, 1988; Zimerman, 2003), kao ni razlika u odnosu na trudnice koje su začele prirodno u odnosu na one koje su začele vantelesnom oplodnjom (Bernstein, Lewis i Seibel, 1994; Hjelmstedt, Windstrom & Collins, 2006)

Još neke varijable ispitivane su u odnosu na prenatalnu vezanost, ali istraživanja nisu pokazala konzistentne rezultate u odnosu na sledeće:

a) *Godine majke*. U nekim istraživanjima pokazalo se da mlađe majke imaju jači intenzitet prenatalne vezanosti, u odnosu na trudnice preko 35 godina starosti. Ipak, u drugim studijama ova razlika nije potvrđena. (Laxton-Kane & Slade, 2002)

b) *Paritet*. Neki autori nisu pronašli vezu između broja trudnoća i intenziteta vezanosti (Müller, 1993 prema Bielawska – Batrowicz & Siddiqui, 2008), dok su drugi došli do rezultata da je nivo vezanosti niži u drugoj i narednim trudnoćama (Condon & Cokindale, 1997; Jacques, 1995 prema Bielawska – Batrowicz & Siddiqui, 2008).

Medicinski potpognuto začeće i priprema za roditeljstvo

Prema izveštajima Svetske zdravstvene organizacije, neplodnost se javlja u jednom na svaka četiri braka ljudi u reproduktivnim godinama u razvijenim zemljama.

Neplodnost se definiše kao nemogućnost para da ostvari željenu trudnoću nakon godinu dana (i više) upražnjavanja seksualnih odnosa bez upotrebe kontracepcije. (SZO, 1992). Prema procenama kod 40 % parova uzrok steriliteta je muškarac, 40 % žena, dok je kod 20 % uzrok kod oba partnera (Valentine, 1986 prema Cassidy & Sintrovani, 2008). Uporedo sa tim, broj medicinski asistiranih začeća je u porastu.

Jedna od najpoznatijih metoda medicinski asistiranog začeća je vantelesna oplodnja (VTO). Prva beba začeta na ovaj način rođena je 1978. godine u Engleskoj, dok su procene da je sada 1 % od ukupnog broja prvorodene dece začeto uz pomoć VTO (Langdridge, Connolly & Sheeran, 2000 prema Cassidy & Sintrovani, 2008)

Parovi koji prolaze kroz procedure medicinski asistiranog začeća ulažu značajno vreme i finansijska sredstva u ovaj proces, uz to oni ulažu dodatni emocionalni napor da prevaziđu gubitak intimnosti u procesu stvaranja potomstva, kao i u prevladavanje svih uspona i padova – nadanjima i razočarenjima koji su sastavni deo asistiranog začeća (Baram, Tourtelot, Muechler & Huang, 1988; Boivin, Sanders & Schmidt, 2006; Read, 2004 prema Cairo et al, 2012).

Ukoliko medicinska procedura ima pozitivan ishod, parovi se tada nađu u paradoksalnoj situaciji- gotovo u isto vreme oni su i osobe koje se bore sa sterilitetom i osobe koje će biti budući roditelji. Tako ovi parovi pored tipičnih zadataka koje tranzicija ka roditeljstvu donosi imaju i dodatni zadatak da preveziđu sve ono što tranzicija od neplodnosoti ka medicinski asistiranoj plodnosti donosi.

Dalje, istraživanja pokazuju da trudnoće koje su započete uz pomoć medicinske asistencije nose veći rizik za medicinske komplikacije koje prate samu trudnoću (Jackson, Gibson, Wu & Croughan, 2004 prema Cairo et al, 2012). Ovaj nalaz je delom posledica i toga što je veliki broj asistiranih trudnoća višeplođan, što je samo po sebi faktor rizika za komplikacije koje se mogu javiti u toku trudnoće. Kao posledica toga, ovi parovi pokazuju veći stepen anksioznosti u toku trudnoće, a naročito po pitanju tema kao što su pobačaj, zdravlje i preživljavanje fetusa (Gamiero, Maura- Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby & Collins, 2003; McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant & Saunders, 1997 prema Cairo et al, 2012). Po pitanju prenatalne vezanosti istraživanja pokazuju da nema razlike u njenom kvalitetu i intezitetu kod trudnica koje su trudnoću započele uz pomoć VTO u odnosu na trudnice koje su do začeća došle prirodnim putem. (Hjelmstedt, Widström & Collins, 2006; Bernstein, Lewis i Seibel, 1994).

Sagledavajući psihološke aspekte koji prate parove od momenta suočavanja sa činjenicom o sopstvenoj neplodnosti, preko pregleda i intervencija koje obuhvata medicinski

asistirana reprodukcija, do realizacije trudnoće, svih potencijalnih rizika koje ona nosi do konačnog rođenja deteta, možemo uvideti da ovi parovi imaju pred sobom veliki izazov pre svega u ličnoj adaptaciji na sve teškoće, a zatim i u oblikvanju zajedničkog života i tranzicije kao roditeljstvu u svim aspektima koje smo do sada naveli.

Priprema za roditeljstvo – rad sa trudnicama

U dosadašnjem tekstu nastojali smo da prikazemo šta termin „tranzicija ka roditeljstvu” obuhvata. Videli smo da je roditeljstvo složena i odgovorna uloga, te da se sastoji iz različitih aspekata koji se odnose na promene kako kod pojedinca, tako i u okviru para i šireg društvenog konteksta. Prikazali smo rezultate najznačajnijih istraživanja koja se bave pojedinim aspektima formiranja roditeljskog identiteta, kao i njihovim relacijama sa mentalnim zdravljem porodice u nastanku.

Imajući u vidu da je roditeljstvo osnova dobrog funkcionisanja porodice i mentalnog zdravlja njenih članova, može se uvideti potreba za sistematski planiranom i organizovanom podrškom porodicama u periodu pripreme za roditeljstvo. Koliko je ona, međutim, u našem društvu prisutna?

Prema dostupnim podacima jedini vid sistemski organizovane podrške trudnicama pružaju ustanove primarne zdravstvene zaštite odnosno Domovi zdravlja. On se sastoji od škole za trudnice, koja podrazumeva psihofizičku pripremu za porođaj i službe patronaže. Škola za trudnice svoju delatnost bazira na edukativnim sadržajima koji upoznaju trudnice sa fiziologijom trudnoće i porođaja, te negom deteta u prvim mesecima nakon rođenja. Učešće trudnica u ovakvom vidu pripreme za porođaj je dobrovoljno i podrazumeva ličnu inicijativu trudnice da se uključi u rad škole. Služba patronaže obuhvata jednu posetu patronažne sestre trudnici u poslednjem tromesečju trudnoće prilikom koje trudnica dobija savete za pripremu za dolazak bebe. Poseta patronaže realizuje se i nakon porođaja, kada u nekoliko poseta majka dobija praktičnu pomoć u vidu saveta za negu i ishranu odnosno dojenje novorođenčeta. Navedeni programi brige za trudnice su od značaja za razvoj zdravog potomstva, međutim stiče se utisak da ovom vrstom podrške nisu obuhvaćeni svi aspekti pripreme za ulogu roditelja, a to se prvenstveno odnosi na zanemarivanje psihološke pripreme za roditeljstvo.

Psihološka priprema za roditeljstvo sastoji se iz preventivnih programa namenjenih paru ili grupi parova koji se pripremaju za ulogu roditelja i obuhvata teme koje

su od značaja za razvoj funkcionalne porodice. Ona se može realizovati individualno ili u grupi, pri čemu je grupni oblik rada češće zastupljen.

Preventivni programi mogu biti posebno kreirani tako da budu namenjeni trudnicama ili parovima koji su u takvoj životnoj situaciji da se procenjuje da imaju određene faktore rizika za mentalno zdravlje kako trudnice, tako i deteta. To se pre svega odnosi na adolescentne trudnice, samohrane trudnice, trudnice iz marginalizovanih socijalnih grupa i sve one kod kojih se procenjuje da postoji rizik od nedostatka socijalne podrške u okruženju.

Zadaci programa psihološke pripreme odnose se na rad sa parovima na adaptaciji na roditeljsku ulogu koja obuhvata: pomeranje fokusa sa „ja kao primalac brige” na „ja kao pružaoc brige”; uspostavljanje novih odnosa: dosadašnji partneri- budući partneri i koroditelji; moja i partnerova porodica u novim ulogama: definisanje pravila i očekivanja oko uređenja porodičnih odnosa; definisanje mreže socijalne podrške – šta i koliko mogu da očekujem u toku trudnoće i nakon rođenja deteta i dr.

Sistematsko organizovanje preventivnih psiholoških programa za parove koji očekuju prinove, a naročito onih koji imaju neki od riziko faktora predstavlja važnu kariku u sistemu brige za porodicu koji trenutno u našem društvu nedostaje. Dostupni podaci ukazuju na to da neki vid ovakve pripreme postoji u okviru zdravstvene zaštite trudnica na teritoriji grada Beograda, međutim detaljniji uvid u sadržaj programa, kao ni evaluacije istih nisu dostupni.

Postojala je inicijativa 2010. godine da se program psihološke pripreme za roditeljstvo pridruži programu škole za trudnice pri Domu zdravlja Novi Sad. Tom prilikom bio je osmišljen set predavanja na temu psihološke pripreme za roditeljstvo. Autorke programa Ž. Erdeljan i D. Radojković su kroz teme stereotipi roditeljstva; povezujuće roditeljstvo; put ka sticanju povrenja; komunikacija i partnersko roditeljstvo otvorile put novim oblicima priprema trudnica. Nažalost, ovako nešto nije zaživelo kao redovna praksa iako je evaluacija pokazala veliko interesovanje trudnica za ove teme.

U razvijenim zemljama decenijama u nazad postoje i razvijaju se preventivni programi za edukaciju i podršku budućim roditeljima. Navešćemo primere nekih od njih: Program pripreme za prvu bebu („The first baby project”, Clulow, 1982); Program pripreme parova za proširenje porodice („Becoming a family project”, Cowan & Cowan, 1992); Minnesota Early Learning Design Program (Jungle & Elwood, 1986).

The First baby project razvijen je u Londonu. Namenjen je parovima koj očekuju prvu bebu, a realizovan pri ginekološko-akušerskim klinikama u toku poslednjeg tromesečja trudnoće i prva tri meseca nakon rođenja bebe. Fokus programa bio je na

procesima unutar (bračnog) para u toku priprema za roditeljstvo sa idejom da se pruži podrška budućim roditeljima kao individuama i kao paru u funkciji dobre adaptacije na roditeljsku ulogu i razvijanju negujućeg odnosa roditelj-dete. Evaluacija ovog projekta pokazuje u isto vreme dobre efekte programa za parove koji su do kraja u njemu učestvovali, ali i problem osipanja članova grupe koji su prestajali da je pohađaju nakon rođenja deteta (Cowan & Cowan, 1995).

Becoming a family project osmišljen je i relizovan u Kaliforniji, SAD. Namenjen je parovima od šestog meseca trudnoće do trećeg meseca nakon rođenja prve bebe. Program je imao za cilj prevenciju partnerskih problema koji bi se mogli javiti nakon rođenja deteta, kao i potencijalnih problema u odnosu roditelj- dete. Teme su se odnosile na najčešće teškoće i izazove sa kojima se sreću parovi u toku tranzicije ka roditeljstvu. Rezultati su pokazali očekivane efekte. Parovi koji su prošli preventivni program imali su veći stepen zadovoljstva partnerskim odnosom i roditeljstvom od kontrolne grupe koja nije bila uključena u program (Cowan & Cowan, 1995).

Minnesota Early Learning Design Program pružao je dugoročnu podršku roditeljima od trudnoće, do druge godine nakon rođenja deteta. Organizovan u četiri faze, u odnosu na period u kojem se porodica nalazi, obuhvatao je teme vezane za trudnoću, zdravstvenu zaštitu, razvoj deteta, razvoj odnosa roditelj- dete, roditeljske potrebe. Na žalost, nema dostupnih evaluacija efekata ovog programa (Cowan & Cowan, 1995).

Na samom kraju odeljka *Priprema za roditeljsku ulogu*, umesto zaključka ponudićemo predlog sadržaja programa za buduće roditelje kao sažeti prikaz prepoznatih činilaca koji doprinose boljoj adaptaciji na roditeljsku ulogu.

Oblast	Teme	Istraživački nalazi koji potkrepljuju odabir teme	Primeri aktivnosti
Procesi unutar para	Komunikacija Podrška Emocionalnost i intimnost	bračne (partnerske) relacije, očekivanja od koroditeljske uloge partnera i kapacitet da se razgovara o budućoj porodici kao o celini prediktori su funkcionalnosti porodice (Bürgin & von Klitzing, 1995; Katz & Gottman, 1996; Lewis, 1988; prema Cairo et al, 2012 ; McHale, 2007; McHale et al,	-unapređivanje komunikacijskih veština para i veština rešavanja konflikata -pravljenje zajedničke liste tema zbog kojih nastaju konflikti, usvajanje veština rešavanja konflikta - parovi prave listu očekivane podrške od strane partnera. Upoređuju očekivanja sa trenutnom podrškom koju dobijaju. Uvežbavaju načine kako da

		2004;	traže i pruže međusobnu podršku. - parovi pričaju o tome kako zamišljaju svoj partnerski odnos nakon rođenja bebe. Dogovaraju se o načinima kako da održe svoj odnos. Prave dogovore oko zajedničkog vremena i rituala koji će biti u funkciji odžavanja partnerske relacije.
Formiranje uloge roditelja	Odnos roditelja i deteta Senzitivnost i responzivnost roditelja Očekivanja od deteta	Reprezentacije majki u odnosu na bebu merene prenatalno pokazale su visoku stabilnost i vezu sa 1- stilom afektivne vezanosti deteta; 2- pozitivnim i negativnim afektivitetom majki u interakciji sa bebom; 3- emocionalnom regulacijom bebe; 4- majčinim doživljajem afektivne veze sa detetom i 5- kliničkim statusom, odnosno faktorima rizika (Mayseless, 2006).	- očekivanja roditelja u vezi odnosa sa detetom: bliskost-distanca; količina vremena posvećenog detetu - potrebe deteta, način na koji će ih roditelj prepoznati, način na koji će na njih reagovati. Primeri i vežbe prepoznavanja i reagovanja na potrebe deteta. - očekivanja koje imamo u odnosu na dete, njegove karakteristike, tipa ličnosti. Primeri tipičnih problem situacija sa bebom (hranjenje, nega, spavanje, igra). Vežba praktičnih roditeljskih veština u izazovnim situacijama sa decom.
Kontekst	Socijalna podrška (prijatelji i šira porodica)	socijalna podrška u toku trudnoće, nivoa stresa kojem je žena u periodu trudnoće izložena kao i promene do kojih dolazi u njenom odnosu sa drugim ljudima mogu uticati na promenu njenog načina brige za dete. (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005 prema Feldman 2007)	-parovi prave listu podrške za koju smatraju da im je potrebna. Procenjuju koliko su njihova očekivanja ispunjena i prave listu mogućnosti kako bi mogli da ostavre dodatnu podršku ako im je potrebna

Literatura:

Benoit, D., Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. 65.1444-1456

- Benoit, D., Parker, K.C.H, Zeanah, C.H. (1997). Mothers representation of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants attachment classification. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 307-313
- Bielawska – Batorowicz, E., Siddiqui, A (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 36 (4).373-384
- Cairo, S., Darwiche, J., Tissot, H., Favez, N., Germond, M., Guex, P., Roten, Y., Frascarolo, F., Despland, J.N. (2012). Family interactions in IVF families: change over the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 30 (1). 5-20
- Cassidy, T., Sintrovani, P. (2008). Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 26 (1). 4-17
- Cowan, C.P., Cowan, P.A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family relations*.44 (4) .412-423
- Crittenden, P.M. (1985). Social networks, quality of child rearing and child development. *Child development*, 56, 1299-1313
- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness and social support influences on security of mother-infant attachment, *Child development* , 52,857-865
- Dayton, C.J., Levendosky, A., Davidson, W., Bogat, A. (2010). The child as held in the mind of the mother: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant mental health journal*. 31 (2). 220-241
- Doan, H. McK, Zimmerman, A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 20 (1/2). 20-28
- Feldman, J.B. (2007). The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and adolescent social work journal*. 24 (3). 209-234
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age, *Child Development*, 62, 891-905
- Gau, M., Lee, T. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing research*. 11 (3). 177-186
- George, C., Solomon, J. The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting in Cassidy,J., Shaver, P. ed. (2008). *Handbook of attachment*. New York: The Guilford press
- Hanak, N. Procena materinske prenatalne veazanosti u Zotović, M., Petrović, J., Mihić, I. ur. (2009). *Psihološka procena porodice: mogućnosti i ograničenja*. Novi Sad: Filozofski fakultet
- Hjelmstedt, A., Widström, A., Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth issues in perinatal care*. 33 (4). 303-310
- Huth-Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, A., Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child development*, 75 (2). 480-496
- Huth-Bocks, A., Theran, S., Levendosky, A., Bogat, A. (2011). A social-contextual undersanding of concordance and disconcorfance between maternal prenatal representations of the infant and infant- mother attachment.*Infant mental health journal*. 32. 405-426
- Laxton- Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implication for the process of care. *Journal of reproductive and infant psychology*.20 (4). 253-266

- Koniak- Griffin, D., Lominska, S., Breth, M. (1993). Social support during adolescence pregnancy: a comparison of three ethnic groups. *Journal of adolescence*. 16. 43-56
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal- fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in nursing and health*. 24. 203-217
- Maysel, O. (2006). *Parenting representations*. New York: Cambridge university press
- McHale, J.P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship system. *Infant mental health journal*. 28 (4). 370-392
- McHale, J.P., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., Lieberman, R. (2004). The transition to coparenthood: Parent's prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and psychopathology*. 16. 711-733
- Müller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 25 (2). 161-166
- NICHD Early Child Care Research Network (2006). Infant- mother attachment classification: Risk and Protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Developmental psychology*. 42 (1). 38-58
- Pajulo, M., Helenius, H., Mayes, L. (2006). Prenatal views of baby and parenthood: association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant mental health journal*. 27 (3). 229-250
- Priel, B., Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment and perceptions of infant temperament: A study of first time mothers. *Personal relationships*. 7. 291-310
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., Zwiers, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant behavior and development*. 24. 281-304
- Solomon, J., George, C. (1996). Defining the caregiving system: toward a theory of caregiving. *Infant mental health journal*. 17 (3) 183-197
- Tarabulsy, G., Bernier, A., Provost, M., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose, M., Tessier, R. (2005). Another look insight the gap: ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescence mother- infant dyads. *Developmental psychology*, 41 (1), 212-224
- Theran, S., Levendosky, A., Bogat, A., Huth- Bocks, A. (2005). Stability and change in mothers' internal representations of their infants over time. *Attachment & Human Development*. 7 (3). 253-266

SLUŽBA POLIVALENTNE PATRONAŽE I RANI RAZVOJ

*prim. dr Svetlana Janković, mr sci, Rukovodilac Centra za promociju zdravlja, Gradskog
zavoda za javno zdravlje Beograd*

Prve godine života su ključne u razvoju dece. U tom periodu porodica ima primarnu ulogu u podršci adekvatnom razvoju. U porodičnom okruženju roditelji, ili staratelji pružaju ljubav, podršku, negu i nadzor, omogućavaju interakciju deteta sa društvenim i fizičkim okruženjem kako bi dete postiglo očekivane razvojne potencijale. Oni roditelji koji imaju više znanja i veština imaju i adekvatnije ponašanje i podstiču razvoj dece na kvalitetniji način. Za razliku od njih roditelji sa manje kapaciteta ne pružaju dovoljno stimulusa i podrške u ranom periodu što za posledicu može imati slabije fizičko, kognitivno i emocionalno funkcionisanje deteta i slabija dostignuća u kasnijem razvoju.

Porodici je itekako potrebna podrška i pomoć različitih službi u zajednici kako bi na što bolji način odgovorili na sveukupne potrebe deteta. Zbog toga su u zdravstvenim sistemima mnogih zemalja razvijeni i implementirani sveobuhvatni preventivni programi sa ciljem pružanja podrške porodicama i unapređenja kapaciteta roditelja i staratelja, a u funkciji obezbeđenja uslova za pravilan rast i razvoj dece. Neretko sastavni deo takvih programa su i preventivne kućne posete koje najčešće sprovode patronažne sestre, ili sestre zajednice. Kućna poseta omogućava licu koje je obavlja da stekne uvid u neposredno porodično okruženje, odnose u porodici i uslove u kojima žive. Na taj način se sagledavaju sveukupne potrebe porodica i pružaju aktivnosti većeg intenziteta tamo gde su prepoznati određeni rizici.

U Srbiji program preventivnih kućnih poseta porodicama sa decom sprovodi polivalentna patronažna služba. Ova isključivo sestrinska služba postoji u svim domovima zdravlja. Tokom poslednjih petnaest godina pristup u radu patronažnih sestara je promenjen od usko medicinskog modela, ka zdravstveno promotivnom modelu rada. Ciljevi ovog pristupa su:

- 1. Procena zdravlja, psihosocijalnog funkcionisanja, uslova života i identifikovanje faktora rizika po zdravlje porodice (bihevioralnih, socijalnih, okolinskih);*

2. *Očuvanje i unapređenje zdravlja dece i podsticanje njihovog pravilnog rasta i razvoja;*
3. *Promocija odgovornog roditeljstva i pozitivnog odnosa roditelja i dece;*
4. *Očuvanje i unapređenje zdravlja svih članova porodice;*
5. *Povezivanje porodice sa službama zdravstvene, socijalne zaštite kao i sa drugim strukturama u zajednici, a u skladu sa potrebama.*

Kućne posete porodici su namenjene različitim ciljnim grupama, a započinju posetom trudnici. Cilj ove posete je obuka budućih majki, pre svega o dojenju, nezi bebe ali i pripremi za porođaj. Ova poseta omogućava i međusobno upoznavanje trudnice i njene patronažne sestre kako bi bila sigurna ko će joj pomoći posle izlaska iz porodilišta. Patronažna sestra svoj rad u delu podrške tokom perioda trudnoće ne ostvaruje samo kroz kućnu posetu, već i kroz rad sa ostalim članovima tima u Školama za trudnice i roditeljstvo u onim domovima zdravlja gde su ovakva savetovališta otvorena. U njima se sprovodi edukativni program kroz rad u grupama, o trudnoći, porođaju, dojenju, nezi majke i novorođenog deteta, uloji porodice u podršci trudnici, odgovornom roditeljstvu. Težnja je da, osim trudnica, obukom budu obuhvaćeni i budući očevi i/ili članovi uže porodice.

Sledeće posete patronažne sestre su posete porodilji i novorođenom detetu. Kod svake porodilje i novorođenčeta se ostvari najmanje pet poseta tokom prvog meseca, a po potrebi i više. Tokom kućne posete patronažna sestra sprovodi različite aktivnosti, kao što su zdravstveno vaspitanje, obuka veštinama, kontrola zdravstvenog stanja i po potrebi povezivanje porodice sa službama u zajednici. Sadržaj rada sa članovima porodice je veoma raznovrstan od podrške isključivom dojenju, adekvatne nege novorođenog deteta, do odnosa između članova porodice, odgovornog roditeljstva, razvoja privrženosti roditelja i bebe i zdravih stilova života. Tokom posete članovi porodice zajedno sa patronažnom sestrom definišu prioritetne potrebe i rade zajedno na njihovom rešavanju, kroz partnerski odnos korisnika i profesionalaca, što predstavlja primenu tzv. participatornog pristupa. Prilikom svake sledeće posete sestra procenjuje šta su članovi porodice usvojili od znanja i veština, po potrebi ponavlja određene sadržaje, a zatim prelazi na nove. Poseta porodici traje oko jedan sat.

Tokom prve godine života deteta, patronažna sestra dolazi u kućnu posetu još najmanje dva puta. Kao najčešći sadržaji koji se u tom periodu realizuju kroz zdravstveno vaspitni rad i obuku veštinama su: podrška dojenju, pravovremeno uvođenje mešovite ishrane, dnevni režim odojčeta, rani razvoj dece i stimulacija razvoja, kontrola statusa

imunizacije. Od posebnog je značaja i povezivanje porodice sa službom za zdravstvenu zaštitu dece u domu zdravlja u cilju obavljanja redovnih preventivnih pregleda kod pedijatra. Veći broj poseta patronažna sestra će ostvariti u porodicama gde je prepoznala neki od rizika, zdravstvenih ili socijalnih, poput nezaposlenosti, nedovoljne zdravstvene pismenosti, samohranih roditelja, siromaštva, i sl. Ukoliko se radi o porodici kojoj je potrebna socijalna pomoć i podrška (materijalna, psihosocijalna), sestra će povezati porodicu sa odgovarajućim službama socijalne zaštite.

Patronažna sestra obavlja i kućne posete detetu u uzrastu od dve i četiri godine. U tom periodu sestra se tokom posete najčešće bavi sadržajima o pravilnom dnevnom režimu deteta u tom uzrastu, značaju pravilne ishrane i redovne fizičke aktivnosti, opštoj higijeni i nezi, prevenciji zaraznih bolesti, prevenciji povređivanja i sl. U cilju podrške adekvatnoj socijalizaciji malog deteta, sestra će preduzeti mere u cilju omogućavanja dnevnog boravka deteta u predškolskoj ustanovi.

Identifikovanje određenih rizika prisutnih u porodici, bilo da se radi o zdravstvenim ili socijalnim rizicima, predstavlja važan korak u cilju delovanja u skladu sa potrebama članova porodice i pružanja aktivnosti većeg intenziteta. Program kućnih poseta polivalentne patronažne službe i njihov fokus na porodice sa najvećim potrebama u odnosu na determinante zdravlja, omogućava dostizanje najboljih rezultata u unapređenju zdravlja ove dece. Broj i učestalost kućnih poseta određuje patronažna sestra – prema potrebama deteta i porodice, a u skladu sa vodičem dobre prakse, svojim znanjem i iskustvom. Potrebe svake porodice, kao i situacija u njoj, određuje dominirajuću aktivnost sestre tokom posete. U delu zdravstvenog vaspitanja rad sa roditeljima podrazumeva sadržaje kao što su odgovorno roditeljstvo, dobri odnosi u porodici i ljubav; značaj uspostavljanja dobrih odnosa između roditelja dece od najranijih dana. U slučaju otkrivanja rizika, ili nepravilnosti u rastu i razvoju deteta, sestra će o tome dostaviti podatke lekaru, ili ovakvo dete uputiti sa roditeljima u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu. Od posebnog je značaja praćenje rasta i razvoja male dece, u saradnji sa lekarom i kontinuiran zdravstveni nadzor deteta pod rizikom. U zajedničkom razmatranju svih dostupnih podataka o zdravstvenom stanju deteta i ostalih članova porodice, pre svega majke, kao i o situaciji u kući, odnosu prema detetu i sl., pedijatar i patronažna sestra donose odluku o daljim aktivnostima: - odlazak pedijatra samostalno ili sa patronažnom sestrom u kućnu posetu; - uključivanje tima razvojnog savetovališta iz doma zdravlja; konsultacija sa stručnjakom iz oblasti dečje neurologije/psihijatrije, oftalmologije, audiologije i sl. iz neke specijalizovane bolničke

ustanove; obaveštavanje opštinskog centra za socijalni rad; uključivanje nevladine organizacije.

Obuka veštinama je posebno značajan deo aktivnosti sestre sa roditeljima i podrazumeva demonstraciju određenih veština, kao i praćenje koliko su roditelji usvojili veštine. Od izuzetnog značaja su veštine rane stimulacije razvoja. Roditelji koji poseduju adekvatno znanje o razvojnim normama imaju senzitivniji pristup u svakodnevnoj interakciji sa decom uključujući adekvatnu percepciju njihovih mogućnosti i sagledavanje sopstvene uloge u podršci razvoju dece. Značajno je da roditelji shvate da će se njihova pažnja, trud, ljubav i vreme provedeno sa detetom, mnogostruko povoljno vratiti u budućnosti. Što oni više "ulože" u prve tri godine života deteta, to će "nagrada" biti veća. Patronažna sestra obučava roditelje od najranijih dana kako da stimulišu razvoj psihomotornih, emocionalnih, senzornih i intelektualnih sposobnosti deteta i kako da odgovore na njihove potrebe.

Služba polivalentne patronaže ima ekskluzivnu ulogu u našem sistemu zdravstvene zaštite, jer je jedina koja sprovodi preventivne kućne posete. Rad ove službe sa porodicama sa decom ima veliki značaj u osnaživanju roditelja za odgovorno roditeljstvo kako bi deca dostigla pune razvojne potencijale. Istovremeno, ima puno prostora za unapređenje ove usluge i, pre svega, njene dostupnosti za porodice u visokom riziku. Istraživanja koja je prethodnih godina sprovodio UNICEF (MICS4, 2014; MICS5, 2015) ukazuju na pravičnost da su romske porodice značajno manje obuhvaćene uslugama patronažnih sestara. Nakon porođanja 94% žena iz opšte, i 88% žena iz romske populacije su obuhvaćene posetama. Prosečan broj poseta patronažnih sestara iznosi 4,3 za opštu, odnosno 3.5 za romsku populaciju. Prenatalne posete se u romskoj populaciji obavljaju veoma retko- u svega 22%.

Aktuelna pitanja prakse

PRIPREMA ZA RODITELJSKU ULOGU-

IZMEĐU ŽELJA, MOGUĆNOSTI I AKTUELNE PRAKSE U PORODILIŠTU

prim.dr Olga Stanojlović, pedijatar, Šef Odeljenja neonatologije, Bolnice za ginekologiju i akušerstvo, KBC Zvezdara, Beograd

Porodilište, kao mesto gde se beba rađa i uspostavlja prvi kontakt sa svetom, pre svega sa svojom majkom, ima ključnu odgovornost ne samo za brigu o zdravlju i bezbednosti majke i njenog novorođenčeta, već i za uspostavljanje čvrste emocionalne veze između majke i novorođenčeta, kao i promociju i podršku dojenja.

Boravak majke i novorođenčeta u porodilištu, ukoliko su zdravi, vrlo je kratak i relativno je malo vremena da se majci pruže sve informacije, pomoć i podrška, čak i u idealnim uslovima kada ima dovoljno osoblja, koje je obučeno i maksimalno angažovano.

Avantura materinstva/roditeljstva počinje mnogo pre rođenja deteta i pruža dovoljno vremena za pripremu trudnice i budućeg oca ne samo za porođaj, već i za novu- roditeljsku ulogu. Na žalost, procenat budućih roditelja koji je uključen u škole roditeljstva dosta je nizak. Veliki broj trudnica dolazi na porođaj potpuno nepripremljen, tako da su im često porođaj i prvi postporođajni dani obeleženi neprijatnim iskustvima (bol zbog epiziotomije, nadolaženje mleka i sl.) i otežavaju i usporavaju uspostavljanje fizičke i emocionalne veze majke i novorođenčeta.

Obilazak porodilišta: Osoblje porodilišta doprineće pripremama budućih roditelja organizovanjem obilaska porodilišta, kroz saradnju sa Školama roditeljstva Domova zdravlja ili organizovanjem individualnih poseta (npr. "Dan otvorenih vrata" jednom mesečno, u popodnevnom terminu, za zaposlene roditelje). Tokom ove posete trudnica, zajedno sa budućim ocem ili drugom bliskom osobom, prolazi kroz prostor porodilišta, upoznaje se sa postupcima koji se primenjuju tokom porođaja i mogućnostima izbora, kao što je prisustvo oca/druge bliske osobe na porođaju, mogućnost savlađivanja kontrakcija u kadi, epiduralne analgezije i drugo. Trudnica nakon posete tačno zna šta je, korak po korak, čeka nakon prijema za porođaj i na taj način ima više šanse da se oslobodi straha od nepoznatog i od neizvesnosti. Budući roditelji takođe dobijaju informacije i o značaju prvog kontakta koža na kožu, prvog podoja i zajedničkog boravka majke i bebe i imaju priliku za razgovor sa

pedijatrom. U tom razgovoru trudnice često žele da se informišu o raznim tehničkim detaljima oko dojenja i nege, za koje će biti vremena u toku boravka u bolnici posle porođaja. Važno je i korisno tada im skrenuti pažnju na hormonske i emocionalne promene koje ih očekuju posle porođaja, koje nekada mogu biti nagle i dramatične. Ako se za trudnoću kaže da je drugo stanje, postpartalni period može se nazvati trećim stanjem. Porođaj fizički i emocionalno iscrpi ženu itreba je pripremiti i za prve dane posle porođaja, koji su divno ali često i naporno, pa i bolno iskustvo. (Izjava jedne majke: “Ja sam svu svoju psihičku energiju ostavila u porođajnoj sali i sada mogu samo da sedim i plačem, nemam snage ni za šta drugo”).

Stav svih koji učestvuju u ovim pripremama uvek je maksimalno pozitivan i ohrabrujući u pogledu ishoda porođaja. Ipak, oprezno i bez previše detalja trudnice treba upozoriti i na moguće nepredviđene događaje (neočekivane komplikacije tokom porođaja, neplanirani carski rez, prolazne ili ozbiljnije probleme novorođenčeta), jer u protivnom baš trudnice koje su prošle pripreme kroz škole roditeljstva ovakve situacije dožive kao neki svoj neuspeh ili krivicu. Ukoliko se mogućnost ovakvih neplaniranih događaja pomene, porodilja će, ukoliko do nekih komplikacija dođe, mnogo bolje sarađivati i pomoći sopstveni oporavak, ili oporavak novorođenčeta.

Većina budućih majki brine da li će porođaj proteći dobro i da li će beba biti zdrava. Negde duboko u sebi ona ima sliku svoje idealne bebe i pita se da li će beba koju bude ugledala odgovarati toj predstavi, da li će joj se dopasti, da li će je voleti. Bilo bi dobro porazgovarati sa trudnicama i o ovome, naglasiti da bebe često na rođenju izgledaju drugačije od očekivanja, imaju modro lice, glavicu neobičnog oblika i da je to prolazno, kao i da će se emocionalna veza sa bebom razvijati i jačati iz dana u dan. (Nije neuobičajeno da majka koja, posle svih porođajnih muka, ugleda svoju bebu uzvikne “Kako je ružna”. Majku ne treba zbog toga osuđivati, već postaći fizički kontakt sa bebom, uz pohvale kako je beba lepa i slatka i kako su asimetrična glava ili krive nogice prolazna i beznačajna pojava).

Iskustva u organizovanju poseta trudnica u saradnji sa Školama roditeljstva Domova zdravlja govore da budući roditelji pokazuju veliko interesovanje upravo za ove teme.

Porođaj je posebno iskustvo za svaku ženu, koga se ona seća, neretko, celoga života. To je trenutak u kome je žena izrazito vulnerabilna i zato se mora posvetiti posebna pažnja uslovima u prodilištu i načinu komunikacije osoblja sa trudnicom.

Porođajna sala trebalo bi da obezbedi izdvojen, intimni prostor za trudnicu tokom porođaja, uređen tako da što manje liči na operacionu salu, gde bi se trudnica prijatnije osećala i mogla da bude duže uz bebu posle porođaja. U nedostatku izdvojenih porođajnih

soba u ovu svrhu mogu da posluže paravani. Prisustvo partnera ili druge bliske osobe pruža trudnici podršku i osećaj sigurnosti i svako porodilište treba da uloži napor da to omogući (skoro da se ne može naći opravdanje za isključivanje oca, bez obzira na uslove).

Mogućnost izbora trudnice u toku porođaja je vrlo aktuelna tema. Odnos osoblja porodilišta prema njoj mora biti partnerski, zasnovan na uzajamnom razumevanju i poverenju, ona nije objekat, već aktivni subjekat u tom odnosu. Sa druge strane, da bi trudnica mogla da bira ili da odbije neku procedure (klizma, prokidanje vodenjaka i sl.) mora da razume šta to znači i zašto se radi. Ukoliko osoblje pomogne trudnici da se oslobodi straha, ona bolje sarađuje i spremnija je da prihvati procedure koje se preduzimaju. Svakako je važno informisati ženu šta se događa, kako porođaj napreduje, zašto se nešto preduzima i šta se dalje očekuje. Trudnicama najviše smeta kada im se osoblje ne obraća već o njoj razgovaraju kao da nije prisutna. Sa druge strane, ne treba zaboraviti da je osoblje u porodilištu najvažnije zdravlje i bezbednost majke i bebe. Iako su trudnoća i porođaj fiziološka stanja, uvek su moguće neočekivane, nekada vrlo ozbiljne, komplikacije kod majke ili novorođenčeta. Iskusno i motivisano osoblje naći će pravu ravnotežu između “medicinskog” zbrinjavanja trudnice i brige o njenom emotivnom stanju i uspostavljanju veze sa novorođenčetom.

Građevinski i prostorni uslovi u porodilištima najčešće ne omogućavaju da trudnica tokom prvog porođajnog doba ima mogućnost kretanja i relaksacije, korišćenja sprava kao što su ripstol ili pilates lopta kao i mogućnost savlađivanja kontrakcija u kadi. Sa druge strane, ako postoji svest koliko to može da pomogne ženi u toku porođaja, najčešće se može naći način da se uvedu bar neke promene i inovacije.

Prvi kontakt očima majke i bebe je momenat čiji se značaj ne može dovoljno naglasiti. Zato je važno da majka uzme svoju bebu u naručje što je moguće pre. Ovaj intenzivni trenutak često majku definitivno opredeli za dojenje.

Kontakt koža na kožu pruža bebi toplotu i sigurnost i predstavlja prvi korak u uspostavljanju čvrste emocionalne veze majke i bebe. Kao i majka, beba je u prvim satima posle rođenja aktivna, u stanju pojačane budnosti, izoštrjenih čula (naročito čula dodira, mirisa i ukusa). Zato je važno da se omogući prvi podoj u okviru 1-2 sata od rođenja. Svako porodilište, prema svojim uslovima, treba da napravi svoj protokol rada koji će ovo omogućiti. Idealno bi bilo da se, ukoliko zdravstveno stanje to dozvoljava majka i beba uopšte ne razdvajaju posle porođaja.

Rađanje porodice. U trenutku rađanja bebe rađaju se i roditelji u svojoj novoj ulozi i definitivno se stvara porodica (neki stručnjaci ovo nazivaju “svetim satom” formiranja

porodice). Ako je osoblje porođajne sale svesno značaja ovog “sata”, potrudiće se da sve postupke koji nisu neophodni malo odloži i omogući mir i privatnost novim roditeljima i novorođenčetu.

Veliki broj carskih rezova (20-40% u našim porodilištima) nalaže da se i u slučaju operativnog završavanja porođaja obezbedi kontakt majke i bebe “koža na kožu” što je moguće ranije. Savremene preporuke da se carski rez radi u spinalnoj ili epiduralnoj anesteziji omogućava majci da čuje prvi bebin plač, vidi je i dodirne neposredno po rođenju. Kontakt “koža na kožu” i prvi podoj ostvaruju se kada se majka izmesti iz operacione sale i dovoljno razbudi, ukoliko je bila u opštoj anesteziji (2-4, najkasnije do 6 sati posle operacije). Isti postupak primenjuje se ukoliko je majka imala neke komplikacije posle porođaja (krvarenje, hitan prijem u IN, opštu anesteziju).

Bolesno novorođenče. Ukoliko zdravstveno stanje deteta ne dozvoljava njegovo zadržavanje u porođajnoj sali, pedijatar treba da pruži majci informaciju o stanju deteta što je moguće pre, a majci se beba pokazuje čim to njeno zdravstveno stanje dozvoli.

Ukoliko novorođenče ima vidljive anomalije, ili nekin zdravstveni problem, od presudnog je značaja da roditelji prve informacije dobiju od stručnog i ovlašćenog lica, jer u takvim situacijama svaka neoprezno izgovorena reč i čak i neverbalna komunikacija mogu da načine veliku štetu u uspostavljanju veze između roditelja i deteta. Roditeljima treba dati pravovremenu i potpunu informaciju, uz maksimalno pozitivan pristup koji okolnosti dozvoljavaju, podršku i empatiju. Ukoliko je trudnoća protekla uredno, uz redovne kontrole i porođaj protekao bez komplikacija, niko nije spreman na loš ishod i loše vesti, kao što su vidljive anomalije deteta, ili sumnja na tešku bolest. Ovo su najteže situacije za osoblje porodilišta! Profesionalan i pozitivan pristup osoblja pomaže roditeljima da uspostave emocionalnu vezu sa svojim novorođenčecom i prevenira odbacivanje deteta i institucionalizaciju.

Za majku je posebno teška situacija kada je porođena carskim rezom a dete ima zdravstveni problem, jer u tom slučaju ne može da vidi svoje novorođenče I najčešće misli da je bebino stanje mnogo gore nego što joj lekar saopštava. Ove situacije mogu se prevazići i majci pomoći čestim obilascima i informacijama o zdravstvenom stanju deteta, kao i uključivanjem oca (porodice). Ukoliko stanje deteta zahteva premeštaj u drugu bolnicu, ono se MORA pokazati majci pre transporta, i, ako je ikako moguće, omogućiti bar kratak fizički kontakt majke i bebe.

Postporođajno odeljenje. Ukoliko stanje majke i deteta to dozvoljava, novorođenče se smešta u sobu zajedno sa majkom. Svi postupci nege, pregledi pedijatra, kao i dijagnostički i

terapijski postupci, sprovode se u prisustvu majke. Ona se tako ne samo obučava za negu bebe nego i oslobađa straha od kontakta i manipulacije bebom. Ukoliko su majka i beba dobro, dete sve vreme ostaje kod majke. Prvog dana bebu neguje i prepovija sestra, koja pri tome obučava majku, a nadalje ih sestra obilazi, nadzire i pomaže majci. Posebna pažnja poklanja se ranom započinjanju dojenja. Majka se obučava kako pravilno da drži bebu i podstiče da je doji na zahtev.

Zadatak osoblja je da ostvari vedru i pozitivnu atmosferu na odeljenju. Treba pohvaliti svaki majčin trud i uspeh, podržati je i ohrabriti u uspostavljanju laktacije. Treba razuveriti majku da je beba gladna kad god plače, obučavati je da prepozna razloge bebinog plača i pokazati na koji način može da smiri bebu.

Paralelno sa savetima za negu i dojenje, majka bi trebalo da dobija i savete za komunikaciju sa bebom i stimulaciju ranog razvoja, kako u porodilištu tako i u prvim nedeljama po odlasku kući, tako što lekari i sestre neposredno pokazuju majci kako da gleda bebu oči u oči, kako da sa njom komunicira, priča joj, peva i govori, kako da je podiže i spušta u krevetić, kako da je nežno grli i ljuljušjka (nikako da je trese i drmusa!), kako da je uvije da bi se beba smirila, masažu stomacića i položaje koji će ublažiti grčeve i slično.

Beba nije sa mamom. Ako zdravstveno stanje deteta ne dozvoljava da ono bude sa majkom, treba joj pružiti redovne informacije, na način koji će majka, u skladu sa svojim godina i obrazovanjem moći da razume. Informacije treba uvek da budu iskrene i istinite, ali roditelje ne treba zatrpavati obiljem podataka i stručnih termina, jer ih to samo zbunjuje. Pristup roditeljima uvek treba da bude maksimalno pozitivan u zavisnosti od stanja deteta. Istraživanja su pokazala da i mali problem koji se javi u porodilištu, kao što je novorođenačka žutica, mogu dugoročno da povećaju zabrinutost roditelja i da dovedu do mnogo češćih poseta lekaru zbog bezazlenih simptoma u prvim mesecima života. Majka i otac imaju pristup inkubatoru i krevetiću svoga deteta i podstiču se da ostvare fizički kontakt sa bebom. Posle oporavka, beba i mama provode zajedno bar jedan dan pre odlaska kući, što majci, pored ostalog, pomaže da se opusti i da se uveri da je beba dobro.

Hoću moga tatu. Dok neka porodilišta, uključujući i naše, omogućavaju prisustvo oca na porođaju, skoro da nema porodilišta gde su očevi uključeni u negu deteta na postporođajnom odeljenju. Razlog su, pre svega, uslovi u porodilištu, ali i nedovoljno razumevanje značaja oca za rani razvoj deteta i podršku majci, kao i kulturološki faktori. Jedno od dobrih rešenja bilo bi organizovanje “školice za tate” u popodnevrim satima (1-2 sata boravka očeva koji bi se obučavali za negu i komunikaciju sa bebom).

Posete porodiljama. Afirmisanje socijalne komponente prema porodilji i bebi omogućavanjem poseta važno je i porodilji i porodici. Oko poseta porodilištu postoji mnogo zabluda. Istina je da posete ne predstavljaju epidemiološki rizik i da ih treba omogućiti, a svako porodilište, zavisno od uslova, određuje kako će se one organizovati. Nakon spoznaje da su posete potrebne rešenje se uvek može naći!

Presudan značaj za uspeh programa “Bolnica prijatelj majke i bebe” ima suštinski prijateljski odnos prema majci. Stav “beba mora da bude sa vama” i “morate da dojite dete” nema opravdanja. Potreban je individualni pristup svakoj majci, zasnovan na njenom pravu izbora, uz razumevanje i empatiju. Osoblje treba da prepozna kada je majka umorna i iscrpljena; u tom slučaju potrebno je predložiti ženi da se beba odnese u boks na nekoliko sati dok se ona odmori, nakon čega je porodilja najčešće preporođena. Za žene porođene carskim rezom, naše iskustvo je da 3. ili 4.dana imaju krizu neraspoloženja, umora, nedovoljno strpljenja za bebu. Iskusno osoblje to razume i pomaže majci da prepozna uzroke svog neraspoloženja (umor, pad hormona, bolovi zbog rane, ili nadolaženja mleka) i da je uveri da je to uobičajeno i prolazno stanje. Empatija i nekoliko sati sna najčešće pomognu.

Takođe treba prepoznati znake eventualne postpartalne tuge ili depresije. U težim slučajevima to zahteva pomoć psihijatra, nekada i uvođenje medikamentozne terapije. U blažim dovoljno je pred otpust porazgovarati sa mužem ili drugim ukućanima i skrenuti pažnju porodici da potraže pomoć ukoliko je porodilja neraspoložena, previše zabrinuta, ima problem sa spavanjem, ili apetitom, ili se na bilo koji način ponaša drugačije od uobičajenog. Prema našem iskustvu, u porodilištu se postpartalna depresija najčešće manifestuje preteranom brigom za zdravstveno stanje deteta, preuveličavanjem nekih sitnih problema koje beba ima i nepoverenjem u osoblje koje pokušava da je razuveri da beba ima zdravstveni problem.

Otpust iz porodilišta zdravog novorođenčeta trebalo bi da bude 48-72 sata posle porođaja. Prerani otpust povećava rizik od neuspeha dojenja, pojave novorođenačke žutice, većeg gubitka u težini, a to sve dalje negativno utiče na emocionalno stanje majke i uspostavljanje veze između majke i bebe. Sa grupom majki koje se otpuštaju kući organizuje se razgovor, tokom koga one dobijaju informacije o daljim koracima u zdravstvenom nadzoru i praćenju bebinog razvoja (prva kontrola, vakcinacija, vitamin, ishrana). Drugom, podjednako važnom segmentu, koji se odnosi na savete za komunikaciju sa bebom i podsticanje njenog razvoja, bar u prvim mesecima života, pridaje se, na žalost, mnogo manje značaja. Jedan od razloga je, verovatno, što se često podrazumeva da roditelji znaju kako

treba da komuniciraju sa bebom, a drugi nedovoljno znanje osoblja porodilišta o ovoj važnoj temi. Očevi su, neopravdano, iz ovog razgovora uglavnom isključeni.

DRAFT

Primer prakse koja obećava

PROGRAM ZA DECU I PORODICE "SNAŽNI OD POČETKA - DAM LEN PHAKA"

Dragana Koruga,

Program "SNAŽNI OD POČETKA - DAM LEN PHAKA" je kreiran sa ciljem da podži uspostavljanje bezbednog i podržavajućeg okruženja u porodici za malu decu iz siromašnih romskih porodica koje žive u neformalnim naseljima.

Program je usmeren na decu uzrasta starosti do 5,5 godina.

Program nudi metodologiju i sadržaje za struktuiran, efikasan i kvalitetan rad sa porodicama, decom i romskim zajednicama. Aktivnostima se podržava jedinstvo nege i vaspitanja i obrazovanja deteta u različitim životnim situacijama koje mogu da doprinesu opštem razvoju i obrazovanju deteta. Program se lako može prilagoditi drugim ciljnim grupama jer je orjentisan ka unapređenju zdravlja, razvoja, nege i ranog učenja što je važno za svako dete i svaku porodicu.

Autor programa je CIP – Centar za interaktivnu pedagogiju iz Beograda u saradnji sa Udruženjem građana Roma PONOS, Romskom obrazovno kulturnom zajednicom Romanipen i Dečijim centrom Mali Princ. Deca i roditelji su aktivnim učešćem doprimeli da ostvarivanje programabude uspešno. Finansijsku i stručnu podršku je pružila Fondacija za otvoreno društvo iz Londona (The Open Society Foundation – London).

Program se, u celini posmatrano, može koristiti kao otvoreni resurs. Obrađena je 21 tema koja je važna u pružanju podrške romskoj porodici i porodici sa detetom ranog uzrasta koje odrasta u nestimulativnim uslovima. Teme su grupisane u 3 kategorije: Uloga i odgovornosti porodice u podizanju deteta, Zdravstvena zaštita deteta i porodice i Podrška dečijem razvoju. Pored edukativnog materijala i sadržaja za rad sa porodicama i decom, kao i sa romskim i drugim aktivistima i stručnjacima, program je aktivno radio na sakupljanju zapisa sa romske kulture i sadržaja za decu kao to su romske priče za decu, romska verovanja i običaji, romske legende. Uz Program se može koristiti DVD sa brojnim video zapisima kojima se ilustruju yapisi i iskustva iz rada sa decom i porodicama.

Program je sve vreme realizovan u romskim naseljima tj. u romskoj zajednici. Njegova osnovna postavka je bila – raditi sa resursima sa kojima se na terenu raspolaže, ne kreirati nerealne situacije kako bi se obezbedila održivost intervencije. Ciljana su realno ostvariva unapređenja uslova za odrsatanje svakog pojedinačnog deteta i porodice, svakog naselja i zajednice koja u njemu živi. Uslovi su nametali prilagođavanje programa i

postavljanje ciljeva je bilo usklađeno sa mogućnostima u zajednici, što je sve vreme bio izazov i za projektni tim i za sve ucesnike u njemu.

Program je realizovan u 4 grada (Niš, Kragujevac, Beograd, Subotica), u 7 romskih naselja. U toku rada, programom je obuhvaćeno je 237 romskih porodica sa decom do 5,5 godina starosti.

DRAFT

**SAVETODAVNI RAD SA PORODICAMA U OBRAZOVNIM
USTANOVAMA:
PRIMER PREDŠKOLSKOG VASPITANJA I OBRAZOVANJA**

Jasmina Klemenović

Filozofski fakultet, novi sad

Savetodavni rad sa porodicama u obrazovnim ustanovama tekovima je novijeg doba koja se javila krajem šezdesetih godina prošlog veka zahvaljujući transformaciji odnosa dve institucije. Odnos porodice i obrazovanih ustanova kroz istoriju se menjao prolazeći kroz različite periode. Iako su svaku od promena oblikovali specifični događaji unutar određenog društvenog konteksta najefikasnije ih je sagledavati preko odnosa njihovih osnovnih funkcija. Do danas, taj odnos se značajnije transformisao u tri maha prelazeći put od paralelnog funkcionisanja dve nezavisne institucije, preko perioda delimičnog preklapanja njihovih funkcija, do savremenog doba uspostavljanja podške i uzajamnog usklađivanja u ostvarivanju osnovnih funkcija.

Savetodavni rad sa porodicama pojavio se u okrilju “paradigme dopune”, a njegovim se počecima mogu smatrati i preporuke za unapređivanje uslova za učenje i obrazovanje dece u porodici koje su stručnjaci iz neposrednog vaspitno-obrazovnog procesa davali roditeljima tokom redovnog informisanja. Postepeno, isticanjem uloge i značaja porodičnog konteksta za učenje, razvoj i obrazovanje dece, postalo je važno poznavati okolnosti u kojima svako dete odrasta kako bi se kompenzatornom intervencijom nadoknadilo propušteno. U obrazovnim ustanovama koje pohađaju deca ranog i školskog uzrasta pojavljuju se stručne službe čiji prevashodan zadatak postaje unapređivanje uslova za učenje i razvoj svih korisnika i zaposlenih, kao i zainteresovanih iz šireg obrazovnog konteksta – porodice i zajednice.

U nastavku rada pojava i razvoj savetodavnog rada sa porodicama u obrazovnim ustanovama predstavljeni su analizom promena u odnosu dve institucije u okviru predškolskog nivoa vaspitanja i obrazovanja na našim prostorima. Ideja je da se upoznavanjem istorijskog konteksta i društvenih tokova koji su delovali na odnose ovih

institucija doprinese osvešćivanju uloge stručnih saradnika u inteziviranju i usklađivanju različitih dimenzija savremenog odnosa porodice i predškolske ustanove. Istorijski osvrt otvara mogućnost za razumevanje procesa, upoznavanje korena predstava, stavova i predrasuda koji i danas deluju u vaspitno-obrazovnoj praksi doprinoseći konfuziji i različitim očekivanjima roditelja i stručnjaka.

Različiti odnosi porodice i obrazovne institucije

Decenijama unazad obrazovne politike u većini zemalja legislativom regulišu odnos porodice i obrazovne institucije kako bi se, s jedne strane, osiguralo dostizanje boljih efekata obrazovanja, omogućilo ostvarivanje zagarantovanih prava dece i roditelja, te doprinelo demokratizaciji vaspitno-obrazovne delatnosti i društva uopšte. Poslednjih decenija intezivirano je nastojanje da se uključivanje roditelja u obrazovne ustanove zasnuje na paradigmi podrške i konceptu partnerstva. Ovom savremenom modelu odnosa predhodili su periodi nešto drugačije utemeljenih relacija koji se u literaturi opisuju, prema D. Pavlović Breneselović (2014), paradigama⁵ “odvojenih sistema” i “dopune”. U *paradigmi paralelnih sistema* porodica i obrazovne ustanove deluju nezavisno kao sistemi različitog delokruga i funkcija. Porodica je korisnik usluga koji delegira na obrazovnu ustanovu odgovornost za obrazovanje svoga deteta. Vaspitno-obrazovna ustanova preuzima odgovornost a za uzvrat očekuje lojalnost roditelja. Idealni odnos među njima opisuje se kao odnos „optimalne socijalne distance” i „nemešanja u tuđi posao“. Svaki roditelj koji narušava tu distancu, bilo preteranom zainteresovanošću ili nezainteresovanošću, doživljava se kao problem.

U sledećoj fazi ovaj odnos se menja usled potrebe za kompenzovanjem izvesnih funkcija. Naime, u *paradigmi dopune*, društveno organizovano vaspitanje i obrazovanje nadomešćuje deficitarnu obrazovnu funkciju porodice, dok za uzvrat roditelji podupiru funkciju obrazovne ustanove, oslanjajući se na eksperte, postajući objekat podučavanja i učesnik u ostvarivanju njenih funkcija (učešćem u upravljanju, volontiranjem u aktivnostima, radom kod kuće sa decom na projektima i domaćim zadacima...). U okviru paradigme dopune odnos porodice i obrazovane ustanove ojačan je organizovanjem edukacije roditelja kroz škole za roditelje i uvođenje savetodavnog rada sa porodicama.

U novije vreme, javlja se drugačije razumevanje odnosa porodice i obrazovne ustanove koji se vide kao dva međuzavisna i umrežena sistema. Temeljna postavka je da su u

⁵ *Pradigma* je način na koji opažamo, mislimo, vrednujemo i delamo, proistekao iz specifičnog sagledavanja realnosti ili pogleda na svet.

savremenom društvu roditelji i profesionalci upućeni jedni na druge te da je preko potrebno udružiti snage i resurse u donošenju odluka i preduzimanju aktivnosti u pravcu zajedničkog cilja - *kreiranja optimalnih uslova za razvoj i učenje dece*. Pritom se razni profili stručnjaka u obrazovnim ustanovama vide kao eksperti koji najbolje znaju kako da se može unaprediti učenje i razvoj, dok su roditelji eksperti za svoju decu koji najbolje znaju šta je njihovom detetu potrebno. Zbog toga se smatra neophodnim obezbediti aktivno uključivanje porodice u upravljanje, ispoljavanje njihovih interesa i potreba kroz slobodu izbora i dogovor oko uzajamnih obaveza i odgovornosti (Pavlović Breneselović, 2014).

U ovakvom pristupu partnerstvo se određuje kao forma ili struktura odnosa koja podrazumeva odnos među jednakima koji su se saglasili oko zajedničkih ciljeva, zajednički odredili svoje uloge i imaju jednako distribuirani autoritet u donošenju odluka (Epstein, 1995; Epstein, 2006; Davies, 2002; Swap, 1993). Pristup se bazira na *propisivanju partnerstva* između porodice i obrazovane ustanove tako što se legislativno definišu obaveze škole i prava roditelja. Jačanjem pozicije porodice nastoji se prevazići disbalans moći između dve institucije uz istovremeno ekspliciranje odgovornosti porodice u odnosu na obrazovnu ustanovu (prema: Pavlović-Breneselović, 2014).

Odnosi porodice i predškolske ustanove u Srbiji kroz vreme

Prve predškolske ustanove na našem prostoru javljaju se sredinom devetnaestog veka (Subotica, 1844) u socijalnoj funkciji zbrinjavanja male dece tokom trajanja radne obaveze njihovih roditelja (Vučetić prema Klemenović, 1999, 173). One u početku funkcionišu kao nezavisne ustanove koje *Zakonom o narodnim školama* (1898) dobijaju naziv **zabavište** i postaju prvi stepen tadašnjih nižih škola. Njihov zadatak je da kroz igru, rad i zabavu poučavaju i vaspitavaju mušku i žensku decu stariju od četiri godine pripremajući ih za školsko učenje⁶ (Kopas Vukašinović, 2010). Tokom istorije funkcija ovih ustanova menjala se i razvijala u skladu sa promenama društveno-istorijskih uslova i aktuelnom socijalnom, zdravstvenom i prosvetnom politikom zemlje. Ipak, sve do sedamdesetih godina prošlog veka u prvom planu bila je njihova socijalna i zdravstvena uloga, koja je naročito došla do izražaja neposredno nakon završetka drugog svetskog rata. Tada je *Uredbom* iz 1948. godine

⁶ U to vreme, zabavišta ("malodečje škole", "škole za nejaku decu") deluju paralelno sa tzv. *obdaništima* koja zbrinjavaju decu siromašnih roditelja uzrasta od dve do šesnaest godina, predstavljajući vid zamene za porodičnu brigu o deci. Prvo zabavište na *srpskom jeziku* u Beogradu je započelo sa radom 1867. godine, dok je na teritoriji današnje Vojvodine srpska zajednica osnovala jedno takvo 1885. godine u Somboru (Klemenović, 1999).

naloženo preimenovanje ustanova za vaspitanje i negu zdrave dece od navršene treće godine do polaska u školu u *dečje vrtiće*, i predviđeno osnivanje *dečjih jasala* za obuhvat dece mlađe od tri godine (Gavrilović, 2006).

Pred početak šezdesetih usvojen je programski dokument o vaspitno-obrazovnom radu ustanova za negu, vaspitanje i obrazovanje dece ranog i predškolskog uzrasta (*Vaspitni rad u predškolskim ustanovama*, 1959) kojim je istaknuto da *delovanje vaspitača obuhvata, pored rada sa decom, i sistematski rad sa roditeljima* (individualni i kolektivan) uz širi društveni rad na prosvetivanju odraslih, u cilju jedinstvenog i usklađenog delovanja na sveukupni razvoj deteta (Kopas Vukašinović, 2010). Oblici i metode rada sa roditeljima organizovani su po ugledu na one koji su u tom periodu praktikovani u školi. Reč je o oblicima putem kojih se roditelji informišu o napredovanju i ponašanju dece ili aktivnostima ustanove. Za njihovo realizovanje precizno se planira vreme i način ostvarivanja koji može biti u usmenoj ili pismenoj formi. Roditeljski sastanak i individualni razgovor pojavljuju se kao usmeni oblici, dok se kao forma pismenog izveštavanja javlja informator za roditelje (Koruga, 2000).

Kroz *informisanje roditelja o napredovanju dece postepeno se pojavljuje i funkcija savetovanja roditelja*. U prvo vreme ono se odvija kroz preporuke kako organizovati život i aktivnosti u porodici da bi se unapredio opšti razvoj dece, poboljšali efekti učenja i predupredili problemi u ponašanju. Ovakve vrste preporuka roditeljima su davali stručnjaci koji neposredno rade sa decom i provode najviše vremena sa njima u vaspitnoj grupi - vaspitači i medicinske sestre. Osim toga, postojala je i mogućnost da se u rešavanju pitanja koja su predstavljala izazov za veći broj roditelja organizuju tribine, odnosno tematski sastanci roditelja na kojima su gostovali stručnjaci različitih profila sa strane (Klemenović, 2010). Iz škole je preuzet i model uključivanja i učešća roditelja u upravnim telima ustanove (Savet roditelja), čime je omogućen izvestan uticaj roditelja na odluke ustanove u vezi sa organizovanjem nege i vaspitanja predškolske dece u skladu sa potrebama savremenih porodica.

Tokom sedamdesetih godina prošlog veka, pod *uticajem teorije i prakse kompenzatorskog obrazovanja*⁷ (vidi: Kamenov, 1982), razvijaju se novi oblici obrazovanja i brige o deci koja odrastaju u specifičnim i nedovoljno podsticajnim uslovima (siromaštvo,

⁷ Pokret za *kompenzatorsko obrazovanje* zasnivao se na ideji da teškoće u razvoju i učenju koje se javljaju kod dece imaju poreklo u neodgovarajućoj užoj sociokulturnoj, posebno porodičnoj sredini, čiji nepovoljan uticaj može da se nadoknadi tako što će deca provoditi nekoliko časova dnevno izvan ovog okruženja, u specijalno pripremljenim uslovima uz intenzivno obučavanje od strane profesionalaca – vaspitača (Kamenov, 1999, 145).

ruralna sredina, boravak na lečenju). Uvode se besplatni poludnevni programi za najstarije predškolce kao vid pripreme dece za školu, putujući vrtići u seoskim sredinama, bolničke grupe za decu na dužem lečenju, kao i porodične jase i “dadjilje” vezane za ustanove (Pešić i sar., 2001). S obzirom da su se u svetu *posebno efekasnima pokazale intervencije koji su pored dece uključivale i roditelje* (vidi: Klemenović, 2009, 40), kao vodeća načela u delatnosti predškolskog vaspitanja i obrazovanja usvojeni su *Vudhedovi principi* o odnosu porodice, predškolske ustanove i zajednice⁸ (Woodhed, 1979). Kao vid stručne *pomoći ustanovama* u radu vaspitača i medicinskih sestara, koji nisu adekvatno bili osposobljeni *za delovanje u širem porodičnom i društvenom kontekstu*, tokom ovog perioda *uvode se prve interne instruktorske službe*. Njihova namena bila je *jačanje pedagoške funkcije ustanova* što je vodilo zapošljavanju *pedagoga i metodičara* (za fizičko i zdravstveno vaspitanje, za razvoj govora, za likovno i estetsko vaspitanje, za muzičko vaspitanje) u predškolskim ustanovama (Prentović, 2007).

Navedena pozitivna iskustva kompenzatorskih intervencija zajedno sa podsticajnim primerima iz skandinavskih zemalja u kojima se predškolski programi realizovali uvažavajući različite potrebe dece, roditelja i lokalnih zajednica pokrenut je izvestan broj istraživanja u našim predškolskim ustanovama koja su obeležila osamdesete godine prošlog veka (Pešić i sar., 2001). U tom periodu predškolsko vaspitanje i obrazovanje definisano je kao deo jedinstvenog sistema vaspitanja i obrazovanja koje zajedno sa porodičnim vaspitanjem čini jedinstvenu celinu (*Zakon o društvenoj brizi o deci*, 1987). Delatnost predškolskih ustanova određuje se kao “organizovano vaspitanje i obrazovanje, ishrana, nega, očuvanje zdravlja, dnevni odmor i rekreacija u skladu s razvojnim potrebama dece i potrebama porodice” (Gavrilović, 2006, 63). Ovim je stvoren povoljan teren za neposrednije uključivanje roditelja

⁸ Suština *Vudhedovih principa* (1979) ogleda se u sledećim postavkama: (1) Najvažnija obrazovana sredina u ranom uzrastu je porodica, te da bi postupak u predškolskoj ustanovi bio uspešan mora biti utemeljen na onome što je u porodici urađeno; (2) Malo dete nije u stanju da u početku pravi razlike između različitih sistema uloga i očekivanja u pogledu ponašanja u porodici i u ustanovi zbog čega program predškolske ustanove ne bi trebalo da odudara od iskustva koje dete stiče u porodici i lokalnoj društvenoj sredini; (3) Vaspitači ne treba da gledaju na vaspitanje kao na svoj zaboran, niti na ustanovu kao na jedinu sredinu u kojoj se vaspitanje obavlja. Mogućnost da potpomažu učenje, bez obzira gde se ono odvija, vaspitači treba da shvate kao deo svoje profesionalne uloge; (4) Ne može da postoji jedinstven model predškolskog vaspitanja i obrazovanja jer planiranje u ovoj oblasti mora biti lokalno obojeno izlazeći u susret potrebama zajednice u kojoj ustanova funkcioniše; (5) Vaspitanje nije statičan proces budući da su uži i šira zajednica u stalnoj promeni. Predškolska ustanova treba da se prilagođava ovim promenama fleksibilnim planovima; (6) Planiranje predškolskog vaspitanja i obrazovanja treba zajednički da obavljaju vaspitači, prosvetne vlasti, roditelji i predstavnici lokalne zajednice. Potrebno je uspostaviti odgovarajuće mehanizme da bi se obezbedila saradnja na svim nivoima, počev od opšte politike koja se vodi u predškolskom sistemu, do individualnog planiranja u svakoj grupi predškolske ustanove (Kamenov, 1999, 141).

u programe rada ustanove čija obaveza postaje i upoznavanje potreba porodica i usklađivanje sa njima.

Ostvarivanje ovih postavki zahtevalo je inteziviranje interakcije i komunikacije između vaspitača i roditelja, uz uvođenje novih edukativnih oblika. U cilju boljeg međusobnog upoznavanja, roditelji se pozivaju da : *svakodnevno razmenjuju informacije sa vaspitačima*; redovno *se informišu preko oglasnih tabli i panoa*; po potrebi dolaze na *individualne razgovore sa vaspitačima ili drugim stručnim osobljem* (tzv. “otvorena vrata”); *borave u vaspitnoj grupi kao posmatrači ili “ispomoć”* u izvesnim spontanim životnim aktivnostima; *učestvuju u programskim aktivnostima* upoznaajući decu sa nekim svojim specifičnim životnim ili profesionalnim iskustvima; *sa vaspitačima razmenjuju štampane tekstove, brošure i različite igrovne materijale*; *prate decu i vaspitače u organizovanim izletima, šetnjama i posetama kulturnim ustanovama* (Klemenović, 2009).

Sa razvojem stručnih službi u obrazovnim ustanovama pitanja i aktivnosti sa područja ***savetodalnog rada sa porodicama u okviru predškolske ustanove postaju deo posla specijalizovanih stručnjaka iz različitih oblasti***. Tako na primer, *savetovani rad sa roditeljima iz oblasti preventivno-zdravstvene zaštite* predstavlja deo posla koji obavlja *patronažna medicinska sestra*. Ono podrazumeva individualni rad sa roditeljima/starateljima edukativnog karaktera u vezi sa ishranom, preveniranjem povreda kod dece ili upućivanjem u negu i zaštitu u slučajevima gde je član porodice oboleo od hroničnih bolesti. *Savetovanje iz oblasti socijalnog rada* sa roditeljima/ starateljima na principima psihosocijalnog pristupa obavlja *socijalni radnik*. Fokus njegovog rada je na pojedincu i porodici pod socijalnim rizikom, a cilj da se preventivnim interventnim aktivnostima ojača samoaktivitet pojedinca i porodice radi kvalitetnijeg psihičkog i socijalnog funkcionisanja i bolje transakcije sa socijalnim okruženjem.

Savetodavni rad sa roditeljima u vezi sa razvojnim i vaspitnim problemima obavlja *stručnjaci pedagoško-psihološke službe* prema načelima edukativnog (instruktivnog), korektivnog pristupa i/ili principima psihološkog savetovanja. ***Pedagoško savetovanje*** obavlja *pedagog* u cilju jačanja vaspitnih kompetencija roditelja/staratelja. Ono pruža mogućnost članovima porodice da se informišu, razreše eventualne dileme kada je u pitanju vaspitanje deteta, i podignu nivo samopouzdanja u roditeljskoj ulozi. ***Psihološko savetovanje*** je posao psihologa koji sa roditeljima/starateljima radi na različitim pitanjima roditeljstva, po potrebi, uključujući i rad sa detetom i roditeljem/roditeljima zajedno.

Logopedskim savetovanjem, koje obavlja logoped, roditelji/staratelji se upućuju u razvoj i bogaćenje komunikacije sa decom koja imaju specifične razvojne teškoće⁹.

Sadržaji savetodavnog rada sa roditeljima/strateljima koji obavljaju stručnjaci pedagoško-psihološke službe obuhvataju širok spektar pitanja u vezi sa: *uključivanjem dece u jaslice ili vrtić* (priprema i pomoć roditeljima za razdvajanje, pomoć i podrška deci u razdvajanju i adaptaciji); *razumevanjem teškoća u dečjem socioemocionalnom razvoju* (problemi sa hranom, spavanjem, neprimerenim ponašanjem, uznemirenošću, mokrenjem u krevet); *problemima deteta u interakciji i komunikaciji sa vršnjacima u vaspitnoj grupi; učenjem i razvojem deteta* (savetovanje i podrška za roditelje koji imaju bilo kakvih problema s detetom); *razumevanjem perspektive deteta i organizovanjem odgovarajuće podrške u kritičnim situacijama u porodici* (rođenje, migracije, smrti, razvod, ostale teškoće s kojima se susreću kao roditelji); *organizovanjem podrške za decu s teškoćama u razvoju i učenju* (uspostavljanje kontakata s drugih stručnjacima i institucijama i pomoć u procesu vođenja deteta); *prelaskom deteta iz vrtića u školu* i drugim. Stručni saradnici organizuju i različita popularna predavanja i programe u okviru tzv. "škole za roditelje". Teme i aktivnosti namenjeni roditeljima organizuju se po principu dobrovoljnog prijavljivanja i načelima savetodavno-edukativnog rada sa grupom.

Uspostavljanje paradigme podrške i koncepta partnerstva

Pod snažnim uticajem sociokonstruktivističke teorije devedesetih godina prošlog veka istaknuta je potreba za drugačijim pozicioniranjem uloge odraslog u odnosu na **proaktivnu ulogu deteta** i **naglašen značaj kontinuiteta podržavajućeg okruženja** tokom ranog i predškolskog detinjstva. Polazeći od ovih ideja, sredinom devedesetih usvojene su *Osnove programa predškolskog vaspitanja i obrazovanja dece uzrasta od tri do sedam godina* (1996), kojima su predviđena dva pristupa u modelovanju vaspitno-obrazovne prakse (Model A i Model B). Svaki od njih, u skladu sa teorijskim postavkama od kojih kreće, vidi mesto i ulogu roditelja u oblikovanju predškolskog programa. Oslanjajući se na pozitivna iskustva predhodnog perioda u *Modelu B* uključivanje roditelja u vaspitno-obrazovni proces smatra se pretpostavkom kvalitetne podrške dečjem razvoju i učenju. *Način uključivanja roditelja određuje vaspitač koji, u dogovoru sa roditeljima i stručnim saradnicima, planira načine i*

⁹ Posebno je važna pomoć stručnjaka u razvoju interakcije i komunikacije sa decom koja imaju razvojne teškoće tipa: razvojna dislalija, mucanje, razvojna disfazije, problemi sa slušnim oštećenjima, autizam, mentalna retardacija i višestruka ometenost.

*dinamiku saradnje sa porodicom*¹⁰ (Koruga, 2000). Uobičajena uloga stručnih saradnika u ovom modelu ogleda se u izradi plana saradnje sa porodicom kroz planiranje pojedinih oblika saradnje i učešće u njihovoj realizaciji putem roditeljskih sastanaka, tribina za roditelje, savetodavnog rad sa roditeljima u vezi sa razvojem, učenjem i ponašanjem dece u ustanovi i porodici.

Budući da je u *Modelu A* istaknuto da su svi odrasli iz mikro i makro okruženja deteta važni učesnici socijalne interakcije koja predstavlja okvir njegovog razvoja i učenja, svima im se priznaje pravo i da se aktivno uključuju i u proces institucionalnog vaspitanja i obrazovanja dece. Forme i sadržaji saradnje porodice i predškolske ustanove nisu precizno određeni jer se smatra da oni *treba da proisteknu iz specifičnosti interakcije i komunikacije dece, roditelja, vaspitača i drugih članova stručnog tima*. Jedno od osnovnih načela je ***podsticanje i podrška svakoj inicijativi*** koju pokrenu roditelji (i svaki drugi učesnik) ukoliko ostali uspeju u njoj da prepoznaju za njih bitne vrednosti (Koruga, 2000, 76). Otuda se *usmerenost na dobrodošlicu porodici* vidi kao temelj u građenju uslova da se roditelj oseća pozvanim da učestvuje i lako sagledava mogućnosti učešća. Pritom je od većeg značaja *način na koji obrazovan ustanova informiše i pruža mogućnosti uključenja* u odnosu na karakteristike porodice kao što su obrazovanje roditelja, veličina porodice, bračni status, čak i uzrast dece. To podrazumeva usmerenost vaspitača i drugih članova stručnog tima ustanove na stalno preispitivanje: U kojoj meri organizacija prostora i vremena ustanove emituje dobrodošlicu? U kojoj meri je funkcionalan sistem informisanja i pozivanja roditelja na učešće? Koliko su razrađene procedure učešća roditelja? Na čijim potrebama se zasniva način i sadržaj saradnje sa porodicom? Da li način organizovanja i realizacije aktivnosti sa roditeljima zaista emituje roditeljima da su dobrodošli i pozvani ili se šalje poruku da su oni i njihova deca problem i da smo mi neophodni njima, a ne obrnuto? Šta treba raditi da bi se roditelji osećali zaista dobrodošlo u ustanovi? (Pavlović Breneselović, 2012).

Implementacijom programskih osnova u praksi otpočeo je novi ciklus akcionih istraživanja što je vodilo izvesnom unapređivanju i oblika, metoda i sadržaja rada sa porodicama u predškolskim ustanovama. Rezultat su bili *programi „postepene adaptacije“* deteta i porodice na vrtić sa intenzivnim uključivanjem roditelja u aktivnosti (vidi: Radojković 2004). Uspostavljen je *fleksibilniji raspored dnevnih aktivnosti* koji je u većoj

¹⁰ Oblikovanje saradničkih odnosa u velikoj meri određeno je iskustvom, znanjima i očekivanjima vaspitača. Moglo bi se reći da su intervencije roditelja u programima saradnje moguće u onoj meri u kojoj ne remete postavljene ciljeve, forme i sadržaje (Koruga, 2000, 76).

meri pratio potrebe dece (kontinuirano namirenje od prve do sedme godine, ukinuto spavanje od pete do sedme godine) i roditelja (usklađeno vreme dolaska i odlaska iz vrtića sa pomeranjem radnog vremena roditelja). Javilo se nastojanje, naročito u okviru programa prema modelu A, da vrtić i *vaspitači budu dostupni u svako doba dana* nezavisno od formalno zakazanog vremena za razgovore i roditeljske sastanke. Otvaraju se vrata roditeljima koji su pozvani da uđu u sve prostorije i koriste za njih posebno pripremljen prostor (“kutak za roditelje”) sa stručnom literaturom, odabranim sadržajima i informacijama (pano), “kutijom za poruke”, knjigom utisaka i drugim sadržajima koji omogućavaju kvalitetnu razmenu (prema Klemenović, 2009, 137).

Nastavlja se sa praksom *neposrednog uključivanja roditelja u vaspitni proces* kroz prirodne, životne i spontane situacije u vrtiću (igra, hranjenje, uspavljivanje), kao i situacije usmerene na postizanje određenih vaspitnih ili obrazovnih efekata (učesće u pripremanju plana za rad sa decom u narednom periodu, usmerene aktivnosti, kupovima ili izrada materijala i igračaka, uređenje dvorišta, izleti, posete pozorištu, bioskopu, poseta radnom mestu roditelja itd). Osmišljeni su i novi oblici saradnje poput „male olimpijade“ u kojoj su učesnici deca i roditelji; igraonice u kojima su roditelji-volonteri stavljeni u ravnopravan položaj sa vaspitačima i drugi. Novine omogućavaju roditeljima da se sarađujući sa ustanovom nađu u veoma raznovrsnim ulogama (volonteri, instruktori, posmatrači, koordinatori, organizatori i sl), što doprinosi većem stepenu uzajamnog razumevanja, tolerancije i poverenja (Koruga, 2000, 80).

U ovom periodu eksperimentalno se organizuju ***radionice sa roditeljima*** iz ciklusa namenjenog unapređivanju dečjeg identiteta, komunikacijskih kompetencija i kreativnog izraza, razvoju zdravih životnih navika i upoznavanju sa okolinom. Radionice su osmišljene tako da jačanju interakciju i komunikaciju među vaspitačima, roditeljima i decom u vrtiću kroz zajedničke aktivnosti roditelja i dece kod kuće ili u lokalnoj zajednici¹¹. U okviru projekta *Step by step* pripremljen je i program *Vrtić kao porodični centar*. Uz predstavljene redovne načine i oblike saradnje predškolske ustanove sa roditeljima, kao dopuna socijalnih mera organizuju se i osmišljavaju ***specijalizovani programi namenjenih porodicama sa rizikom***. Takvog tipa bili su programi namenjeni izbeglim¹² i raseljenim licima u Srbiji,

¹¹ Primer programa koji su obeležili devedesete godine su: *Razvoj samopoštovanja; Čuvari osmeha; Bukvar dečjih prava; Školigrlica; Srce za planetu; Ekološki vrtić; Sportski vrtić* i drugi (Koriga, 2000).

¹² Programi namenjeni *izbeglim i raseljenim licima*¹² u Srbiji kao što su *Zdravo da ste, Otvoreni klubovi* i radionice za odrasle u kojima su organizovane aktivnosti sa decom i roditeljima, pri čemu je i jedan broj roditelja obučen za organizovanje aktivnosti sa decom u izbegličkim centrima, klubovima namenjenim deci i

romskim porodicama¹³ i programi za roditelje dece sa smetnjama u razvoju (Koruga, 2000). Poslednje dve grupe programa dodatnu podršku dobijaju početkom novog milenijuma usvajanjem i implementacijom reformskih dokumenata¹⁴ kojima se u prvi plan stavlja proširivanje obuhvata dece i porodica iz marginalizovanih grupa, posebno u godini pred polazak u školu kroz uvođenje obaveznog pripremnog predškolskog programa.

Uključivanje romske dece, dece sa smetnjama u razvoju i/ili invaliditetom u redovne vaspitne grupe podržano je uvođenjem *inkluzivnog pristupa u obrazovanje*. Ovaj vid programa predviđa neposredno uključivanje roditelja u izradu *individualnog obrazovanog plana*, kao i mogućnost *savetodavnog rada* kojim se porodica osposobljava za pružanje podrške detetu maksimalnim korišćenjem sopstvenih potencijala. To podrazumeva i osposobljavanje roditelja za organizovanje efikasnog života i obrazovnog rada sa detetom uz pripremu za ovladavanje psihičkim problemima koje donose rast i razvoj. Savetodavni rad može da uključi i interventne aktivnosti jačanja samoaktiviteta jednog roditelja ili porodice u celini radi kvalitetnijeg socijalnog funkcionisanja i bolje transakcije sa socijalnim okruženjem. Pored vaspitača, pedagoga, psihologa, logopeda i socijalnog radnika u savetodavni rad se po potrebi može uključiti i patronažna medicinska sestra¹⁵.

Pored navedenih vidova savetodavnog rada sa roditeljima u predškolskoj ustanovi može da se organizuje i *savetovalište za porodicu* kao specifičan vid dodatnog programa. Njegova funkcija je informativni, preventivni, edukativni i savetodavni rad na podizanju vaspitnih kompetencija roditelja i unapređivanju kvaliteta porodičnog života dece na teritoriji lokalne samouprave koja finansira rad ustanove. Osnovni principi rada savetovališta su:

mladima. Započeti sa idejom da podrže i ojačaju snage za odbranu od nevolja i frustracija, ovi programi omogućili su da se roditelji u ulozi profesionalaca i danas bave koncipiranjem i organizovanjem programa u skladu sa potrebama koje markiraju u neposredom okruženju.

¹³ Programima namenjenim *romskim porodicama* podrazumevaju široku lepezu aktivnosti: od pomoći u pribavljanju osnovne lične i medicinske dokumentacije potrebne za uključivanje dece u obrazovni sistem; podršku u potrebnom priboru, odeći i obući i organizovanju prevoza za decu koja su uključena u vaspitno-obrazovne ustanove; pomoći roditeljima koji ne poznaju dovoljno jezik zajednice u ostvarivanju komunikacije sa osobljem ustanove i vaspitačem grupe u koju je uključeno njihovo dete; upoznavanju roditelja sa pravima i obavezama u odnosu na pohađanje obaveznog pripremnog predškolskog programa, materijalna pomoć u obezbeđivanju pratećih aktivnosti (izleti, predstave i sl), kao i pomoć deci i porodici u realizovanju pojedinih programskih aktivnosti. Organizuju se i programi jačanja bazičnih kompetencija romske dece u okviru naselja u kojima žive uz edukaciju roditelja o zdravstvenim i higijenskim normama, koji imaju smisla samo ukoliko ih prate aktivnosti unapređivanja uslova života romskih porodica, o čemu se u poslednje vreme vodi više računa.

¹⁴ *Kvalitetno obrazovanje za sve* (2002), *Strategija za smanjenje siromaštva* (2003), *Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja* (2003), *Nacionalni plan akcije za decu* (2004), *Pravilnik o opštim osnovama predškolskog programa* (2006).

¹⁵ Uz pomoć patronažne sestre pravi se i individualni plan davanja terapije detetu uključenom u programe ustanove koje u specifičnim slučajevima (alergije, astma, dijabetes, konvulzije) mora primiti odgovarajuću hitnu terapiju prepisanu od strane lekara specijaliste.

dobrovoljnost, diskrecija i podjednaka dostupnost svih vidova rada savetovališta svim korisnicima. Uz ranije pominjane edukativne programe (škola za roditelje) i predavanja za roditelje (tribine), organizuju se u okviru ovog tipa programa i grupe za lični rast i razvoj roditelja¹⁶ kao i različiti vidovi rada sa jednim ili oba roditelja - **porodično savetovanje**.

Opisani širok spektar aktivnosti koje vaspitaci, saradnici i stručni saradnici različitih profila ostvaruju sa porodicama dece uključene u različite programe predškolske ustanove zasnivaju se na principima: negovanja saradničkih odnosa; poštovanja ličnosti i uloge roditelja; široke ponude raznih mogućnosti za uključivanje roditelja u život jaslica i vrtića; uvažavanja ideja roditelja u cilju poboljšavanja kvaliteta života i rada u vrtiću; prihvatanje postavke da saradnja kao proces zahteva vreme; poštovanje privatnosti porodice; profesionalan odnos prema informacijama dobijenim od roditelja. Često se ističe da prvi korak u planiranju saradnje predstavlja upoznavanje mogućnosti i očekivanja porodice kako bi se prepoznali različiti motivi roditelja iz kojih proizilaze i razlike u njihovim stavovima i očekivanjima u odnosu na ustanovu, vaspitače, program i vaspitne postupke (vidi: Klemenović, 2009a; 2014). Za tu svrhu vaspitači i stručni saradnici pripremaju različite ankete i/ili organizuju radionice sa roditeljima na početku svakog programa, kao i na njegovom kraju. Sa uvođenjem samovrednovanja i razvojnog planiranja ove aktivnosti postale su nezaobilazne etape u planiranju i programiranju vaspitno-obrazovnog rada sa decom ranog i predškolskog uzrasta i jedan od postupaka za unapređivanje kvaliteta rada predškolske ustanove u celini¹⁷.

Ka novom modelu partnerstva

Profesionalne aktivnosti stručnih saradnika i vaspitača u novije vreme usmeravaju se ne samo na decu i porodice u lokalnoj zajednici koji su u sistemu predškolskog vaspitanja i obrazovanja već naročito na *one koji još uvek ostaju izvan njega*. Razviti i proširiti ponudu predškolskih ustanova kroz inovativne, specifikovane programe i drugačije oblike

¹⁶ Edukativni programi i predavanja za roditelje koji su tokom 2013/14 programske godine organizovani u okviru Savetovališta za porodicu novosadske predškolske ustanove „Radosno detinjstvo“ bili su: Biti i ostati povezan sa detetom; Rivalstvo među braćom i sestrama; Škola za samohrane roditelje; Mama klub: iskustveno-edukativna grupa. Poslednja dva programa realizovana su prema principima savetodavno-edukativnog rada sa grupom u kojima se podrazumeva aktivno učešće roditelja i kontinuiran dolazak, do završetka predviđenih aktivnosti.

¹⁷ Novim zakonima u oblasti obrazovanja, pre svega *Zakonom o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja* (2009) i *Zakonom o predškolskom vaspitanju i obrazovanju* (2010), posebno se ukazuje na značaj uloge roditelja u obrazovno-vaspitnom procesu i na važnost izgradnje partnerskih odnosa sa njima, odnosa koji su u najboljem interesu svakog deteta. Saradnja sa roditeljima i porodicom predstavlja jedan od osnovnih principa na kojima se zasniva kvalitet obrazovno-vaspitnog procesa, a učešće roditelja u životu i radu škole/vrtića postaje jedno od merila za procenu kvaliteta tih ustanova.

organizacije rada kojima se adekvatnije koriste resursi i izlazi u susret različitim potrebama dece i porodica postaje imperativ zaposlenih u savremenoj delatnosti predškolskog vaspitanja i obrazovanja¹⁸. Ove aktivnosti potrebno je osmišljavati tako da vode istovremeno: unapređivanju uslova za učenje i razvoj sve dece; jačanju roditeljskih kompetencija članova njihovih porodica; povećavaju socijalne uloge roditelja, i njihovog uticaja na sistemske institucionalne promene u obrazovanju kojima se oblikuju uslovi za obrazovanje svih. Ideja je da se kroz podršku i osnaživanje za razvoj i primenu različitih programa namenjenih deci ranog i predškolskog uzrasta obezbedi povezivanje svih zainteresovanih strana na lokalnom nivou oko unapređivanja sistema i uvođenja kvalitetnih programa i usluga. Preduzimanjem akcija u zajednici za uvođenje novih programa podrazumeva, pre svega, uključivanje dece iz defavorizovanih sredina i njihovih roditelja čije učešće i saradnja su od presudnog značaja.

Neophodno je roditelje uključiti u kreiranje sredine, razvijanje projekata, izradu materijala za aktivnosti dece (npr. pravljenje knjižica sa temama koje su usmerene na afirmaciju porodične kulture: omiljene priče koje pričaju deci, praznici koje slave, običaje koje poštuju i sl.), pri čemu je potrebno vodi računa o vremenu i prostoru namenjenim za razmenu informaciju stručnjaka sa roditeljima, kao i direktnu razmenu između roditelja. Presudnim se smatra podizanje kvaliteta interakcije i komunikacije među svim angažovanim učenicima jer je potrebno stvoriti uslove za saradnju koja se ne odnosi samo na to da se roditelji osećaju ugodno i poštovano u komunikaciji sa vaspitačima i stručnim saradnicima ustanove, već i *da budu u prilici da međusobno dele iskustva, znanja, veštine i nejasnoće razvijajući osjećaj pripadanja, međusobne zavisnosti, osjećaj individualne važnosti i emocionalne pozitivne povezanosti s ostalim članovima* (McMillan prema Brajković, 2013). Roditelji uz druge učesnike programa imaju dragocenu ulogu i u vrednovanju kvaliteta programa, što samorefleksiju praktičara, predstavlja uslov kontinuiranog unapređivanja vaspitno-obrazovne prakse¹⁹ i prvi korak u obezbeđivanju kvalitetnog obrazovanja za sve.

¹⁸ Dok su *Pravilnikom o vrstama, načinu ostvarivanja i finansiranja posebnih, specijalizovanih programa i drugih oblika rada i usluga koje ostvaruje predškolska ustanova* (2013) precizirani oblici i uslovi rada, njihovo pravno utemeljenje podržano je dokumentima među kojima su: *Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja* (2011), *Zakon o predškolskom vaspitanju i obrazovanju* (2010), *Pravilnik o bližim uslovima za utvrđivanje prioriteta za upis dece u predškolsku ustanovu* (2011), *Standardi uslova za ostvarivanje posebnih programa u oblasti predškolskog vaspitanja i obrazovanja* (2012) i *Strategija razvoja obrazovanja u Republici Srbiji do 2020. godine* (2012).

¹⁹ Primeri dobre prakse u razvoju i planiranju posebnih i specijalizovanih programa (Igraonica, Igrovica, Razigraonica, Igroškolica, Putujući vrtić i drugi) predstavljeni su u praktikumu za *Diversifikovane programe predškolskog vaspitanja i obrazovanja za decu ranog uzrasata* (2013) kojima su predstavljeni rezultati projekata realizovanih tokom poslednje tri godine na teritoriji Srbije: *Vrtići bez granica: više mogućnosti za učenje i razvoj dece ranog uzrasta* koji je implementirao Centr za interaktivnu pedagogiju (CIP) i *Unapređivanje predškolskog vaspitanja i obrazovanja u Srbiji* (IMPRES) implementiran u saradnji sa organizacijama

Dubljem razumevanju potrebe za transformacijom odnosa na relaciji roditelji-profesionalci, od pomoći može biti analiza autorke D. Pavlović Breneselović (2010), u kojoj se promena unutar socijalne interakcije prati kroz četiri dimenzije - društvenu, programsku, organizacionu i personalnu. Na nivou društvene dimenzije, promena zahteva rekonceptualizaciju socijalne uloge profesionalaca i roditelja dekonstruisanjem hijerarhijskih odnosa. Neophodno je postići pomeranje u strukturi moći od *moći nad* drugima u *moć sa* drugima, odnosno da se u radu profesionalci ne oslanjaju na hijerarhiju ekspertskog znanja, nego na potencijal stvaranja uslova za ojačavanje drugih (Chambers, 2004). Na programskom nivou to znači razmenu kroz *dijalog* koji omogućava sagledavanje vlastitih uverenja o deci, podučavanju i učenju ne kao neutralnih i nezavisnih već kao istorijski i kulturno uslovljenih. Osvešćivanjem sopstvenih uverenja profesionalci i roditelji postaju otvoreni za tumačenje, kritičizam i rekonstrukciju, ličnu i sa drugima (Hughes and MacNaughton, 2007; Lopez, 2004). Na organizacijskom nivou to znači strukturu i kulturu ustanove koja realizuje program uključivanja porodice menjati tako da promoviše *pozvanost* (Hoover, 2005; Ferguson, 2008) i participaciju: organizacijom prostora i vremena koja omogućava participaciju; transparentnim procedurama participacije; kulturom kolaboracije i kontinuiranog učenja itd. Na personalnom nivou to znači *poverenje* kao spremnost da izložimo sebe drugome (Mendoza et al., 2003), izgrađeno kroz socijalne interakcije bazirane na poštovanju, pažnji, integritetu druge strane (prema Pavlović Breneselović, 2010). Predsatvljenim promenama stižu se uslovi za povećanje moći socijalne uloge roditelja i jačanje uloge građanina kroz povezivanje, identifikovanjem zajedničkih interesa, lobiranjem za potrebne promene, uključivanjem u socijalne akcije, istinskom participacijom u upravljanju i odlučivanju, što sve stvara osnov za ravnopravno učešće porodice u javnom obrazovanju a time i njegov veći kvalitet.

Zaključne konstatacije

Istorijski pregled promena u odnosima porodice i predškolske ustanove pokazuje da je krajem prošlog veka *ostvaren značajan pomak* na ovom polju. Ipak, može se konstatovati da danas još uvek *dominira manifestni model partnerstva* u kome se odnos dve institucije operacionalizuje kroz organizacione strukture, područja delovanja i različite oblike realizacije. U njemu je akcenat na oblicima saradnje sa porodicom, njihovoj raznovrsnosti, učestalosti i obuhvatu roditelja. Otuda se govori o partnerstvu u području komunikacije,

upravljanja, učešća roditelja u programu, obrazovanju za roditeljstvo i sl. U funkciji informisanja, preventivnog i edukativnog rada sa roditeljima/starateljima u predškolskoj ustanovi vremenom su se *razvili i raznovrsni oblici savetovanja* koji se danas realizuju u okviru *savetovališta za porodicu*. Ovaj oblik rada usmeren je prevashodno na podizanje vaspitnih kompetencija porodice sa namerom da se doprinese unapređivanju kvaliteta života dece ranog i predškolskog uzrasta i njihovih roditelja.

Međutim, postojeći modeli saradnje sa porodicom usmereni su na plan pojedinačne ustanove i pojedinih roditelja, što onemogućava povećanje moći socijalne uloge roditelja da se utiče na obrazovanje i na sistemske institucionalne promene kojima bi se unapredili obrazovni uslovi i za decu i za porodicu. Legislativno regulisanje učešća roditelja u odlučivanju kakvo se danas sreće predstavlja neophodan preduslov, ali nije dovoljna mera kojom se obezbeđuje stvarno učešće roditelja u obrazovanju i javnom životu zajednice. Otuda i preporuka da se oblici učešća roditelja ne unose samo kao gotovi, zadati obrasci partnerstva (tzv. formalni), već da je neophodno podsticati razvoj jedinstvenih oblika saradnje (tzv. neformalnih) koji predstavljaju odraz uspostavljenih partnerskih odnosa stručnjaka obrazovane ustanove, roditelja i predstavnika lokalne zajednice. Na ovaj način shvaćeno partnerstvo podrazumeva povezanost roditelja i stručnjaka predškolske ustanove za uspostavljanje uzajamno potkrepljujućih dimenzija dijaloga koji izrastaju kroz deljenje moći sa drugima i uspostavljanja uzajamnog poverenja. U takvim uslovima savetodavni rad sa porodicom u obrazovnoj ustanovi postaje nezaobilazan element u građenju *mreže odnosa* roditelja unutar zajednice, važan kontekst za izgrađivanje *zajedničkog značenja* i predstavlja vredan doprinos jačanju kapaciteta roditelja za razumevanje dece, njihovih potreba i mogućnosti, učenje i menjanje društvene prakse, jednom reči vodi *emancipaciji roditelja*.

Literatura:

- Brajković, S. (2013). Zajednice učenja - prilog 6, U: Vandekerckhove, A. i saradnici: *Priručnik za diversifikaciju programa predškolskog vaspitanja i obrazovanja*, Beograd: Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.
- Gavrilović, A. (2006). Multifunkcionalna delatnost predškolskih ustanova, *Nastava vaspitanje*, 55(1), 57-69.
- Kamenov, E. (1982). *Eksperimentalni programi za rano obrazovanje*, Beograd: Zavod za udžbenike i nastava sredstva.
- Kamenov, E. (1999). *Predškolska pedagogija*: knjiga 1, Beograd: Zavod za udžbenike i nastava sredstva.
- Klemenović, J. (1999). Nastanak i razvoj zabavišta, U E. Kamenov: *Predškolska pedagogija*, knjiga 1, (173-189), Beograd: Zavod za udžbenike i nastava sredstva.

- Klemenović, J. (2009). *Savremeni predškolski programi*, Novi Sad: Savez pedagoških društava Vojvodine i VŠSSOV "Mihailo Pavlov" Vršac.
- Klemenović, J. (2009a). Saradnja predškolske ustanove sa porodicom u pripremi dece za polazak u školu, *Pedagoška stvarnost*, 55(3-4), 398-411.
- Klemenović, J. (2010). Značaj uključivanja roditelja u programe predškolskog vaspitanja i obrazovanja, *Zbornik Odseka za pedagogiju Filozofskog fakulteta - knjiga 23-24*, (78-94), Novi Sad: Filozofski fakultet, Odsek za pedagogiju.
- Klemenović, J. (2014). Spremnost za školu iz perspektive roditelja, vaspitača i učitelja, *Nastava i vaspitanje*, 58(1), 5-18.
- Kopas Vukašinović, E. (2010). *Predškolski programi u Srbiji*, Jagodina: Pedagoški fakultet u Jagodini, Univerzitet u Kragujevcu
- Koruga, D. (2000). Saradnja porodice i predškolske ustanove. U Pearl. J.(ur.) *Predškolsko vaspitanje i obrazovanje u SR Jugoslaviji* (76-85), Beograd: Catholic Relief Services.
- Lakićević, O., i saradnici (2013). *Diversifikovani programi predškolskog vaspitanja i obrazovanja za dece ranog uzrasta: praktikum*, Beograd: Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.
- Pavlović Breneselović, D. (2010). Partnerstvo u obrazovanju, *Andragoške studije*, 20(2), 123-138.
- Pavlović Breneselović, D. (2014). Partnerstvo sa porodicom: tri paradigme, dva modela, jedna ili više stvarnosti, U: *Identitet profesije pedagog u savremenom obrazovanju* - zbornika radova sa nacionalnog naučnog skupa održanog 30. i 31. januara 2014. godine (110-116), Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Pešić i saradnici (2001). *Reforma sistema predškolskog vaspitanja u Srbiji*, Beograd: Ministarstvo prosvete i sporta Republike Srbije, Komisija za reformu predškolskog vaspitanja, http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/pre_school-yug-ser-srb-t02.pdf, preuzeto 17.06.2012.
- Prentović, R. (2007). *Predškolska ustanova „Radosno detinjstvo“: juče, danas, sutra...*, Novi Sad: PU Radosno detinjstvo.
- Radojković, D. (2004). Adaptacija dece na jaslice, *Pedagoška stvarnost*, 50 (9-10), 178-195.

Primer prakse koja obećava

PODRŠKA DECI U PORODICI- KUĆNE POSETE KAO ASPEKT SARADNJE I

PODRŠKE PORODICI

Dragana Koruga, Centar za interaktivnu pedagogiju, Beograd

Ivana Mihić, Filozofski fakultet, Novi Sad

Proces povećanja obuhvata dece iz rizičnih grupa predškolskim obrazovanjem vodi kreiranju velikog broja različitih programa za rad sa decom koji su prilagođeni potrebama i deteta i porodice. U ovom procesu postaju više nego očigledni značajni efekti koje na razvoj deteta, prilagođavanje na vrtić i mogućnost deteta i porodice da iskoriste maksimum onoga što u vidu podrške predškolska ustanova može da ponudi, ima situacija dugotrajne izloženosti rizicima poput siromaštva, bolesti člana porodice ili deteta, nestimulativna porodična sredina, nasilje u porodici, diskriminacija, česte promene mesta boravka i slično. U kontekstu ovih saznanja nameće se i potreba da se predškolska ustanova dodatno angažuje u podršci ovakvim porodicama, pre svega u oblasti jačanja kapaciteta roditelja da pruže detetu adekvatnije iskustvo brige i stimulacije razvoja.

U susret ovim prepoznatim potrebama u okviru projekta „Vrtići bez granica 2“, pilotirana je usluga Podrške deci u porodici.

Ova usluga usmerena je na intenzivan rad u domovima porodica dece iz rizičnih grupa za koje se proceni da imaju potrebu za dodatnim aktivnostima na jačanju veština roditelja da za dete kreiraju stimulativna iskustva učenja i adekvatne brige.

Realizacija usluge se temelji na formiranom timu, obučenom u oblasti razvoja dece u vulnerabilnim porodicama, savetodavnog rada sa porodicama i podršci kroz realizaciju kućnih poseta. Stručni tim ustanova čine profesionalci iz ustanove (vaspitači, stručni saradnici), ali i roditelji. Rad tima temelji se na definisanoj metodologiji koja podrazumeva:

- kontinuiran rad na mapiranju porodica dece koja nisu, ili ne mogu lako biti uključena u sistem predškolskog obrazovanja, a prisutni su indikatori rizika za razvoj dece i iskustva učenja;*

- procenu porodice- rizika, kvaliteta brige i stimulacije razvoja u porodici;
- definisanje cilja rada- minimalno dovoljne promene u kvalitetu roditeljskog staranja i podrške razvoju i saznavnim iskusvima deteta. Cilj rada sa porodicom usmeren je na podršku zdravlju (fizičkom i mentalnom) deteta, ranom učenju i stimulaciji (u smislu kvalitetne brige, raznovrsnih, obogaćujućih iskustava u kojima dete može da saznaje i istražuje, ali i jačanje kvaliteta unutar porodičnih odnosa i porodične mreže podrške);
- kreiranje individualnog plana rada sa porodicom uz kontinuirano praćenje efekata i dinamike unutar porodice (radi izmena plana podrške);
- realizaciju kućnih poseta;
- monitoring poseta i intervizijsku podršku unutar tima.

Rad u porodici je zapravo forma saradnje sa porodicom koja za cilj ima jačanje roditeljskih kompetencija kako bi briga o detetu u kući bila više u skladu sa njegovim/njenim razvojnim potrebama. Tim pomaže roditeljima da dostignu minimalnu promenu koja je potrebna kako bi podrška detetu bila adekvatnija. Kućna poseta se organizuje oko jednog iskustva za dete (igra, izlet, zadatak...) kroz koje dete uči, ali pre svega i roditelj uči i usvaja veštine, razmišljanja, perspektivu koja je cilj te specifične posete. Kreirano iskustvo za dete se temelji na saradnji ili zajedničkoj aktivnosti roditelja i deteta, koristi porodične rituale i/ili materijale koje porodica poseduje (ili su kreirani posebno za tu porodicu) i nastoji da bude toliko uklopljena u život porodice da je roditelj može da je ponovi.

Fokus rada tokom posete je na postizanju ciljem definisane minimalne promene ka „dovoljno dobrom“ roditeljstvu koje će doprineti kvalitetnijoj interakciji roditelja i deteta. Jednako tako, posetom se nastoji naglasiti lična snaga roditelja i porodice u celini, kroz usmeravanja na kvalitetne forme brige i podsticanja deteta koje se tokom boravka u porodici uoče.

Pristup savetovanja i podrške porodicama kroz kućne posete veoma je popularan metod pružanja usluga porodicama iz vulnerabilnih grupa. Iako većina njih podrazumeva intervencije za porodicu pre rođenja deteta ili neposredno po rođenju (podrška ranom razvoju, rana intervencija), sve je veći broj programa koji se, poput ovog koji je kod nas pilotiran, kreiraju i realizuju kao dodatna podrška za decu uzrasta 3-5 godina i to iz obrazovnog sistema. Koristi od ovakve vrste podrške mogu da imaju porodice koje su iz bilo kog razloga u riziku za manje kvalitetno staranje od strane roditelja, pa je osnovni cilj programa usmeren ka obezbeđivanju informacija, znanja i praktične pomoći roditelju u

razvoju veština brige o detetu i podrške razvoju. Istovremeno, ovakav pristup omogućuje i emocionalnu, psihosocijalnu podršku roditelju i eventualno povezivanje sa drugim dostupnim uslugama ukoliko porodica ima potrebe za tim.

Efekti ovako realizovanih programa u inostranstvu su vidljivi na kapacitetima roditelja da brinu, mentalnom zdravlju roditelja (naročito majki), ali i prevenciji problema u ponašanju, namernog povređivanja deteta i kvalitetu afektivne vezanosti kao temelja daljeg socio-emocionalnog razvoja deteta. Nadamo se da će programi zaživeti i razvijati se i u Srbiji.

DRAFT

SAVETODAVNI RAD SA RODITELJIMA KAO ASPEKT SARADNJE PORODICE I ŠKOLE

Sladana Zuković

Filozofski fakultet, Novi Sad

Pitanje povezivanja porodice i škole predstavlja veoma aktuelnu pedagošku tematiku koja ima dugu istorijsku pozadinu, ali koja u savremenom društvenom kontekstu dobija nova značenja. Pojačan trend interesovanja za ovu tematiku evidentan je od druge polovine 20. veka, što je rezultiralo pojavom različitih pokreta i oblikovanjem različitih modela saradnje porodice i škole sa ciljem da se ukaže na mogućnosti razvoja partnerskog odnosa između porodice i škole, kao i potrebe većeg uključivanja roditelja u život i rad škole (Zuković, 2013).

Ideja o građenju partnerstva između porodice i škole nastala je kao rezultat težnje i potrebe da se prevaziđe manjkavost i nedelotvornost tradicionalnog modela saradnje porodice i škole koji neguje uglavnom površne i formalne odnose. Naime, uprkos sve prisutnijoj retorici o značaju saradnje sa roditeljima, kao i zakonski podržanim programskim smernicama o načinima uključivanja roditelja u školske aktivnosti, u praksi se često dešava da je njihova uloga svedena na minimum. Kako ističu neki autori (Pašališ-Kreso, 2004; Polovina, 2011; Price-Mitchell, 2009; Xu & Filler, 2008), osnovna manjkavost u tradicionalnom modelu saradnje je ta što porodica i škola imaju odvojene ciljeve i zadatke, a eventualne zajedničke aktivnosti porodice i škole su usmerene ka zadovoljavanju interesa, potreba, aspiracija i očekivanja jedne ili druge strane, dok su interesi i potrebe deteta/učenika često u drugom planu. Iako su formalno u obavezi da podržavaju jedna drugu, na praktičnom nivou porodica i škola deluju odvojeno, što često ima za posledicu antagonizam, uzajamno optuživanje i prebacivanje krivice na drugu stranu. Saradnja nije zasnovana na ravnopravnosti, već na hijerarhijskom odnosu u kojem škola zauzima poziciju moći. Takvo stanje se može tumačiti kao posledica evidentnosti strukturalnih i psiholoških barijera koje su operacionalizovane kroz tri aspekta: barijere vezane za porodicu, barijere vezane za školu (nastavnike) i barijere vezane za odnos između porodice i škole (opširnije u: Zuković, 2012a). U svakom slučaju, činjenica je da se tradicionalni koncept odnosa porodica-škola u praksi pokazao kao nedelotvoran, jer je imao za rezultat slabljenje povezanosti između

porodice i škole, kao i formiranje stanovišta o relativno odvojenoj odgovornosti porodice i škole za razvoj deteta/učenika.

Za razliku od tradicionalnog modela saradnje porodice i škole, savremene tendencije u ovoj oblasti usmerene su ka izgrađivanju *partnerskog odnosa* koji se temelji na principima *zajedničkog interesa i podeljene odgovornosti* (Kimberly & Christenson, 2000). Naime, partnerski model podrazumeva uzajamnu saradnju i zajedničko delovanje i napore porodice/roditelja i školskog osoblja da kroz različite aktivnosti utiču na unapređenje vaspitno-obrazovnog procesa, odnosno da pruže maksimalnu podršku učenju, napredovanju i razvoju učenika (Christenson, 2004; Smit et al. 2007). Ovakav pristup podrazumeva odnos koji je zasnovan na uzajamnom poštovanju, razumevanju perspektive drugog i svesti o prednostima i dalekosežnim efektima partnerstva za sve one koje su u njega uključeni (Petrović-Sočo, 1995). Stoga je posebno važno da škola, kao pokretač građenja partnerskih odnosa porodice i škole, dobije saznanja o preprekama vezanim za porodični kontekst kako bi razumela i na adekvatan način odgovorila na očekivanja roditelja vezana za školovanje njihove dece. Takođe, od škole se očekuje da na adekvatan način pruži podršku roditeljima u cilju njihovog osnaživanja za efikasno obavljanje svoje roditeljske uloge, što, između ostalog, podrazumeva kvalitetan i programski utemeljen savetodavni rad sa roditeljima.

Pretpostavke za građenje partnerskog odnosa između porodice i škole

Saradnja između porodice i škole koja je zasnovana na filozofiji partnerskih odnosa predstavlja „dinamičan proces koji se odvija između najmanje jednog roditelja (staratelja) i najmanje jednog pojedinca unutar školskog sistema (nastavnik, direktor, stručni saradnik...) koji imaju zajednički interes i podeljenu odgovornost u postavljanju ciljeva i donošenja odluka u vezi sa učenjem i napredovanjem učenika“ (Cowan et al., 2004: 201). Ovakva saradnja se može odvijati na tri nivoa: na nivou sistema (tj. između porodičnog i školskog okruženja), na nivou učionice i na nivou pojedinca. Takođe, pojam partnerstva se često koristi da označi značaj kooperativnog odnosa između porodice, škole i zajednice (Barbour et al, 2005; Epstein, 2001; Smit et al. 2007; Wright, Steglin, 2003). Svaki od aktera saradnje unosi svoje resurse u cilju kreiranja kooperativnog odnosa međuzavisnosti. Međutim, neki autori (Kimberly, Christenson, 2000) naglašavaju da partnerski pristup podrazumeva, ne samo odnos kooperacije i koordinacije, već i odnos kolaboracije koji je moguće eksplorisati preko pet ključnih elemenata: 1) uzajamno uvažavanje znanja i veština, 2) iskrena i jasna komunikacija, 3) otvorena i dvosmerna razmena informacija, 4) uzajamno dogovaranje ciljeva i 5) zajedničko planiranje i donošenje odluka (Vosler-Hunter, 1989, prema: Kimberly, Christenson, 2000: 478).

Pomenute elemente često nije lako sprovesti u praksi, posebno ako se ima u vidu činjenica da efikasnost partnerskog odnosa između porodice i škole zavisi od obrazovnog zakonodavstva, karakteristika porodice (vrednosti, verovanja, očekivanja, odnos prema obrazovanju...), karakteristika škole (uverenja, vrednosti i očekivanja nastavnika, tip škole, veličina i organizaciona struktura škole...) kao i od karakteristika i uticaja lokalne zajednice (skup normi, vrednosti i očekivanja šire zajednice) (Cowan, Napolitano, Sheridan, 2004). Ipak, stručnjaci (Christenson, 2004; Price-Mitchell, 2009) naglašavaju da ključ za građenje partnerskog odnosa jeste poverenje koje predstavlja vitalnu komponentu efikasnih porodično-školskih odnosa. Naime, ukoliko između porodice i škole nije uspostavljeno poverenje, preduzete aktivnosti, a samim tim i ishodi, neće biti na očekivanom nivou. U tom smislu, treba naglasiti da građenje „na poverenju zasnovanog partnerstva“ podrazumeva pristup koji neguje, pre svega, optimizam u efikasnost zajedničkog delovanja. Pored toga, u literaturi se ukazuje na ključne karakteristike partnerskog odnosa između porodice i škole, i to:

a) *Na učenika usmerena filozofija partnerskog pristupa* – podrazumeva kooperaciju, koordinaciju i kolaboraciju porodice i škole u cilju akademskog, socijalnog, emocionalnog i bihevioralnog razvoja učenika.

b) *Podeljena odgovornost za obrazovanje i socijalizaciju dece* – od suštinskog je značaja da porodica i škola zajedno obezbede uslove i sredstva za učenje i napredak dece. Ovakav pristup ne znači propisivanje posebnih uloga i aktivnosti škole i porodice, već stvaranje mogućnosti za njihovo zajedničko učešće i delovanje.

c) *Stavljanje naglaska na kvalitet povezanosti porodice i škole* – stvaranje konstruktivnog odnosa koji bi omogućio da roditelji i nastavnici zajedno i na smislen način doprinesu akademskom i socijalnom razvoju dece.

d) *Stavljanje naglaska na preventivni i na rešenje usmereni pristup* – težnja ka kreiranju takvih uslova koji bi olakšavali i podržavali učenje, napredak i razvoj učenika (Christenson, Sheridan, 2001, prema: Christenson, 2004: 84).

Pomenute karakteristike partnerskog odnosa podrazumevaju kreiranje takvih uslova u kojima roditelji i nastavnici zajedno rade na poboljšanju obrazovnog sistema na način koji će omogućiti prevenciju budućih problema, što znači da bi svi učenici trebali da imaju benefit od partnerstva. U takvim uslovima pojedinci uče jedni od drugih, objedinjuju svoja znanja i umenja u cilju boljeg obrazovanja za sve učenike. Takođe, partnerski pristup omogućava da se, uz prisustvo otvorene i jasne komunikacije koja u velikoj meri određuje izbalansiranost partnerstva, postavljaju i ostvaruju dugoročni i sveobuhvatni ciljevi i zadaci (Cowan et al., 2004). Konačno, građenje partnerskog odnosa između porodice i škole mora biti vođeno

filozofijom koja će podržavati ideju partnerskog delovanja i ideju škole kao otvorenog sistema (Cowan et al., 2004; Price-Mitchell, 2009). U tom smislu, u relevantnoj literaturi (Christenson, 2004) se ističe da je za građenje konstruktivnog partnerskog odnosa između porodice i škole neophodno postojanje četiri uslova (u literaturi poznati kao „4A“): Pristup (Approach) - usvajanje pristupa koji prepoznaje značaj porodice i uloge roditelja u obrazovanju; Stavovi (Attitudes) – postojanje stava da su porodica i škola potrebni jedni drugima (pozitivan stav i porodice i škole prema ideji partnerstva); Atmosfera (Atmosphere) – adekvatna školska klima; i Akcije (Actions) – postojanje strategija za izgradnju dugoročnog partnerstva.

Efikasnost partnerskog odnosa između porodice i škole treba da se očituje kroz efekat povećanog uključivanja roditelja u obrazovanje, što proizvodi benefite i za učenike (pozitivniji stavovi o školi, bolje ponašanje u školi, veća usmerenost pažnje na školske zadatke i obaveze, povećan osećaj odgovornosti za učenje i ponašanje), i za roditelje (povećana sposobnost za pomaganje deci u učenju, veće zadovoljstvo školom i obrazovanjem uopšte), i za nastavnike (bolji odnosi sa roditeljima, povećana podrška od strane roditelja, bolje razumevanje potreba učenika, veća sposobnost za pružanje podrške učenicima u učenju i napredovanju) (Hoover-Dempsey, Walker, 2002).

Takođe, efikasnost partnerskih odnosa neki autori (Cowan et al., 2004) razmatraju kroz potencijalne benefite posmatrane na nivou mezosistema porodica-škola: kvalitetnija komunikacija između roditelja i nastavnika; veća efikasnost u rešavanju potencijanih problema; bolje razumevanje karakteristika i načina funkcionisanja porodičnog i školskog okruženja, što omogućava i bolje razumevanje načina funkcionisanja deteta u tim okruženjima. Ključna pretpostavka za ostvarenje pomenutih benefita jeste kontinuirano i efikasno planiranje i programiranje različitih oblika i sadržaja saradnje sa roditeljima.

Oblici i sadržaji saradnje sa roditeljima u školi

Na osnovu opšte konceptualne, filozofske i organizacione strukture vaspitno-obrazovnog rada, svaka škola planira i programira različite oblike i sadržaje saradnje sa roditeljima. Ciljevi i zadaci saradnje sa roditeljima utemeljeni su na težnji da se omogući adekvatan i optimalan razvoj ličnosti i napredovanje deteta/učenika, kao i razvoj socijalne okoline (porodica, škola, vršnjaci) u kojoj dete/učenik živi (Resman, 2000).

Pored posebnog Programa saradnje sa porodicom/roditeljima, i u drugim programima obrazovno -vaspitnog rada u školi koji čine sastavni deo Školskog programa i Godišnjeg

plana rada škole²⁰, inkorporirani su različiti aspekti rada sa roditeljima, kao i mogućnosti uključivanja roditelja u školske aktivnosti: Program vaspitnog rada škole, Program rada odeljenskog starešine, Program rada stručnih saradnika, Program rada direktora, Program profesionalne orijentacije, Program zaštite učenika od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja, Programi prevencije drugih oblika rizičnog ponašanja, Program slobodnih aktivnosti, Program zdravstvene zaštite, Program izleta, ekskurzija i nastave u prirodi, Program saveta roditelja, Program inkluzivne nastave....

Međutim, formalno koncipiranje programa koji sadrže različite aspekte saradnje sa roditeljima ne znači ujedno i efikasno sprovođenje predviđenih aktivnosti u praksi. Da bi se ostvarila adekvatna saradnja neophodno je da roditelji budu podstaknuti i motivisani za aktivnu participaciju u svim aspektima detetovog razvoja. Uključivanje roditelja na različite načine u život škole pomaže roditeljima da razumeju način na koji škola funkcioniše, strukturu i organizaciju škole, školski kurikulum i podstiču razvoj kompetencija za saradnju sa školom (Vranješević, 2009). Zbog toga je važno da se roditeljima nude različite aktivnosti u koje mogu da se uključuju u odnosu na interesovanja, obaveze i sposobnosti/veštine, što podrazumeva širok spektar formalnih i neformalnih vidova participacije:

- učešće roditelja u Savetu roditelja²¹, kreiranju razvojnog plana ustanove, kao i učešće u različitim školskim timovima (tim za borbu protiv zanemarivanja i zlostavljanja, tim za samovrednovanje rada škole, tim za inkluzivno obrazovanje²² itd);
- učešće roditelja u različitim obrazovno-vaspitnim projektima koji se odvijaju u školi ili u širim programima/projektima u koje je škola uključena (npr: "Škola bez nasilja",

²⁰ Školski program je zvanični dokument na osnovu kojeg se ostvaruje razvojni plan i ukupan obrazovno-vaspitni rad u školi, i predstavlja osnovu na kojoj svaki nastavnik i stručni saradnik planira i realizuje svoj rad. Godišnji plan rada škole je operativan školski dokument koji predstavlja konkretizaciju (vreme, mesto, način i nosioci) programa obrazovanja i vaspitanja koje škola planira da realizuje u toku školske godine.

²¹ Savet roditelja je savetodavni organ ustanove koji čini po jedan predstavnik roditelja učenika iz svakog odeljenja. Savet roditelja daje mišljenje o predlogu godišnjeg programa rada škole, razmatra, predlaže i učestvuje u rešavanju pitanja uspeha i vladanja učenika, odnosno obaveza učenika u školi i van nje, organizovanja svih oblika obrazovno-vaspitnog rada škole, društvenog i zabavnog života učenika, organizovanja sportskih i drugih manifestacija u školi, zaštita školske sredine itd., daje mišljenje o planu ekskurzija i nastave u prirodi, koji se ne mogu usvojiti bez pozitivnog mišljenja roditelja, organizuje i sprovodi saradnju sa društvenom sredinom, prati realizaciju programa slobodnih aktivnosti učenika, organizuje učešće roditelja u realizovanju programa kulturne i javne delatnosti škole i društvene sredine...

²² Participacija roditelja posebno je izražena u okviru rada stručnog aktiva za IOP (individualni obrazovni plan) gde roditelj aktivno učestvuje u kreiranju individualnog obrazovnog plana za svoje dete, po potrebi predlaže spoljne saradnike u timu koji se bavi obrazovnim planom, daje odobrenje za sprovođenje individualnog obrazovnog plana, a ima i mogućnost da prisustvuje obrazovno-vaspitnom radu kao pomoć detetu.

“Prva pomoć - savetovanje roditelja dece sa intelektualnim smetnjama u razvoju”,
“Profesionalna orijentacija- karijerno vođenje” itd.)

- angažovanje roditelja kao volontera u organizaciji različitih školskih aktivnosti i kao asistenata u nastavi, posebno na mlađim uzrastima;

- angažovanje roditelja kao edukatora dece u oblastima u kojima su profesionalci/eksperti ili kao edukatora drugih roditelja o problemima koji su relevantni za roditeljsku populaciju, a za koje su pojedini roditelji stručni.

Pored navedenih oblika participacije roditelja u školskim aktivnostima, saradnja sa roditeljima se uobičajeno obavlja kroz individualne i grupne oblike saradnje.

Individualni oblik saradnje se realizuje kroz individualne razgovore sa roditeljima. Obavlja ga najčešće odeljenski starešina ili stručni saradnik i podrazumeva razgovor o razvoju i napredovanju deteta/učenika, razgovor o mogućnostima prevazilaženja određenih problema ili predupređivanju nekih situacija koje mogu negativno uticati na učenika. Ovaj oblik rada sa roditeljima je izuzetno delotvoran jer nastavnici i stručni saradnici svakodnevno opažaju određene specifičnosti, osobine i ponašanje učenika na način na koji to roditelj često ne opaža. S druge strane, roditelj sa svojim informacijama i zapažanjima o ponašanju deteta u porodičnom kontekstu pomaže da nastavnik dobije širu sliku o učeniku.

Grupni oblik saradnje se najčešće ostvaruje kroz organizovanje roditeljskih sastanaka. Roditeljski sastanak se održava najmanje četiri puta godišnje, a po potrebi i češće. Predstavlja oblik rada odeljenskog starešine (a ponekad se uključuju i pedagog, psiholog, direktor škole) sa roditeljima jednog odeljenja, ali može da se organizuje i za manju grupu roditelja (koji imaju specifičan problem) ili za roditelje jednog razreda ili cele škole ukoliko je reč o nekim opštijim pitanjima. Ovaj oblik grupnog rada sa roditeljima uglavnom uključuje sadržaje vezane za informisanje roditelja o školskom uspehu i ponašanju učenika, o školskim planovima i programima, različitim aktivnostima škole. Pored toga, poželjno je i organizovanje tematskih roditeljskih sastanaka vezanih, naprimer, za pedagoško-psihološko obrazovanje roditelja koje se realizuje kroz radionice ili predavanja za roditelje. U svakom slučaju, da bi ovaj vid saradnje sa roditeljima bio delotvoran i efikasan, treba ga organizovati tako da podstiče dvosmernu komunikaciju, atmosferu u kojoj će roditelji imati aktivnu ulogu o temama o kojima se diskutuje, priliku da razmenjuju iskustva sa drugim roditeljima.

Pored individualnih razgovora i roditeljskih sastanaka kao uobičajenih oblika saradnje sa roditeljima, škole mogu da realizuju različite *programe obrazovanja roditelja* čiji je cilj razvijanje kompetentnog roditeljstva i unapređenje roditeljskih kapaciteta za podršku i razvoj deteta/učenika (Stričević, 2011). Realizuju se kroz različite organizacijske oblike: škola za

roditelje, predavanja za roditelje, radionice za roditelje, tribine za roditelje, savetovališta za roditelje itd. Fokus je na prevenciji, a ključnu ulogu u realizaciji ovih programa imaju stručni saradnici – školski pedagog i psiholog. Programi obrazovanja roditelja treba da se temelje na interesima i potrebama roditelja, da omoguće visok nivo angažovanja roditelja i razmenu iskustava. Na taj način se podiže motivacija i pruža mogućnost da roditelji uvide sopstvene snage i sposobnosti i da preuzmu maksimalnu odgovornost za svoje ponašanje. Svi navedeni oblici saradnje pružaju okvir za razvoj i primenu veština savetodavnog rada sa roditeljima.

Savetodavni rad sa roditeljima

Savetodavni rad sa roditeljima je veoma složena kreativna delatnost i jedna od ključnih komponenti efikasnog vaspitno-obrazovnog delovanja u školi. Pritom je važno naglasiti da savetodavni rad sa roditeljima predstavlja sastavni deo školskog savetodavnog rada.

Filozofija školskog savetodavnog rada zasnovana je na humanističkoj teoriji razvoja ličnosti koja podrazumeva da se u brizi za adekvatan fizički i psihički razvoj detetove/učenikove ličnosti treba pobrinuti i za uslove toga razvoja, odnosno da je potrebno adekvatno organizovati školsku fizičku i socijalnu okolinu, a za to je neophodan saradnički odnos svih članova kolektiva škole, porodice i šire zajednice. Snažan i odlučujući uticaj na celokupnu organizaciju i sadržaj školskog savetodavnog rada određuje opšta školska klima, aktuelna školska politika, kao i razumevanje uloge škole u razvoju deteta/učenika (školske doktrine i koncepcije) (Resman, 2000). U tom smislu, školsko savetovanje treba razumeti kao proces u kojem je čin savetovanja samo jedan logičan korak koji sledi iza sklopa programski osmišljenih različitih vaspitno-obrazovnih aktivnosti (Jurić, 2004). To znači da svaka škola organizuje savetodavni rad u skladu sa razvojnim planiranjem škole. Pored toga što je neposredno usmeren na rast i razvoj učenika, posredno je usmeren i na oblikovanje efikasnog vaspitno-obrazovnog procesa. Stoga se može reći da efikasan savetodavni rad u školi podrazumeva poznavanje opštih karakteristika i posebnosti u razvoju pojedinca, ali i poznavanje škole kulture i školskih procesa. Takođe, efikasan savetodavni rad u školi podrazumeva i timski rad, jer se u njemu na kooperativan način udružuje i širi različito znanje na osnovu koga možemo kvalitetnije pomagati učenicima, učiteljima/nastavnicima i roditeljima u rešavanju određenih problema. Timski rad obogaćuje sve koji u njemu učestvuju, omogućava učenje i razmenu informacija, temelji se na kolegijalnosti, te omogućava osvetljavanje stanja i analizu problema i određenih situacija sa više različitih stručnih područja i stajališta (Reardon, 1998).

Školski savetodavni rad čine tri procesa koja se u školskom kontekstu veoma često prepliću i prožimaju: savetovanje u užem smislu, konsultovanje i koordinisanje.

Savetovanje u užem smislu je vrsta delatnosti (pomoći) koju školska savetodavna služba²³ obavlja s pojedinim učenicima, sa manjim grupama učenika ili sa odeljenjem u celini. Tu se ubraja i sva pomoć koja je usmerena na rešavanje problema i pitanja kojima se učenici neposredno obraćaju savetniku i tiču se njihovog školskog rada (učenja), te različitih ličnih i socijalnih problema, a sve u cilju njihovog osposobljavanja za samostalno rešavanje problema i prepreka. U središtu savetodavne uloge je poznavanje čovekovog razvoja i njegove ličnosti, intra i interpersonalnih odnosa, procesa prihvatanja odluka i rešavanja problema, vođenja savetodavnog procesa u individualnom i grupnom obliku, i naročito, uspostavljanje poverenja.

Konsultovanje je sarađivanje s „trećom strankom“, s roditeljima, učiteljima/nastavnicima, rukovodstvom škole i drugima kojima je u prvom planu briga za učenike i koji na njega imaju uticaj i važan im je njegov rad i razvoj. U toj funkciji stručni saradnik/savetnik se s njima stalno konsultuje, pomaže im u razmišljanju, rešavanju problema i traženju odgovora na pitanja kako biti uspešniji u radu s pojedincima ili grupom učenika. Pomaže im u usvajanju znanja, pojedinih veština i sposobnosti, upoznavanju deteta/učenika, objektivnom ocenjivanju rada pojedinca ili odeljenskih kolektiva, u vođenju procesa učenja, u podizanju samosvesti i samopouzdanja, te optimističnog pogleda na obrazovno-vaspitni rad.

Koordinisanje je proces u kojem stručni saradnik/savetnik preuzima podsticaj u upravljanju i vođenju pojedinih aktivnosti, odnosno programa vezanih za rast, razvoj, život i rad pojedinca ili grupa učenika. Koordinisanje je funkcija koja ističe značaj savetnika kao inicijatora i pokretača promena, a implicirana je u zahtevu da se zbog normalnog detetovog razvoja i socijalna okolina mora menjati i prilagođavati kako bi bila naklonjena detetu. Koordinisanje uključuje i saradnju savetnika u timu i projektima koji se tiču obrazovnih programa za učitelje/nastavnike i roditelje. Koordinisanje se ne ograničava samo na programe i aktivnosti unutar škole, već i na one aktivnosti koji zahtevaju saradnju i bliže povezivanje škole sa drugim institucijama i lokalnom zajednicom, kao što je, naprimer, upis dece u prvi razred, profesionalno savetovanje i sl. (Resman, 2000: 60-61).

²³ Školsku savetodavnu službu kod nas najčešće čine stručni saradnici - školski pedagog i školski psiholog, ali može da uključuje i druge stručne profile - socijalni radnik, defektolog, logoped, socijalni pedagog...

Kao što je već pomenuto, ova tri procesa školskog savetovanja se međusobno prožimaju i nužno zahtevaju neposredan ili posredan savetodavni rad sa roditeljima. Pri tom je važno napomenuti da školska savetodavna služba ne treba da bude servis za rešavanje porodičnih problema - za to postoje druge specijalizovane savetodavne službe. Svrha savetodavnog rada sa roditeljima u školi usmerena je na osnaživanje porodičnog sistema (pre svega, kroz pružanje podrške roditeljima i razvoj roditeljskih kompetencija), ali i osnaživanje školskog sistema i unapređenje vaspitno-obrazovnog rada u celini, a sve u cilju rasta, razvoja i napredovanja deteta/učenika.

Karakteristike i načela savetodavnog rada sa roditeljima

Savetodavni rad sa roditeljima u školi najčešće obavljaju stručni saradnici – pedagog i psiholog, ali ovu delatnost obavljaju i drugi akteri školskog života - pre svega učitelji i odeljenske starešine, a zatim i predmetni nastavnici, direktor škole... To znači da svi navedeni akteri školskog života, kroz različite oblasti rada, dolaze u situaciju da budu u ulozi savetnika, tj. uzimaju neposredno ili posredno učešće u procesu savetodavnog rada sa roditeljima. Zbog toga je važno da budu edukovani za rad sa roditeljima, da poseduju znanja, sposobnosti i veštine koje su temelj za efikasan i kvalitetan savetodavni rad. Takođe je važno da budu otvoreni za timski rad, jer svaka etapa savetodavnog rada sa roditeljima podrazumeva njihovu međusobnu interakciju i kvalitetnu saradnju. Stoga je značajno ukazati na određena polazišta i načela savetodavnog rada sa roditeljima u školi (Jurić, 2004; Juul, 2002; Resman, 2000):

- Detetov razvoj i učenje su temeljni cilj savetodavnog rada sa roditeljima.
- U procesu savetovanja roditelji moraju biti partneri i konsultanti.
- Savetovanje roditelja mora biti bazirano na principu dobrovoljnosti, oslobođeno od svake vrste pritiska ili prinude.
- Savetnik mora steći poverenje roditelja. Tog poverenja neće biti dok roditelji ne shvate misiju i zadatke stručnjaka/savetnika.
- Savetnik ne preuzima ulogu roditelja, niti njihove zadatke - on im pomaže da lakše ostvare svoje roditeljske uloge i obaveze.
- Savetnik mora poštovati roditelje, uvažavati njihovo mišljenje i stanovišta.
- Savetnik treba da budi optimizam i da aktivira roditeljske potencijale.

- Savetnik mora prilagoditi fizički i psihički ambijent (prostor, atmosferu) u kojem će roditelj sa lakoćom izražavati svoja očekivanja i osećanja.
- Ako se proceni da određeni problemi prevazilaze njegove kompetencije, savetnik je dužan da uputi roditelje na druge odgovarajuće, specijalizovane institucije.

Navedena polazišta i načela savetodavnog rada sa roditeljima ukazuju na činjenicu da ključ uspešnog savetovanja jeste kompetentan savetnik, a to se postiže kontinuiranim stručnim usavršavanjem u ovoj oblasti, kontinuiranom samoevaluacijom sopstvenih postupaka u radu sa roditeljima, kao i kontinuiranim radom na sebi. Savetnik treba da bude dobro edukovan, taktičan i kooperativan, da pokazuje interes za druge ljude i njihove probleme, te da poseduje sposobnost i veštine uspostavljanja dobre komunikacije.

Kako bez komunikacije nema savetovanja, potrebno je da savetnik uspostavi atmosferu u kojoj će se korisnik savetovanja osećati slobodan da razmenjuje emocije i doživljaje. Ključni uslovi za kreiranje adekvatne atmosfere i ostvarivanje uspešne komunikacije su: aktivno slušanje, empatija i emocionalna toplina, poštovanje, tolerancija, iskrenost – autentičnost, zainteresovanost, jasnoća poruka (Janković, 2004). U procesu savetodavnog rada sa roditeljima posebno je važna veština aktivnog slušanja koja podrazumeva i umeće postavljanja pitanja, jasnog i jednostavnog izražavanja, posmatranja, ohrabrivanja, podsticanja, reflektovanja činjenica, reflektovanja osećanja, sumiranja (Matijević i sar., 2010).

Takođe, važno je imati u vidu značaj izbora adekvatnog i optimalnog pristupa u savetodavnom radu sa roditeljima. Naravno, pored toga što izbor pristupa zahteva visoku stručnost i temeljno poznavanje različitih teorijskih i praktičnih pristupa u savetovanju, izbor pristupa zavisi od složenosti, vrste, uzroka, trajanja i drugih odrednica određenog problema. Ipak, kako se ističe u relevantnoj literaturi (Janković, 2004; Resman, 2000; Vernon i Kottman, 2009), jedan od pristupa koji se u radu sa roditeljima u školskom kontekstu pokazao višestruko korisnim jeste Rodžersov *nedirektivni pristup u savetovanju*. Primena nedirektivnog pristupa u radu sa roditeljima omogućava da odnos između savetnika i roditelja bude zasnovan na poverenju i uzajamnoj uključenosti u rešavanje problema, pri čemu se teži da roditelji budu dominantno u poziciji subjekta koji: zna šta je problem i o tome govori; bira, definiše i postavlja ciljeve; odlučuje o promenama i putu kojim će ih realizovati; provodi pozitivne akcije; ostvaruje ciljeve koje je sam postavio. Suština je u tome da se roditelji stave u poziciju da samostalno prave izbor, a uloga savetnika je da pomogne i podrži roditelje u

traganju za mogućim izborima (Matijević i sar., 2010). Na taj način posmatrano, savetovanje postaje susret dva stručnjaka koji, razvijajući interakciju, razmenjuju informacije i osećanja, razvijaju međusobnu toleranciju i ostvaruju motivaciju.

Zaključak

Savetodavni rad sa roditeljima, kao aspekt saradnje porodice i škole, predstavlja složen, dinamičan i kreativan proces traženja izbora, te načina da se nauče koncepti i strategije koje će pomoći da se i porodica i škola učine pozitivnim okruženjem za dete (Vernon & Kottman, 2009). Pri tom je važno naglasiti da savetodavni rad sa roditeljima ne znači davanje gotovih rešenja i ne bi trebao da se svede samo na nivo opskrbljivanja roditelja veštinama i znanjima, već treba da bude put ka integraciji roditelja u proces učenja i proces stvaranja znanja (Price-Mitchell, 2009). Ovakav pristup zahteva partnerski odnos, baziran, pre svega, na principu poverenja, poštovanja i *zajedničkom dogovoru o ciljevima i strategijama* (Ballen & Moles, 1994), jer je u procesu savetovanja veoma važan osećaj zajedničke odgovornosti prilikom pružanja pomoći u promenama opažanja, stavova, mišljenja, osećanja i ponašanja (Vernon & Kottman, 2009). Takođe, savetodavni rad sa roditeljima treba da karakteriše pristup u kojem se roditelji posmatraju kao „eksperti“ koji mogu da pruže veoma važan doprinos za napredovanje i razvoj učenika (Cowan et al., 2004). To ujedno znači i prevazilaženje, do sada često prisutne, prakse da se reaguje samo u problemskim situacijama i da se fokus usmerava na porodične deficite umesto na porodične snage (Zuković, 2012). U tom smislu, značajno je ukazati na stanovište (Epstein, 2001) o potrebi da škole budu otvorene za sve porodice, a ne samo za one porodice koje su lako dostupne. Da bi se ostvario ovakav odnos, škole *treba da budu mesto u kojem će se porodice osećati dobrodošlo i gde će na adekvatan način biti prepoznati porodični potencijali*.

Literatura:

- Ballen, J. & Moles O. (1994). *Strong Families, Strong Schools*, U.S. Department of Education. Dostupno na: www.projectappleseed.org/strongfamilieschools.pdf.
- Barbour, C., Barbour, N. H. & Scully, P. A. (2005). *Families, Schools and Communities. Building Partnerships for Educating Children* (3th. edition). New Jersey: Pearson Education
- Christenson, S. L. (2004). The Family–School Partnership: An Opportunity to Promote the Learning Competence of All Students, *School Psychology Review*, Vol. 33, No. 1, 83-104.

- Cowan, R. J., Napolitano, S. & Sheridan, S. M. (2004). Home-School Collaboration, *Educational Psychology Papers and Publications*. Paper 18. Dostupno na: <http://digitalcommons.unl.edu/edpsychpapers/18>.
- Epstein, J. L. (2001). *School, Family and Community Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools*. Boulder, CO: Westview Press.
- Hoover-Dempsey, K. V. & Walker, M. T. (2002). *Family-School Communication*. Research Committee of the Metropolitan Nashville/Davidson County Board of Public Education. Dostupno na: www.vanderbilt.edu/.../family-school/school%20reports/HooverDem...
- Janković, J. (2004). *Savjetovanje u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Nacionalna Sveučilišna knjižnica.
- Jurić, V. (2004). *Metodika rada školskog pedagoga*. Zagreb: Školska knjiga.
- Juul, J. (2002). *Razgovori s obitelji: perspektive i procesi*, Zagreb: Alinea.
- Kimberly S. A. & Christenson, S. L. (2000). Trust and the Family-School Relationship Examination of Parent-Teacher Differences in Elementary and Secondary Grades, *Journal of School Psychology*, Vol. 38, No. 5, 477-497.
- Matijević, D. i sar. (2010). *Deci je mesto u porodici – priručnik za rad u zajednici sa porodicama dece sa smetnjama u razvoju*. Beograd: Gradski zavod za javno zdravlje.
- Pašalić - Kreso, A. (2004). *Koordinate obiteljskog odgoja*. Sarajevo: Jež.
- Petrović-Sočo, B. (1995). Ispitivanje stavova roditelja o suradnji sa dječjim vrtićem, *Društvena istraživanja*, No. 4-5, 613-625.
- Polovina, N. (2011). *Porodica u sistemskom okruženju*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
- Price-Mitchell, M. (2009). Boundary Dynamics: Implications for Building Parent-School Partnerships, *The School Community Journal*, Vol. 19, No. 2, 9- 26.
- Reardon, K. (1998). *Interpersonalna komunikacija*. Zagreb: Alinea.
- Resman, M. (2000). *Savjetodavni rad u vrtiću i školi*. Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor.
- Smit, F., Driessen, G., Sluiter, R. & Slegers, P. (2007). Types of parents and school strategies aimed at the creation of effective partnerships. *International Journal about Parents in Education*, Vol. 1, 45-52.
- Stričević, I. (2011). Jačanje roditeljskih kompetencija kroz programe obrazovanja roditelja. U: D. Maleš, (ur.) *Nove paradigme ranog odgoja* (125-152). Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Vernon, A. & Kottman, T. (2009). *Counseling Theories. Practical Applications with Children and Adolescents in School Settings*. Denver, Colorado: Love Publishing Compa.
- Vranješević, J. (2009). Roditelji i škola: kako do uspješne saradnje. Beograd: Učiteljski fakultet. dostupno na: http://www.see-educoop.net/aeiq/outputs/preporuke_finalno.pdf.
- Wright, K. & Steglin, D. A. (2003). *Building School and Community Partnerships Through Parent Involvement* (2nd edition). New Jersey: Pearson Education.
- Xu, Y. & Filler, J. (2008). Facilitating Family Involvement and Support for Inclusive Education, *The School Community Journal*, Vol. 18, No. 2, 53-72.
- Zuković, S. (2012). *Porodica kao sistem – funkcionalnost i resursi osnaživanja*. Novi Sad: Pedagoško društvo Vojvodine.
- Zuković, S. (2012a). Odnos između porodice i škole: od saradnje ka partnerstvu. U: O. Gajić (ur.) *Kvalitet obrazovnog sistema Srbije u evropskoj perspektivi*, Zbornik radova/knjiga 2 (219-230). Novi Sad: Univerzitet u Novom sadu, Filozofski fakultet.
- Zuković, S. (2013). Partnerstvo porodice, škole i zajednice – teorijski i praktični aspekti. *Godišnjak filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, Vol. XXXVIII, No. 2, 55-68.

**Deo 3. PODRŠKA PORODICAMA U
NERAZVOJNIM I KRIZNIM SITUACIJAMA**

INTENZIVNA PODRŠKA BIOLOŠKOJ PORODICI

Aktuelnosti prakse rada sa porodicama

PORODIČNI SARADNIK - NOVA USLUGA U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE²⁴

*Snježana Jović, Sanja Miloradović, Ljiljana Popović
Republički zavod za socijalnu zaštitu*

RAZVOJ USLUGE PORODIČNI SARADNIK

Aktuelna situacija zaštite prava dece u Srbiji, kada se radi o porodicama u kojima su sigurnost i bezbednost dece i uslovi za rast i razvoj veoma ugroženi, ukazuje da naš sistem raspolaže sa više mera kojima nastoji da zaštiti dete od porodice, a mnogo je manje usluga i mera kojima bi čuvalo ovakve porodice za dete. Evidentan je, dakle, nedostatak usluga intenzivne podrške biološkoj porodici.

U dosadašnjem procesu transformacije socijalne zaštite, smanjenje broja dece u rezidencijalnoj zaštiti predstavlja značajan uspeh, ali to ne prati i unapređenje prava deteta da živi u svojoj porodici. Naime, broj dece i mladih koji žive u rezidencijalnim ustanovama u periodu 2000 – 2014. godine jeste smanjen za 52%, ali je ukupan broj dece na smeštaju (hraniteljske porodice) porastao za 42%.

Unapređenje mehanizama podrške porodicama koje su u riziku od izmeštanja dece, zahteva razvijanje lepeze usluga koje bi bile namenjene porodicama i u kojima bi cela porodica, svi njeni članovi i njihove relacije, okolnosti njihovog življenja bile jedinica posmatranja i predmet stručne podrške i stručnog rada.

*Usluga Porodični saradnik je odgovor na potrebu za pružanjem intenzivne podrške porodicama u kojima je rizik za izmeštanje dece umeren ili preči da će se povećati. Polazi od jednog od osnovnih prava deteta, a to je **pravo da živi u svojoj porodici** i da u svojoj porodici ima uslove za rast i razvoj, živi u sigurnom i bezbednom okruženju i ostvaruje svoju dobrobit.*

Pretraga usluga i programa u zemljama u svetu ukazuje da su brojne zemlje koje imaju razvijene usluge i programe intenzivne podrške porodici u krizi. Intensive Family Preservation Services (IFPS), odnosno Intenzivne usluge očuvanja porodice kako ih načešće nazivaju, razvijene su u mnogim evropskim zemljama (Holandija, Velika Britanija, Nemačka, Finska), a rasprostranjene su i širom Sjedinjenih Američkih Država, u Australiji itd.

Iako se koncepti delom razlikuju, uvek se radi o holističkom pristupu, radu sa celokupnom porodicom, radu u domu porodice i njenoj zajednici, intenzivnom prisustvu pomagača u porodici u ograničenom vremenu. Cilj ovih usluga je da pruže holističku podršku porodici u riziku, odnosno pomognu joj u različitim domenima života, kako bi se uspostavili dovoljno dobri uslovi za zdrav razvoj deteta.

Tokom 2013. godine u saradnji Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja i UNICEF-a pokrenut je pilot projekat sa ciljem da se koncipira i pilotira usluga Porodični saradnik, kao usluga intenzivne podrške porodici. Na njenom razvoju rade

²⁴ U radu su korišćeni su prikazi rada sa porodicama, porodičnih saradnika: Branislava Lapčević, psiholog i Ana Radovanović, psiholog iz Centra za zaštitu odojčadi dece i omladine iz Beograda i Nataša Zečević, psiholog iz Centra za razvoj usluga socijalne zaštite „Knežinja Ljubica“ iz Kragujevca.

u partnerstvu pet ustanova u sistemu socijalne zaštite: Republički zavod za socijalnu zaštitu, kao koordinator procesa koncipiranja i pilotiranja usluge, ustanove za smeštaj dece i mladih: „Duško Radović“ iz Niša, „Centar za zaštitu odojčadi, dece i omladine“ iz Beograda, SOS Dečije selo Sremska Kamenica i Centar za lokalne usluge „Kneginja Ljubica“ iz Kragujevca, kao pružaoci usluge, a svi u stalnoj saradnji sa centrima za socijalni rad navedenih gradova. Sredstva za pilotiranje usluge obezbedila je Novak fondacija.

Prva saznanja i iskustva o konceptu, tim koji pilotira uslugu dobio je kroz studijske posete dvema srodnim uslugama: program „Jačanje porodice“, Dečije selo, Sremska Kamenica i podrške porodicama organizacije „Hope & Homes“ iz Bosne i Hercegovine, a potom i kroz analizu srodnih usluga u drugim zemljama.

Oslanjajući se na početna saznanja o srodnim uslugama, usluga porodični saradnik se razvija i prilagođava pre svega našem sistemu socijalne zaštite. Stručni postupak, kao osnovni metod za ostvarivanje svrhe usluge, koncipiran je tako da bude kompatibilan i usklađen sa zahtevima stručnog postupka u centru za socijalni rad, sa funkcijom, ulogama i odgovornostima centra za socijalni rad kao organa starateljstva i u skladu sa važećim konceptom minimalnih standarda usluga u sistemu socijalne zaštite.

Stručni postupak i metodologija rada porodičnog saradnika bazirani su na sledećim teorijskim konceptima:

- *sistemski i ekološki pristup*
- *razvojna psihologija*
- *teorija privrženosti*
- *teorija promene*
- *motivaciono intervjuisanje*

Svrha usluge Porodični saradnik je definisana kao unapređenje kapaciteta porodice da omogući bezbednost deteta i uslove za detetov kvalitetan razvoj u porodičnom okruženju.

Ciljevi usluge:

- *prevencija izmeštanja dece iz prirodnih porodica*
- *podrška povratku deteta u porodicu/osnaživanje porodica za povratak deteta iz institucija/hraniteljskih porodica*
- *prevencija zanemarivanja i zlostavljanja dece u porodicama*
- *unapređenje kapaciteta roditelja kroz sticanje novih znanja i veština u oblasti roditeljstva, životnih veština, partnerskih i drugih odnosa.*

Korisnici usluge su porodice u kojima postoji umeren rizik od zanemarivanja dece/nasilja/izmeštanja dece ili prisutna realna opasnost od uvećanja stepena rizika po bezbednost dece. To su i korisničke grupe kod kojih je CSR preduzeo neku od mera: porodice u procesu pripreme (ili po preuzimanju deteta) za preuzimanje deteta iz institucije/hraniteljske porodice; porodice po sprovođenju mera neodložne intervencije, kada su osigurani bezbednost nenasilnom roditelju i deci; porodice/roditelji prema kojima je izrečena mera korektivnog nadzora; porodice/roditelji čijem detetu je izrečena vaspitna mera pojačanog nadzora.

Kao što je praksa i kod drugih pružalaca srodnih usluga u regionu i svetu pokazala, to su najčešće porodice sa složenim i višestrukim problemima (porodice sa decom koje su često suočene sa izrazitim siromaštvom, nezaposlenošću, veoma lošim stambenim uslovima, gde postoje izazovi vezani za probleme mentalnog zdravlja, gde je dete ili roditelj osoba sa invaliditetom, gde je prisutno nasilje, porodice u kojima roditelji zanemaruju potrebe deteta ili ne umeju da odgovore na njih...).

Pristup usluzi imaju porodice koje se nalaze na evidenciji Centra za socijalni rad, u službi za decu i mlade. To znači da ova usluga nije široko dostupna svim porodicama u zajednici, nego samo onim koje se nalaze na evidenciji CSR i kod kojih postoji procena voditelja slučaja o potrebi za ovom uslugom. Usluga se pruža na dobrovoljnoj osnovi, isključivo uz saglasnost porodice.

Osnovni kadar usluge su: *rukovodilac usluge i porodični saradnici, profesionalci iz oblasti socijalne zaštite koji čine stručni tim usluge. Tokom pilotiranja, a na osnovu praćenja razvoja usluge i potreba pružaoca usluge, stručni tim je proširen obučanim internim supervizorom. U procesu pilotiranja usluge kontinuiranu mentorsku podršku i eksternu superviziju pružaocu usluge obezbeđuje Republički zavod za socijalnu zaštitu.*

Jedan porodični saradnik radi optimalno sa 12 porodica, usluga traje 8 do 12 meseci (zavisno od potreba porodice), realizuje se u proseku po jedan susret nedeljno u porodici ili sa akterima sa kojima je porodica povezana.

Porodični saradnik *je profesionalac iz oblasti socijalne zaštite i radi uz podršku stručnog tima svoje ustanove i u koordinaciji sa centrom za socijalni rad. Njegova podrška porodici je i stručna i praktična (konkretna). Njegov zadatak je da informiše, savetuje, edukuje, usmerava, motiviše i vodi članove porodice ka postizanju pozitivne promene u funkcionisanju. On zastupa interese porodice pred različitim sistemima u zajednici i povezuje je sa uslugama i drugim podrškama u zajednici koje mogu unaprediti kvalitet života članova porodice. On je terenski radnik u intenzivnom kontaktu sa porodicom i akterima koji su od značaja sa porodicu. Na raspolaganju ima i jednokratna novčana sredstva kojima može da pomogne porodici. Porodični saradnik deluje uz stalnu koordinaciju od strane rukovodioca usluge i uz organizovanu superviziju, internu ili eksternu.*

Rukovodilac usluge, *i sam profesionalac iz oblasti socijalne zaštite, obezbeđuje unutrašnju koordinaciju i organizaciju, planira i upravlja uslugom, uz poštovanje standarda stručnog rada i predstavlja uslugu u javnosti i pred ključnim partnerima.*

*U prvoj fazi pilotiranja usluge obezbeđivana je eksterna **supervizijska podrška**. Kako je primena pokazala da je usluga porodični saradnik veoma složena i zahtevna, pokazala se neophodnost za kontinuiranom i uvek prisutnom supervizijskom podrškom tako da se aktuelno obučavaju i razvijaju interni resursi pružaoca za supervizijsku podršku.*

Još jedan nezaobilazni partner porodičnog saradnika je voditelj slučaja sa kojim radi u stalnoj koordinaciji i saradnji.

FAZE PRUŽANJA USLUGE

Stručni postupak pružanja usluge osmišljen je kroz punu participaciju budućih pružalaca usluga, a zatim je dograđivan kroz proces pilotiranja. Pružanje usluge porodični saradnik se može podeliti u četiri osnovne faze, koje prati obavezni monitoring:

Upućivanje. *Porodice na uslugu porodičnog saradnika upućuje isključivo centar za socijalni rad, dostavljanjem izveštaja o porodici i definisanog zadatka (polja rada) za uslugu porodičnog saradnika.*

Produbljena procena porodice od strane pružaoca ima pre svega zadatak da se porodični saradnik pridruži porodici, stvori radni savez, da identifikuje oblasti rizika za bezbedan i adekvatan razvoj deteta u porodici, oblasti u kojima su izražene snage porodice i da motiviše članove porodice da rade na promeni u oblastima funkcionisanja gde postoje teškoće. Procena se vrši u 4 ključne oblasti, a na osnovu instrumenta razvijenog za potrebe ove usluge. Četiri oblasti procene su:

- Životne okolnosti porodice (stanovanje, prihodi, zaposlenje).
- Osnovne potrebe – karakteristike deteta/mlade osobe (zdravlje, ishrana, higijena i odevanje deteta/mlade osobe, obrazovanje/stimulacija, emocije i ponašanje, spremnost deteta da preuzme odgovornost za sebe u skladu sa uzrastom).
- Karakteristike, potrebe i specifična ponašanja odraslih u porodici: zdravlje, obrazovanje, upotreba droge/alkohola; iskustvo zlostavljanja; karakteristike emotivnog doživljavanja i reagovanja; način reagovanja na krizu/stres/gubitke; stavovi od značaja za situaciju u kojoj se porodica nalazi, odnos prema sebi, veštine snalaženja u društvu.
- Relacije (odnosi roditelja/staratelja sa decom i vaspitanje; odnosi među odraslima i odnosi među decom; odnosi sa širom porodicom i zajednicom).

Planiranje i sprovođenje plana. Na osnovu produbljene procene porodice, porodični saradnik pravi svoj plan rada sa porodicom. Potom se uz učešće porodice izrađuje porodični plan kao jedan od osnovnih mehanizama za dogovor porodice i porodičnog saradnika o ciljevima koji se žele postići. Porodični plan je osnov za praćenje postignuća, tj. planiranih promena u porodici.

Revizija i završna evaluacija. Revizija se realizuje bar jednom, na polovini intervencije, a završna evaluacija na kraju. Revizija je postavljena kao participativna evaluacija postignuća, u kojoj učestvuju svi akteri: porodica, predstavnici centra za socijalni rad i porodični saradnik.

Obavezni monitoring vrši se šest meseci nakon završetka usluge.

Stručni postupak je osmišljen na ovaj način i sa ciljem da obezbedi individualizovanost i personalizovanost usluge, odnosno da uslugu učini što primerenijom za konkretnu porodicu.

Primenom stručnog postupka, porodični saradnik obezbeđuje kontinuirano aktivno učestvovanje porodice i njenih članova u proceni, planiranju i sprovođenju plana. Ovim se porodica osnažuje da preuzme odgovornost za sebe i svoj život, razvijajući nove veštine i prevazilazeći aktuelnu kriznu situaciju.

PRVA ANALIZA REZULTATA PRIMENE USLUGE

Godinu dana nakon pilotiranja usluge napravljena je analiza „pređenog puta“, prvih iskustava i rezultata pružanja usluge porodični saradnik. Cilj je bio da se ispita adekvatnost početnog koncepta usluge, proveriti da li usluga vodi ka unapređenju uslova za rast i razvoj dece u različitim domenima života deteta, smanjenja rizika za zanemarivanje i zlostavljanje, smanjenja rizika od izmeštanja deteta iz porodice.

Konkretna istraživačka pitanja su:

1. *Koji su bili prioriteti podrške, odnosno na kojim domenima funkcionisanja porodice i dece su porodični saradnici najviše radili?*
2. *U kojoj meri je podrška u ovim domenima bila efektivna?*
3. *Do kojih pozitivnih promena je usluga dovela?*
4. *Koji su bili glavni rizici za uspešnost usluge?*
5. *Da li su efekti usluge takvi da smanjuju rizik od zlostavljanja i zanemarivanja dece, odnosno drugih načina ugrožavanja razvoja deteta?*

METODOLOGIJA I UZORAK

Uzorak evaluacije činile su porodice kod kojih je usluga okončana tokom prvih deset meseci pilotiranja (juli 2014.). Usluga je u tom periodu započeta sa 170 porodica i radila sa 316 odraslih i 441 detetom. Intervencija je okončana sa 45 porodica. Analiza je vršena na 26 porodica, što čini 57,7% porodica kod kojih je usluga završena. Prilikom evaluacije usluge korišćeni su različiti izvori podataka: dosjei 26 porodica, upitnici o njihovim demografskim karakteristikama i upitnici o ispunjenosti ciljeva intervencije. Sa 10 porodica realizovani su i terenski intervjui, intervjui sa njihovim voditeljima slučaja i drugim profesionalcima u zajednici koji su bili uključeni u pružanje usluge. U uzorku je zastupljeno 65% jednoroditeljskih porodica, 65% živi od socijalne pomoći, 46% su romske nacionalnosti.

REZULTATI

U čemu se sastoji podrška?

Nakon opsežne procene funkcionisanja porodice po domenima definisanim instrumentom za produbljenu procenu, izrađuje se porodični plan, čija analiza ukazuje u kojim domenima je porodicama pružana podrška. Porodični planovi su bili pogodni kao preliminarni izvor podataka, jer predstavljaju zajednički dogovor porodičnog saradnika i porodice o tome šta je za porodicu važno, te na dobar način pružaju uvid u potrebe porodice. Sadržaj podrške je analiziran i na osnovu podataka dobijenih iz završnih izveštaja porodičnog saradnika o radu sa porodicom, intervju sa svim članovima porodice, važnim akterima u zajednici, i voditeljima slučaja iz CSR. Najgrublje se mogu razlikovati četiri oblasti rada porodičnog saradnika: rad sa decom, rad sa odraslima, rad na odnosima, rad na životnim okolnostima (Slika 1), pri čemu je porodicama najčešće bila potrebna podrška u obrazovanju dece, odnosu sa decom i veštinama roditeljstva. Značajna podrška pružana je brizi o zdravlju deteta, ostvarivanju dodatnih prava i prikupljanju za to potrebne dokumentacije.

Slika 1. Struktura porodica u odnosu na oblik podrške koji im je bio pružen



Detaljniji podaci o sadržaju podrške kao i efektima podrške, dobijeni su putem intervjua.

Procena uspešnosti podrške

Iako je uzorak mali, a vreme pružanja usluge kratko, može se zaključiti da usluga daje dobre rezultate. U 26 porodica kod kojih je evaluiran efekat usluge, porodični saradnici radili su uglavnom na 2 - 3 oblasti. Ovi podaci potvrđuju da je usluga na holistički način odgovorila kompleksnim potrebama porodice, kao i da su u usluzi učestvovalе porodice koje su imale raznorodne teškoće da adekvatno brinu o deci.

Na osnovu ostvarenosti početnih ciljeva pružanja usluge, možemo zaključiti da se stepen uspešnosti usluge kreće od 62% u domenu unapređenja zdravlja, higijene i ishrane, do 85% u oblasti obezbeđivanja prava i dokumentacije za njihovo ostvarenje.

Da usluga zaista pomaže korisnicima prepoznaju i profesionalci zaposleni u različitim institucijama u zajednici:

Mi predlažemo da se kod svih porodica i pojedinaca koje imaju probleme sa zavisnošću od narkotika uvede ova usluga i da se uredi saradnja sa centrom koji upućuje na korišćenje usluge PS, jer je usluga dala odlične rezultate.

Lekar

Ostvareni su svi ciljevi koji smo mi, kao centar, predvideli u planu rada sa ovom porodicom i koje ne bi mogli, bez PS da postignemo.

Voditelj slučaja

Znamo da je bilo problema oko higijene, opreme za školu i redovnosti pohađanja nastave, ali sada toga nema.

Školski psiholog

Korisnici su iskazali pozitivan odnos prema načinu rada porodičnog saradnika. Glavni faktor promene bili su: odnos koji su porodični saradnici uspjeli da uspostave sa članovima porodice i stručnost porodičnih saradnika.

Odnos uspostavljen sa porodičnim saradnikom, roditelji su opisali kao odnos pun poštovanja, uvažavanja i pažnje. Time su porodični saradnici stekli poverenje porodica sa kojima su radili. Kao značajne faktore koji su podstakli promene u njihovoj porodici, roditelji prepoznaju i dostupnost, učestalost kontakata i istrajnost u pružanju podrške. Za roditelje je bilo važno i što je usluga mogla da odgovori na višestruke potrebe porodice, što doprinosi postizanju održive promene:

Rekla bih joj da ima jedan porodični saradnik, da ga slušaš i pamtiš. Ona je stručna. I meni je pomogla, podigla me na noge.

Majka

Svi jedva čekamo da PS dođe i da joj pokažemo šta smo sve uradili.

Dete

Analiza ukazuje na sledeće rizike za uspeh usluge: ekstremno siromaštvo i dugogodišnja uključenost u sistem socijalne zaštite bez vidnih promena u porodici, kao i izostanak neke „aktuelne krize“ koja bi bila pokretač akcije u radu sa porodicom. Da bi usluga i kod ovih porodica eventualno mogla da nađe svoje mesto, potrebne su detaljnije pripreme CSR i PS za rad sa porodicom, da CSR u odnosu na roditelje/staratelje pokrene postupke iz porodično-pravne zaštite, ili da na neki drugi način CSR „napravi događaj“ porodici, kao bi se aktuelizovala potreba za intervencijom u porodici.

Efekti u radu sa decom

Korišćenje usluge porodičnog saradnika imalo je pozitivan efekat na obrazovanje dece u 78% porodica. Podrška obrazovanju dece je najčešći oblik podrške koji je pružan kroz ovu uslugu. Kako bi se unapredilo obrazovanje dece, porodični saradnik radio je paralelno sa porodicom deteta, decom i zaposlenima u školi. Pozitivni efekti odnose se pre svega na to da je:

- Deci je u većoj meri stalo do uspeha u školi;*
- Postignuće dece je primerenije njihovim sposobnostima;*
- Povećana je redovnost pohađanja škola;*
- Deca su razvila primerenija/prilagođenija ponašanja u školi;*
- Deca su počela da pohađaju vannastavne aktivnosti.*

Osim toga, tokom korišćenja usluge i roditelji su počeli u većoj meri da vrednuju obrazovanje. Dok ranije često nisu ni odlazili u školu, uz posredovanje porodičnog saradnika, roditelji su počeli da ostvaruju kontakt sa nastavnicima i brinu o uspehu svoje dece. Ovo je identifikovano kao značajan faktor održivosti napretka u obrazovanju.

Bolje je što sin ide u školu, to na prvom mestu. Ranije nisam išla u školu, a onda je PS posredovala i razgovarala sa nastavnicima i javljala mi šta se dešava i kada da idem u školu. Kćerka je krenula u predškolsko. Lepo je otići po dete u školu i vratiti se kući.

Majka

Krajem 8. razreda dečak je promenio svoje ponašanje, nije bilo toliko incidenata koje je izazivao. Postao je staloženiji.

Zaposleni u školi

Na razvoju zdravstvenih navika i unapređenju zdravlja dece, higijene i ishrane intervenisano je u 50% porodica, a intervencija se pokazala kao uspešna kod 62% porodica. U ovoj oblasti porodični saradnici su radili sa decom i roditeljima na razvoju veština detetove brige o sebi, i uspostavljanju zdravih životnih navika. Time je došlo je do sledećih pozitivnih promena:

- Uvođenje dece u redovni zdravstveni nadzor, obezbeđivanje potrebne zdravstvene dokumentacije;*
- Unapređenje znanja dece i odraslih da brinu o zdravlju;*
- Unapređenje nutritivne vrednosti i redovnosti obroka za dete;*
- Unapređenje higijene dečjih stvari i lične higijene dece.*

Porodični saradnik nije uvek uspevao da edukuje roditelje o važnosti i neophodnosti zdravstvene brige za dete. Bilo je situacija u kojima se zdravstveno stanje dece pogoršalo, ili nije unapredilo zbog nedovoljne brige odraslih članova porodice. Bunt adolescenata takođe može da bude snažna prepreka napretku. U jednoj porodici adolescentkinja nije htela da pristane na potrebnu zdravstvenu intervenciju.

Porodični saradnici su radili sa porodicama u kojima su deca imala teškoće u ponašanju: prestupništvo, agresivno i nasilno ponašanje, prošnja i skitnja, kao i zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Napredak je postignut u radu sa adolescentom koji je upotrebljavao marihuanu, pri čemu je podstican razvoj praktičnih životnih veština i unutrašnje kontrole. Takođe, dečak koji je bio u sukobu sa zakonom nije ispoljio prestupničko ponašanje tokom intervencije porodičnog saradnika. Izostao je uspeh u radu deteta sa problemom prosjačenja, jer se dete pri kraju intervencije vratilo prošnji.

U jednoj porodici bio je zastupljen rad sa emocionalnim problemom deteta - izrazito agresivno i impulsivno ponašanje. Ovaj rad bio je posebno izazovan za porodične saradnike i uglavnom upućuje da je decu potrebno uputiti na druge, specijalizovane usluge u zajednici. Terapijska znanja porodičnog saradnika pokazuje se da je veoma važan uslov za uspešnost, ali angažovanje drugih u zajednici (službe mentalnog zdravlja) je značajno angažovati, jer ostaju resurs porodice i pojedinaca i nakon okončanja intervencije porodičnog saradnika. Posao porodičnog saradnika je bio efikasan u porodicama gde su deca imala poteškoća da razumeju svoje emocije.

Naučio sam kako da prepoznam svoja osećanja. Nekako kao da sam ih zatvorio u sebe. Sada pišem i pesme. Napisao sam jednu o majci i o mom problemu sa marihuanom. Imam sada i jednu stariju drugaricu i komšinicu sa kojom mogu da razgovaram o svemu.

Dete

Efekti u radu sa odraslima

Porodični saradnici su bili angažovani u radu na individualnim problemima odraslih u onoj meri u kojoj su ti problemi direktno uticali na razvoj i bezbednost deteta. Najčešće oblasti intervencije bile su: poboljšanje mentalnog i opšteg zdravlja roditelja i odvikavanje od upotrebe psihoaktivnih supstanci. Porodični saradnik se pokazao posebno korisnim u onim porodicama u kojima su roditelji bili na lečenju od bolesti zavisnosti, što su zabeležili svi akteri.

Najvažnije mi je da idem redovno kod lekara, pijem lekove i kada sam u problemu, odnosno krizi, imam kome da se obratim za pomoć, mogu PS da pozovem kad god mi treba.

Majka

Porodični saradnik se, na naš zahtev, javio kao podrška u lečenju K. Za mogućnost ove pomoći smo saznali preko centra za socijalni rad. K. nikada do sada nije imala ovako dugu apstinenciju i volju da se lečenje uspešno završi.

Lekar

Efekti u radu na odnosima

Porodični saradnik najintenzivnije i najefektivnije radi u porodicama u kojima su narušeni odnosi između dece i roditelja. Efekat rada u ovoj oblasti je bio postepeno uspostavljanje odnosa roditelja i dece zasnovanog na međusobnom poštovanju i razumevanju, što vodi smanjenju rizika od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja dece. Rad na porodičnim odnosima i razvoju roditeljskih veština i međusobnih odnosa predstavlja najkompleksniji zadatak porodičnog saradnika. Fokus njegovog rada u ovom segmentu bio je na porodičnoj komunikaciji, njenom unapređenju, međusobnom razumevanju i prihvatanju

članova porodice. Drugi važan fokus intervencije bio je rad na porodičnim ulogama. Pozitivni efekti se iskazuju kroz sledeće aspekte:

- Roditelji adekvatnije prepoznaju i zadovoljavaju potrebe svoje dece;
- Smanjena učestalost konflikata u porodici, a posebno između roditelja i dece;
- Veća uključenost roditelja u vaspitanje dece i povećano vreme koje provode u zajedničkim aktivnostima;
- Postignuta balansiranija podela uloga i povećano zajedničko učešće oba roditelja u brizi o deci;
- Povećano samopouzdanje roditelja u odnosu sa decom, naspram početne nesigurnosti u to kako vaspitavati dete;
- Porodica je prihvatila nove načine komunikacije, i na taj način su uspostavljeni funkcionalniji i stabilniji porodični odnosi.

Bolje komunicira sa ocem, nema više onih ispada i brecanja na svaku očevu reč. Deluje kao da je sazreo i smirio se. A i naše strpljenje je sada bolje.

Majka

Imao sam neka ubeđenja, bio sam "Balkanac", ali počeo sam da razmišljam i da menjam ubeđenja. Ranije sam mnogo grešio oko dece, odnosi su nam bili zategnuti, ali poslušao sam PS i sada je mnogo bolje. Naučili smo o ponašanju dece, o tome kako treba u odnosu sa decom, kroz razgovor sa PS, primere, U našoj porodici je ranije sve bilo anarhično, a sada smo postigli red, imamo pravila. Imali smo snage da prevaziđemo teškoće. Nismo se prepustili alkoholu, razvodu, porocima, kriminalu, ...

Otac

Međusobni odnosi roditelja bili su takođe predmet rada porodičnog saradnika. U jednoj od njih roditelji su uspeli da prevaziđu teškoće i da ostanu u braku. U drugoj, porodični saradnik je pokušao da obnovi komunikaciju među roditeljima koji su razvedeni. Kada je reč o porodicama u kojima su roditelji u procesu razvoda i gde je prisutna intenzivna zloupotreba dece u tom sporu, potrebno je posebno postupanje svih sistema kako bi usluga postigla veći efekat.

Iako porodični saradnik nije nadležan da reaguje u slučaju akutnog porodičnog nasilja, on može pružiti značajnu podršku žrtvama porodičnog nasilja kada je osigurana bezbednost nenasilnom roditelju i deci. U slučaju kada je porodični saradnik radio sa porodicom u kojoj je žena bila žrtva nasilja, žena se dovoljno osnažila da prijavi nasilje, a nakon intervencije centra za socijalni rad, porodični saradnik je pomagao pri posetama lekaru, u kontaktima sa policijom, prilikom nalaženja stana i ostvarivanja prava na novčanu socijalnu pomoć.

Nikad ranije nisam smela da se suprotstavim mužu. U radu sa PS mi je bilo najbitnije savetovanje u postupanju sa decom, a onda sve to posredovanje kod CSR da ostvarimo pomoć, zatim to što nam je pomagala oko školovanja. Jača sam da se borim za život sada. Deca su sada mirnija i sve manje nervozna.

Majka

Efekti u radu na životnim okolnostima

Rad na unapređenju materijalnog statusa porodice, prikupljanje potrebne dokumentacije i ostvarivanje dodatnih prava iz oblasti socijalne zaštite, predstavlja važan segment rada sa porodicama kod kojih je izraženo siromaštvo. U tom slučaju, rad na drugim problemima može biti efikasan tek kada se stabilizuje materijalna situacija. Stoga, ovaj aspekt delovanja porodičnog saradnika nekada predstavlja prvi korak u radu sa porodicom i stvara prostor za dalji rad. Pomoć se najčešće odnosila na podršku u obezbeđivanju materijalne sigurnosti i pribavljanju zdravstvene dokumentacije. Kada su to uslovi nalogali, porodični saradnici su zajedno sa roditeljima odlazili kako bi obezbedili potrebnu dokumentaciju. U slučaju kada su roditelji imali određene prihode, ali ih nisu dobro raspoređivali, porodični saradnici su im pomagali da organizuju kućni budžet.

Onda mi kaže da ne smem odjednom sve pare da potrošim u najskupljoj prodavnici, već da odem do veće prodavnice i kupim šta mi treba jer je jeftinije. Počela sam da plaćam struju, na rate, sed je neće isključiti.

Majka

... kada se R. vratila u našu porodicu iz hraniteljske porodice, uz pomoć PS, uspeali smo da pribavimo dokumentaciju, ostvarimo NSP, dečji dodatak, obroke u narodnoj kuhinji, što ranije nismo mogli. Dobili smo novac za kućne aparate i za deo stanarine, dok nije počela da stiže socijalna pomoć.

Majka

Iako je direktna materijalna podrška koja je deo usluge porodični saradnik bila značajna, ona nije bila dovoljna. Stoga, neophodno je težiti stvaranju uslova za sistemsko preduzimanje mera usmerenih na zaštitu od siromaštva, kako bi rad porodičnog saradnika bio efikasniji u drugim domenima porodičnog života.

Rad sa porodicom na unapređenju uslova stanovanja, odnosno osnovnih uslova za život deteta, kao što su toplota prostorije, odsustvo vlage, zaštićeni strujni vodovi, adekvatna higijena prostorija i okućnice su takođe oblasti angažovanja porodičnog saradnika.

Dosta se promenilo oko uređenja kuće. PS je pomogao da krenemo u radove, pomogao da se kupi izolacija.

Majka

Pomogli su nam oko sređivanja kuće, pa posle i moju sobu.... od kako PS dolazi kod nas, sve nam je bolje, kuća je stalno čista i svi mi pomažu da sredimo stan. Svi jedva čekamo da PS dođe i da joj pokažemo šta smo sve uradili.

Dete

Dodatni efekti

Opisane promene definisane porodičnim planom i planom rada porodičnog saradnika bile su očekivane, ali su tokom pružanja usluge konstatovane su i one najvažnije - neki korisnici su izgradili veru u bolju budućnost i pronašli snagu da dalje nastave sami. Pažnja,

stalno prisustvo na terenu, personalizovan odnos i posvećenost porodičnog saradnika radu sa porodicama, nakon dugog perioda isključenosti doprineli su pozitivnoj promeni slike korisnika o sebi i dali im nadu.

Ona je meni pomogla, podigla me je na noge. Sada je lakše, povratila mi se vera u bolji život.

Majka

PS nam je pomagala oko škole, razgovarala sa nama o svemu. Naučili smo da se problemi mogu rešavati i da i mi možemo da imamo normalniji život.

Dete

ZAKLJUČAK

U gotovo svim porodicama kod kojih je pružena usluga procenjena kao uspešna, porodični saradnici su uspeli da doprinesu većem samopouzdanju njihovih članova, učvršćivanju vere u sopstvene snage i bolju budućnost. Ovo predstavlja osnov za trajniju promenu.

Uspešnost usluge je ipak bila veća kada porodični saradnici imaju i terapijska znanja, ali je važno uspešno povezivanje usluge porodičnog saradnika sa drugim vrstama usluga, s obzirom da složenost potreba porodica zahteva višestruki odgovor iz različitih sektora. Broj i vrsta dostupnih usluga za porodicu u zajednici nije dovoljan, što otežava rad porodičnom saradniku i uskraćuje izvore podrške porodicama .

Ukoliko se usluga porodični saradnik posmatra u kontekstu ostvarivanja prava deteta na život u porodici, može se zaključiti da ova usluga vodi smanjenju rizika izdvajanja dece iz porodice. Usluga porodičnog saradnika je sigurno jedna od važnih usluga intenzivne podrške porodici u neophodnom dijapazonu različitih usluga namenjenih porodici.

*Paralelno sa pilotiranjem usluge porodični saradnik, početkom 2014. godine, počela je da se razvija i specijalizovana usluga „**Porodični saradnik za porodice dece sa smetnjama u razvoju**“, kao odgovor na prepoznate potrebe ove grupe dece i njihovih porodica.*

Usluga porodičnog saradnika osnažuje porodice da se nose sa mnogim izazovima i podstiče njihovu samostalnost. Stoga bi za državu ovo moglo da predstavlja jeftiniji, a za porodicu mnogo efektivniji način podrške nego što je to izdvajanje deteta.

„Ovoj državi je potrebno ovako nešto. Jer nismo samo mi u ovakvoj situaciji, mnoge porodice su zatvorene u 4 zida, i ne mogu da se snađu.

Roditelj

PRILOG: PRIKAZI RADA PORODIČNIH SARADNIKA SA PORODICAMA

Multiproblemska porodica (porodični saradnik Branislava Lapčević)

U porodici Petrović²⁵ centar za socijalni rad (CSR) se angažovao po prijavi nasilja, gde je prijavu protiv oca podnela najstarija ćerka Marijana. Otac je prijavljen zbog fizičkog i psihičkog nasilja nad članovima porodice. Protiv oca je podneta krivična prijava i pružena je podrška majci u podnošenju zahteva za razvod braka. Brak je okončan razvodom Otac je osuđen na dve godine zatvora i nalazi se u zatvorskoj bolnici. Inače je lečen od psihijatrijskih tegoba. Sada porodica funkcioniše kao jednoroditeljska. Majka Snežana samostalno brine o tri kćerke. Marijana je uzrasta petnaest godina, Ivana uzrasta trinaest i Jovana uzrasta pet godina. Porodica Petrović stanuje u baraci. Opremljena je skromnim pokućstvom, stan je nedovoljno osvetljen. Higijenski uslovi su veoma loši. Porodica je prilično izolovana, udaljeni su od centra naselja i ne koriste resuse lokalne zajednice.

Porodica se izdržava od novčane pomoći u iznosu od 22 000 dinara. Imaju pravo na dečiji dodatak ali nisu obnovili zahtev. Najstarija kćerka Marijana je prekinula školovanje u sedmom razredu osnovne škole. Ivana je učenica šestog razreda, ali je retko odlazila na nastavu. Vreme je provodila kod kuće. Jovana nije bila uključena u vrtić. Između majke i devojčica postoji čvrsta emocionalna veza.

CSR je angažovao porodičnog saradnika da majci Snežani, kao višegodišnjioj žrtvi nasilja pruži podršku u reorganizovanju porodičnog sistema, preuzimanju aktivne uloge u porodičnom životu i adekvatnom odgovoru na dečije potrebe. Najstarija kćerka je postala dominantna i preuzela majčinu ulogu, te je očekivano da majka uspostavi roditeljski autoritet, a ćerke preuzmu odgovornost očekivanu za kalendarski uzrast. Postojao je rizik da će Ivana da prekine školovanje kao što je to učinila Marijana. Postojala je potreba da se Jovana upiše u predškolsku ustanovu.

Porodični saradnik je kroz Porodični plan radio na sledećim oblastima :

1. Materijalni i stambeni uslovi. Kao očekivani ishod u okviru ove oblasti planirano je da Snežana reguliše prihode i da porodica ponovo počne da ostvaruje pravo na dečiji dodatak. Porodični saradnik je radio na upućivanju, vođenju i motivisanju majke da se prijavi Nacionalnoj službi za zapošljavanje i prikupi potrebnu dokumentaciju za dečiji dodatak. Snežana i Marijana su osnažene da potraže posao i jedno vreme radile su u kafiću. Porodični saradnik je u skladu sa mogućnostima usluge opremio porodicu Petrović sa izvesnom količinom garderobe, paketića za praznike, većim paketima hrane i sredstvima za održavanje higijene. Kupljena im je već mašina radi adekvatnijeg održavanja lične higijene. Porodica je na podsticaj porodičnog saradnika napravila bitne pomake u održavanju lične i higijene stambenog prostora.

2. Druga oblast obuhvaćena Porodičnim planom odnosila se na obrazovanje Ivane, Jovane i Marijane. Ivana je retko odlazila na nastavu, a majka nije reagovala, već opravdavala neodlaženje. Majka je prekinula kontakt sa školom usled ličnih emocionalnih razloga: osećala je stid, ali i ljutnju prema zaposlenim u školi nakon doživljaja osuđivanja od strane direktorke i PP službe škole i prekinula kontakt sa školom. Porodični saradnik je procenio da je medijacija između majke i škole jedan od ključnih intervencija za povratak Ivane na nastavu. Medijacija između majke i škole rađena je tako što je majka pripremana da prepozna i kontroliše osećanja koja su je inhibirala da preduzima radnje bitne za Ivanino školovanje. Nakon psihoedukacije o mehanizmu nastanka i održavanja negativnih emocija i ponašanja, kao i posledica koje to ponašanje ima za nju i decu, Snežana je odlučila da želi da promeni stanje i sarađuje u cilju pravljenja pozitivne promene. Zaposleni u školi su videli majku kao neadekvatnog staratelja, gde je decu neophodno izmestiti u dom. Smatrali su da su devojčice u riziku od prostitucije na osnovu neproverenih informacija iz naselja. Obavljeno

²⁵ U prikazima rada porodičog saradnika sa porodicama promenjena su sva imena i prezimena, kako bi se osigurala anonimnost

je više razgovra sa zaposlenima o statusu i potrebama porodice, očuvanju porodice i prednostima ostanka porodice na okupu. Objašnjeno im je izbegavajuće ponašanje majke i pripremljeni su za dolazak majke u školu. Sa psihologom škole je napravljen detaljan plan o toku sastanka, kao i načinu ophođenja zaposlenih prema majci. Nakon ove medijacije majka se osećala dobro, sa više samopouzdanja i počela je da se, telefonskim putem i odlascima u školu, interesuje za Ivaninu redovnost na nastavi.

Medijacija između Ivane i škole je takođe bila jako bitna. Ivana je uz podršku porodičnog saradnika sa psihologom obavila razgovor i usledila je priprema za redovan odlazak na nastavu. Priprema je podrazumevala i Ivanino uredno odevanje za školu i adekvatniju higijenu. Majka je uključena u ovaj proces sa zadatkom da brine o higijeni i urednosti devojčice. Takođe, Snežana je uz pomoć i podršku porodičnog saradnika obavila sve potrebne radnje za Jovanin upis u vrtić.

Sa PP službom škole saradnik je napravio plan sa osobljem škole za prvi dolazak Ivane kao i budući redovan dolazak na nastavu. Ivani je nabavljena perika. Naime, zbog rana na glavi koje su nastale usled vašljivosti Ivana je morala da se ošiša do glave te ju je bilo stid da odlazi u školu.

Porodični saradnik je snabdeo Ivanu i Jovanu izvesnom količinom polovne i nove garderobe u skladu sa mogućnostima koje usluga Porodični saradnik dopušta. Takođe je u redovnom kontaktu sa majkom, porodični saradnik pratio odlazak Ivane na nastavu i razmenjivao informacije sa psihologom škole.

Marijana je upisana u Školu za osnovno i srednje obrazovanje odraslih. Porodični saradnik je posredovao u motivaciji za upis kao i u procesu upisa kroz saradnju sa PP službom škole i direktorom škole.

3.Odnosi u porodici - relacija roditelj - deca: Porodični saradnik je u kontinuitetu radio na motivaciji porodice da se oslone na lične snage posebno kada je majka u pitanju. Radilo se na podizanju odgovornosti majke i više samostalnosti u adekvatnijoj brizi o deci, na uspostavljanju jasnih granica i pravila u porodici. Kroz savetodavne razgovore, ali i konkretne aktivnosti majka se podsticala da preduzima dogovorene aktivnosti. Majka je podigla lične snage, ima više samopouzdanja, odgovornije izvršava obaveze koje se tiču školovanja i uspostavila je potreban nivo autoriteta.

Porodica sa roditeljem koji ima teškoće u psihičkom funkcionisanju (porodični saradnik Ana Radovanović)

Porodicu Marković čine baka Marija (75 god), majka Marina (55 god) i maloletna sedamnaestogodišnja unuka, odnosno ćerka Milica. Marina se leči u psihijatrijskoj ustanovi unazad šest godina od kada je na poslu imala akutnu psihotičnu reakciju, nakon čega je odvedena na prisilno lečenje u Specijalističku psihijatrijsku bolnicu. Od tada pije terapiju koja je čini vrlo ukočenom i amimičnom, bezvoljnom i odsutnom većinu vremena. I njena ćerka ima istoriju psihijatrijskog lečenja (jedna hospitalizacija na uzrastu od jedanaest godina zbog visoke uznemirenosti i auto i hetero agresivnosti i povremeni odlasci na ambulantno lečenje). Milicini roditelji ne žive zajedno od njene prve godine, nisu se formalno razveli, a devojčica ima površan i vrlo sporadičan kontakt sa ocem, za koga majka i baka govore da je alkoholičar.

Porodica je iz CSR upućena na uslugu radi regulisanja majčine poslovne sposobnosti, formalizovanja zdravstvenog statusa, kao i pružanja podrške majci oko usmeravanje ćerke u fazi adolescentne krize. Nakon faze procene pokazalo se da je potrebno raditi sa Milicom i u

oblasti školovanja pošto nije uspevala da organizuje svoje vreme za učenje i previše je izostajala iz škole.

Na inicijalnom sastanku koji je održan u CSR, na kome su prisustvovala majka i baka, delovalo je da su motivisane za saradnju kada im je usluga prezentovana, baka je izjavila da joj porodični saradnik izgleda „kao neko ko može da im pomogne“. Kada je porodični saradnik počeo da odlazi kod njih u kuću, sastancima su prisustovale samo baka i majka, dok bi devojčica u prolazu dobacivala da ima važnije stvari da radi ili nije htela da ustane iz kreveta, iako je postojao prethodni dogovor da razgovara sa porodičnim saradnikom. Trebalo je da prođe nekoliko meseci dok se Milica nije priključila i pokazala potrebu i želju da se uključi.

Porodični saradnik je osmislio da početna intervencija bude organizovanje porodičnog sastanka kome bi svi prisustvovali i na kojem bi svako imao priliku da kaže kako se oseća i šta mu smeta kod drugih ukućana. Porodični sastanci imali su funkciju da svi članovi porodice budu saslušani i da porodični saradnik kao neutralna osoba usmerava razgovor i posreduje i miri kada članovi uđu u konflikt. Kada se razgovaralo o odnosima pokazalo se da svi imaju iste mehanizme: nepreuzimanje odgovornosti za ponašanje i prebacivanja iste na druge ukućane i nalaženje izgovora za sopstveno ponašanje. Porodični saradnik je imao utisak da je ovde motivacija za promenu bila najmanja samim tim što održavanje postojeće situacije, pored štete, donosi i koristi porodici. Često je bilo potrebno da se sa članovima porodice radi individualno kako bi se isključilo međusobno okrivljavanje i usmerenost na međusobne konflikte.

Porodica je zatvorena (majka i ćerka vrlo socijalno izolovane), porodične granice rigidne, a članovi porodice vrlo razjedinjeni i nepovezani, pa je glavna metodologija rada bila povezati ih u onome što im je zajedničko i što ih vezuje, a što ne prepoznaju (kao npr. zajedničko spremanje hrane i kuće). Svi ukućani su bili saglasni da majci treba pomoć u lečenju, a Milici u organizovanju učenja i ponašanja u školi, pa ih je briga oko toga povezivala, iako su ih međusobni sukobi po pitanju drugih stvari stavljali na suprotstavljene strane. U radu na unapređenju Miličinog i Marininog odnosa akcenat je bio na otvorenom izražavanju osećanja kako povodom aktuelnih događaja, tako i povodom iskustava iz prošlosti. Korišćene su brojne tehnike savetodavnog rada, poput aktivnog slušanja, reflektovanja sadržaja i osećanja, rekonotiranja, istraživanja opcija i sl. Tokom trajanja usluge porodični saradnik je povremeno usmenim putem i u skladu sa fazama stručnog postupka, pisanim putem izveštavao voditelja slučaja o aktuelnostima.

Porodični saradnik je uspostavio saradnju sa stručnim timom druge psihijatrijske klinike, gde je Marina počela da se leči, i sa razrednim starešinom i psihologom škole u koju Milica ide. Porodični saradnik je unapred kontaktirao kliniku i pripremio teren za majčin dolazak u ambulantu, jer je majka sumnjala da će, kao u prethodnoj bolnici, samo dobijati lekove i da će se ponovo prema njoj ophoditi bez poštovanja. Majka je rado prihvatila lečenje u dnevnoj bolnici i odlazila tamo svakodnevno tokom četiri meseca, koliko su lekari procenili da je potrebno. Njen oporavak išao je postepeno, ali su već posle dva meseca svi bili prijatno iznenađeni koliko je napredovala. Bila je vidno boljeg raspoloženja, imala volju za aktivnostima u kojima uživa (radi jogu svakodnevno, pročitala je nekoliko knjiga itd), preuzima i samoinicijativno radi kućne aktivnosti, pokazuje veću zainteresovanost i inicijativu da se uključi u ćerkin život. Vremenom je počela da odlazi ponovo u školu i kontaktira sa razrednim starešinom i školskim psihologom kako bi bila u toku sa ćerkinim ocenama, izostancima i ponašanjem u školi.

Vrlo brzo nakon pravljenja porodičnog plana video se napredak, na način što devojčica poštuje dogovor vezan za ustajanje i odlazak na spavanje, znatno manje izostaje iz škole, odnosno uglavnom se pridržava plana učenja koji s jedne strane pomaže da se bolje postave prioriteti (šta, kada i koliko učiti), a sa druge strukturiše vreme na način da je glavna

aktivnost školovanje, a da za igranje na kompjuteru i ne ostaje mnogo vremena. Tokom realizacije usluge bilo je osciliranja u motivaciji da se pridržava plana učenja, ali je konačni rezultat pokazao korisnost ove intervencije i to tako da je Milica popravila većinu ocena koje je planirala i da je uspešno završila razred.

Kao poslednja i najkompleksija oblast na kojoj je dogovoreno da se sa porodicom radi jeste oblast porodičnih odnosa, gde je kao specifičan cilj naznačeno to da odnosi među ukućanima budu skladniji. Skladniji odnosi za porodicu znače to da će se ukućani manje svađati, manje nepotrebno komentarisati tuđe ponašanje i izgled i uzdržavati se od upućivanja psovki i ružnih reči na račun drugih ukućana.

Aktivnosti predviđene kako bi se ispunio specifičan, a samim tim i opšti cilj porodice ponovo uključuje aktivnosti svih članova porodice. Konkretnije, dogovoreno je da se ukućani jedni drugima obraćaju sa uvažavanjem i poštovanjem, napravljen je dogovor da se časovi pravdaju samo kad Milica iz škole izostaje iz opravdano zbog bolesti. Kako su odnosi među majkom i ćerkom najteže narušeni zbog majčine bolesti i ćerkine burne adolescencije, bilo je potrebno povezati ih u zajedničkoj aktivnosti u kojoj obe uživaju. Ćerka je dala predlog da bi mogla da pravi odevne kombinacije za majku kako bi ona poboljšala svoj stil oblačenja, sa čim se majka saglasila. Dalje je dogovoreno da ukućani neće jedni druge ucenjivati kako bi ostvarili neku dobit za sebe, što je ponašanje kojem je ćerka često pribegavala.

Porodični saradnik je uspostavio saradnju sa udruženjem psihijatrijskih korisnika i povezao majku sa psihologom u razvojnom savetovaštu u DZ (gde Milica odlazi na savetovanje unazad nešto više od pola godine). Preko nevladine organizacije, porodični saradnik je povezao Milicu sa mladim ljudima koji pružaju uslugu podrške u učenju što je doprinelo da završi razred sa pozitivnim uspehom.

Tokom perioda monitoringa porodični saradnik je pratio porodicu i podsticao oslanjanje na resurse lokalne zajednice da bi se ostvarila održiva promena. Primetan je značajan napredak porodice u ``osamostaljivanju`` od usluge i narastajućem stepenu inicijative da rešavaju životne teškoće. Ciljevi postavljeni porodičnim planom su, gotovo u potpunosti realizovani, mada u različitom stepenu, što je i očekivano s obzirom na različitu kompleksnost oblasti na kojima je rađeno. Stiče se utisak da je porodica unapredila neke od životnih veština i da je tokom usluge upućena na resurse u zajednici koje može, i koje je preporučljivo, da koristi i nadalje.

Porodica u kojoj je roditelj zavisnik od PAS (porodični saradnik Nataša Zečević)

Ksenija Popović je upućena na uslugu porodični saradnik kako bi joj se pružila podrška da se po povratku sa lečenja zbog zavisnosti od PAS (heroína) na psihijatrijskoj klinici, ne vrati konzumiranju PAS, pronađe radno angažovanje, socijalno rehabilituje i unapredi roditeljska znanja i veštine. Ksenija je od 22. avgusta do 19. septembra bila stacionirana na Klinici za psihijatriju, na odeljenju za lečenje bolesti zavisnosti kako bi u trenucima apstinencijalne krize dobila adekvatnu negu. Nakon toga je otpuštena, prepisana joj je adekvatna terapija i zakazane su joj kontrole na dve nedelje. Njena kćerka Reina je bila privremeno smeštena u porodici majčine tetke, uz posredovanje centra za socijalni rad. Reina je na uzrastu od 4 godine. Majka i dete žive same. Očinstvo deteta je nepoznato. Majka se veoma uplašila da njeno dete ne bude oduzeto i smešteno u hraniteljsku porodicu.

Kseniji je u početku pružana podrška pri odlasku na redovne kontrole kod lekara specijaliste i redovnim testiranjima na PAS, kao i zajedničkim posetama specijalnom pedagogu na klinici. Istovremeno je razvijana zajednička strategija za pomoć i podršku

Kseniji u kriznim situacijama. Savetodavni rad se u početnom periodu odnosio na upoznavanje sa prirodom zavisnosti, na prepoznavanju simptoma fizičke i psihičke zavisnosti i razlikovanje fizioloških tegoba od tegoba uzrokovanih usled apstinencijalne krize (Ksenija je svaki bol u stomaku ili usled virusa smatrala simptomom krize i nije razlikovala psihičku i fizičku krizu).

Takođe je rad bio usmeren na sagledavanje posledica nastavka uzimanja PAS, mogućnostima prevazilaženja, kao i na jačanju Ksenijine motivacije da u tome istraje. Često je usmeravana da realno sagleda posledice zavisnosti na sopstveni život i na život maloletne Reine. Pripremana je na to da je potreban duži vremenski period kako bi psihičke krize prestale, a u svim situacijama krize joj je bio dostupan porodični saradnik (telefonski pozivi, vanredne terenske posete, dolazak u prostorije PS).

Kseniji je pružena podrška u delu selektivnijeg izbora društva i izbegavanja visokorizičnih grupa, koji mogu da je vrte na stare obrasce ponašanja (odupiranje pritisku društva, uvežbavanje kako da izbegne povratak u staro društvo i kako da kaže „ne“ u situacijama kada je u kontaktu sa osobama koje koriste PAS.).

Sa Ksenijom je napravljena lista rizičnih faktora koji dovode do pojačane želje za uzimanjem PAS-a, kao i lista strategija za prevazilaženje ovakvih situacija (šta može još da uradi u toj situaciji, kako da izbegne te faktore, kome može da se obrati: tetki, specijalnom pedagogu, porodičnom saradniku).

Uz pomoć porodičnog saradnika, Ksenija je napravila listu pozitivnih samoporuka, koje može da primenjuje u situacijama snižene volje i povišene želje za uzimanjem narkotika. Sa porodičnim saradnikom je uvežbavala da prepozna neverbalne reakcije koje su prisutne dok govori o uzimanju narkotika, te razgovori o tome kako je tada bilo, a kako je sada, kako se oseća dok priča o tome, itd.

Takođe je rad usmeravan na identifikovanje aktivnosti koje mogu ublažiti ili neutralizovati njenu želju za korišćenje narkotika, kao i na uvežbavanju kako može da te aktivnosti primeni i u kojim situacijama (pronalaženje aktivnosti koja je najpribližnija osećaju koji je imala kada uzme heroin).

Savetodavni rad je bio usmeren i na ambivalentan odnos Ksenije prema uzimanju narkotika – psihička potreba za uzimanjem naspram odluke da više ne uzima. Učvršćivanje stava da je neuzimanje narkotika njena odluka i da od nje zavisi, da niko ne može da je osudi ukoliko ponovno uzme, niti da je spreči. Sa Ksenijom je u radu primenjena i tehnika „vrućih stolica“, radi upoređivanja „nekadašnje Ksenije“ koja je koristila PAS i sadašnje Ksenije koja je donela odluku da više ne koristi PAS. Usmeravana je ka pozitivnom, ali realnom sagledavanju budućnosti (nastavku školovanja, a nakon toga i zaposlenju i osamostaljivanju).

U rad porodičnog saradnika su uključeni i tetka i sestra od tetke, koje su edukovane o zloupotrebi narkotika, apstinencijalnoj krizi, psihičkoj zavisnosti, početku korišćenja PAS-a, rizičnim faktorima koji bi mogli da dovedu do ponovnog uzimanja PAS-a i o načinima prevazilaženja kriznih situacija, kako bi Kseniji mogle da u datom trenutku pruže adekvatnu podršku.

U toku rada uključena je i nevladina organizacija „Centar protiv droge“. Organizovano je više sastanaka sa predsednikom udruženja kako bi se Ksenija volonterski uključila i prenela svoje iskustvo sa ciljem prevencije zloupotrebe narkotika.

Održavani su redovni kontakti sa odabranim lekarom specijalistom i specijalnim pedagogom iz tima za lečenje bolesti zavisnosti na psihijatrijskoj klinici.

Preporučena literatura:

Pravo djeteta na život u obitelji, Marina Ajduković i Tanja Radočaj, Ured UNICEF za Hrvatsku, 2008

UN smernice za alternativno staranje o deci, 2010

Korak napred: Primena „Smernica za alternativno staranje o deci“, (Centar za vrhunska dostignuća dece u zaštiti u Škotskoj), Nigel Cantwell, Jennifer Davidson, Susan Elsley, Ian Milligan, Neil Quinn

Evaluation of Action for Children's Intensive Family Support Services, Action for Children, 2013.

Best interests case practice model, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Australia, 2012,

Robyn Miller, Michael Naughton, Rhona Noakes, Julie Boffa, Sue Hildebrand, Gwendolyn Ellemor

Program podrške porodicama, Analiza 2003.-2010. Hope & Homes for Children

Prochaska JO and DiClemente CC (1984) The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework.

Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA

Rezilijentna ličnost- Kako preživeli iz problematičnih porodica prevazilaze teškoće, Stiven Dž. Volin, Sibir Volin, Prosveta, Nisped, Beograd 1996

Osećajno vezivanje, Nada Polovina, Institut za pedagoška istraživanja, 2007. godina

William R. Miller and Stephen Rollnick, Motivational interviewing, The Guilford press, New York, London, 2013

Kari Killen, Izdani- ylostavljana deca su odgovornost svih nas. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 2001.

Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Službeni glasnik RS, 59/08.

Pogled iz aktuelne prakse i primeri rada

Savetovaliste za dete i porodicu gde se pružaju usluge psihoterapijskoj rada deci i mladima i njihovim porodicama kada je u pitanju povratak u porodicu, kao i skola roditeljstva kroz grupe roditelja dece na smestaju (Jelena, Zvečanska)

Саветовалиште за дете и породицу званично је почело са реализацијом својих активности у марту месецу 2015.године као услуга у оквиру пројекта ИПА 2014-2017 „Пилотирање услуга подршке породици (породични сарадник и Саветовалиште за дете и породицу) и услуге заштите деце жртава и сведока кривичних дела“, у простору Прихватилишта за ургентну заштиту злостављане деце. Циљ Саветовалишта је пружање саветодавно-терапијских и социјално-едукативних услуга деци, младима и одраслим особама као стручна помоћ у савладавању потешкоћа и кризних ситуација и унапређењу породичних односа, стварању услова за очување и развој личних могућности и одговорног односа према самој себи, породици и друштву, као и подршка запосленима у Центру у циљу превенције синдрома сагоревања.

Саветовалиште је смештено у објекту у ул. Браће Јерковић бр.119. у посебном простору Прихватилишта за ургентну заштиту деце и омладине од злостављања и занемаривања. Располаже са 3 стандардно опремљене просторије за рад са корисницима простором за групни рад и чекаоницом.

У Саветовалишту саветодавно - терапијске и социјално - едукативне услуге пружају **стручни радници**, који имају сертификат психотерапијских студија (системска породична терапија, РЕБТ, когнитивно-бихејвиорални приступ фокусиран на трауму, геиталт, трансакциона анализа, ОЛИ – интегративна психодинамска).

Организована је супервизијску подршку извршиоцима услуге, коју реализује унутрашњи супервизор задужен за подршку извршиоцима услуге да раде компетентно и у складу са стандардима услуге.

Корисници услуга саветовалишта су деца и породице са тешкоћама који нису укључени у постојећи систем подршке локалне заједнице и то :

- Деца и млади без родитељског старања или у ризику од губитка родитељског старања.
- Родитељи деце и младих који се налазе на смештају или су у ризику да буду смештени у установу социјалне заштите.
- Родитељи деце и младих који имају сметње у развоју (телесне, интелектуалне, менталне, сензорне, говорно-језичке, социо-емоционалне, вишеструке) а њихова потреба за подршком превазилази могућност породице.
- Дете или млада особа која је жртва злостављања, занемаривања, насиља, експлоатације, односно ако су му физичко, психолошко, емоционално благостање и развој угрожени деловањем или пропустом родитеља, старатеља или особе која се о њему стара.
- Бивши корисници услуга Центра – подршка у процесу увида у досије (трагање за члановима породице, суочвање са информацијама из процеса заштите, ...) .

Основни циљ рада Саветовалишта је превенција издвајања детета из породице и постизање одрживости живота детета у породици, као и пружање психолошке помоћи деци и младима у превладавању трауматског искуства злостављања. Он се остварује кроз:

- Интензивне услуге подршке породици која је у кризи.
- Терапија и саветовање деци и младима који се налазе на смештају у установама социјалне заштите.
- Саветовање и терапија деци и младима који су у ризику да буду смештени у установу социјалне заштите.
- Терапија деце и младих који су жртве злостављања, насиља и експлоатације.
- Саветовање и подршка родитеља, хранитеља и усвојитеља - јачање родитељских и васпитних компетенција.
- Подршка породици која се стара о свом детету или одраслом члану породице са сметњама у развоју.
- Одржавање породичних односа и поновно спајање породице.
- Саветовање и подршка у случају насиља.
- Породична терапија
- Индивидуална подршка и супервизија стручних радника у ЦЗОДО

Корисник се упућује у Саветовалишта од стране надлежног центра за социјални рад тако да је услуга која се пружа у саветовалишту дефинисана временски кроз план

услуга које орган старатељства прави са дететом, младом особом или породицом. Он може бити упућен и од стране задуженог радника уколико је у питању дете/млада особа која се налази на смештају у установи социјалне заштите тако да је услуга у Саветовалишту дефинисана индивидуалним планом корисника. Корисници у овом случају су деца и млади који су на смештају у домовима за децу у оквиру Центра за заштиту одојчади, деце и омладине. Они имају своје задужене васпитаче који процењују да ли им је услуга саветовања и психотерапије потребна. Породица или дете може бити упућена од стране породичног сарадника када је услуга у Саветовалишту дефинисана планом рада са породицом.

Деца млађа од 14 година долазе у пратњи одрасле особе која је за њих задужена (васпитач из дома или члан породице). Млади од 14 до 18 година могу да долазе самостално. Стручни радник који ради са дететом или младом особом испод 18 година је у обавези да обавести одраслог који брине о детету (васпитач или члан породице) особу уколико су на смештају у установи социјалне заштите да је присуствовало сеанси.

Прва три разговора су усмерена на процену капацитета корисника за терапију/саветовање, односно утврђује се да ли постоји потреба за психолошким тестирањем и/или психијатријском проценом. Уколико је корисник укључен у психијатријски третман и/или пије медикаментозну терапију усмерену на стабилизацију психичког стања, потребна је мишљење психијатра о укључивању клијента у психотерапију.

Стручни радници су дужни да штите поверљивост података које добијају од корисника и образложе, када се то тражи, ограничења принципа поверљивости и

услове под којима би се тај принцип прекршио у контакту са тачно одређеном трећом страном.

Услови у којима је ограничен принцип поверљивости су

- ОБЕЛОДАЊИВАЊЕ ИНФОРМАЦИЈА О КОРИСНИКУ НА ЗАХТЕВ ИЛИ УЗ ОДОБРЕЊЕ КЛИЈЕНТА (када је потребно решити неки други проблем, ради добијања додатних прегледа, третмана, супервизија, итд)
- РАЗМЕНА ИНФОРМАЦИЈА О КОРИСНИЦИМА У ЦИЉУ ОБЕЗБЕЂЕЊА НАЈБОЉЕ УСЛУГЕ (када је реч о мултидисциплинарним тимовима, а у циљу решавања проблема са којима се суочава у пракси, супервизијски састанци)
- ЗАШТИТА ЖИВОТА ИЛИ ВИТАЛНИХ ИНТЕРЕСА УГРОЖЕНИХ ОСОБА ИЛИ ЗАКОНСКА ОГРАНИЧЕЊА ПОВЕРЉИВОСТИ
 - корисник опасан по друге
 - корисник опасан по себе
 - корисник болује од фаталног преносног обољења и својим понашањем угрожава друге
 - злостављање и занемаривање деце

Уколико не постоје основи за ограничење принципа поверљивости, стручни радник је дужан да са особом која је одговорна за корисника размењује информације које се односе на ток терапијског процеса без информација које се односе на садржај разговора.

Стручни радници воде рачуна о најбољем интересу корисника, при планираним контактима са корисниковим лекаром, релевантном психијатријском службом или другим релевантним стручњацима, а све уз знање корисника.

Особе које раде у Саветовалишту требало да буду свесни својих ограничења и спремни да ступају у контакт са другим стручњацима када је то неопходно. Од њих се тражи да одржавају прикладне границе са својим корисницима, и да током трајања третмана не буду ни у каквом другом односу: емоционалном, сексуалном или финансијском. Стручни радници су у обавези да одржавају своју способност да раде компетентно. Морају бити свесни својих личних ограничења и да не раде онда када

физички или емоционално то нису у стању и у таквим ситуацијама имају обавезу да се консултују са супервизором.

Сваки корисник има свој досије у коме се налазе лист праћења и терапијски лист. У терапијски лист уносе се подаци који се односе на садржај и процес сеансе непосредно након њеног завршетка. Терапијски лист подлеже принципу поверљивост. Поред терапијског листа постоји и лист праћења где се уносе термини и трајање разговора, као и ко је био присутан што је доступно и проверљиво спољашњим механизмима контроле (као што је суд..).

На захтев старатеља стручни радник је у обавези да напише стручни налаз и мишљење који се односи на терапијски процес чувајући поверљивост података о кориснику.

ДОСАДАШЊИ РЕЗУЛТАТИ

У услугу породичне психотерапије укључено је 16 породица, од чега су 6 завршиле терапијски процес који је за циљ имао разрешење породичне кризе и повратак детета у породицу. Осталих 10 породица је још увек у терапијском процесу. Повратак детета/младе особе и рад на реинтеграцији породичног система је тема која је обрађивана код 7 породица (породице чија су деца углавном на смештају у Прихватилишту за ургентну заштиту злостављане деце или се завршава процес заштите младе особе у дому за децу па долази до поновног спајања породице). Три породице су упућене од стране надлежног центра у оквиру мере корективног надзора и једна породица је упућена од стране породичног сарадника као додатна подршка

функционисању породице. Код шест породица деца су укључена у додатне индивидуалне сеансе са стручним радницима, тако да је паралелно са процесом породичне терапије текао и процес индивидуално саветодавног рада са децом.

У услугу индивидуалног саветовања укључено је 23 деце и младих. Услуга увида у досије пружена за њих 8 као подршка у процесу трагања за идентитетом младим особама које су некада биле на смештају у ЦЗОДО. Подршка у процесу повратка у породицу реализована је за 5 деце, 1 дете је укључено у процесу корективног надзора, 5 деце је укључено из ОЈ у оквиру ЦЗОДО, 2 деце је укључено из Јединица за подршку деци жртвама у кривичном поступку, 2 деце је укључено као подршка у процесу повратка у породицу након смештаја у Прихватилишту, 1 особа је наставила индивидуални психотерапијски рад након увида у досије.

Pogled iz aktuelne prakse i primeri rada

МАТЕРИНСКИ ДОМ

(Brana, ZVEČANSKA)

Матерински дом пружа заштиту мајкама са децом као део организационе јединице Стационара за мајку и дете при Центру за заштиту одојчади, деце и омладине у Звечанској улици бр. 7, у Београду.

Матерински дом је основан 1973. године. До тада су мајке примане у Дом за одојчад и малу децу (како је тада био назив Центра за заштиту одојчади, деце и омладине) као пратиоци здравствено угрожене деце, а знатно мање као и саме социјално угрожене. До овог периода рад је био усмерен на здравствену бригу и негу деце, односно он је био заснован на тзв. медицинском или хоспиталном концепту и моделу рада. Матерински дом је отворен са циљем превенирања могућег напуштања детета, с обзиром на дотадашња искуства утицаја ране емотивне везе мајке и детета на очување породице. Социјално угрожена мајка у тренутку рођења детета суочава се са различитим и мултиплим проблемима као што су егзистенцијални, одбацавање од стране партнера и породичне средине, друштвене стигме... Основна идеја у конципирању Материнског дома била је да се мајци, усмереној на старање и негу детета, ослобођеној директног притиска спољне средине, пружањем основне егзистенцијалне сигурности боравком у институцији, омогући да уз стручну помоћ а на основу реалног увида у своје могућности, донесе зrelu одлуку о даљој бризи и заштити свог детета.

Матерински дом је у то време био смештен на четвртом спрату Дома за одојчад и малу децу, са капацитетом 30 постеља за децу и 30 за мајке и труднице. Сада се налази као посебна једноспратна зграда у дворишту Центра за заштиту одојчади, деце и омладине капацитета 20 места за труднице и мајке и 20 места за децу. У свакој соби налазе се по две или три мајке са својом децом. Постоји и пријемна соба у коју се смештају мајке по самом порођају и пружа им се интезивнија подршка од стране медицинског особља и стручног тима. Соба за труднице је такође близу медицинске амбуланте и собе стручних радника, двокреветна је и настоји се обезбедити потребан мир и нега трудницама.

Концепција рада се развијала у складу са потребама и новим сазнањима а циљ је остао исти. У периоду од оснивања до деведесетих година прошлог века стручни радници суочавали са непостојањем критеријума у тријажи корисника и негативном селекцијом при упућивању детета са мајком. Велику потешкоћу у сарадњи са мајкама

представљало је то што су се у Матерински дом углавном упућивале мајке које су имале проблеме пре и независно до трудноће и рађања детета, тако да је у почетку Матерински дом више имао функцију прихватилишта. У то време Матерински дом је прихватао углавном мајке са ванбрачном децом, и то непосредно из породилишта. Разлози за пријем мајки били су пре свега социјалне природе, мајке које су егзистенцијално зависне од примарне породице, а истовремено и одбачене од ње. Оно што је била највећа препрека у раду са мајкама је ограничен боравак који зависи од органа старатељства, тј. центра за социјални рад, па су мајке у овом периоду, до промена после деведесетих година, остајале у просеку два до три месеца.. Од деведесетих година рад почиње да се заснива на најновијим сазнањима из области психологије, педагогије и дечије психијатрије. Акценат је стављен на афирмацију индивидуе и примену тзв. социјалног модела рада у оквиру кога се трага за превазилажењем етикетирања индивидуе ради њене успешније инклузије у друштво.

Промене су омогућиле организовању тријажу и заштиту мајки и деце па и дужи боравак. Актуелно мајке смештене у Материнском дому остају у њему до годину дана након рођења детета, па мајке бораве и до две године у дому уколико дођу у раној фази трудноће. Након истека времена надлежни центар за социјални рад доноси даље одлуке о заштити детета и мајке. Уколико мајка добије подршку од примарне породице или успе да обезбди довољно сигурне и безбедне услове за себе и дете у природној средини, наставља живот са дететом. У супротном орган старатељства уз партиципацију мајке доноси одлуку о заштити детета, где се трага за најмање рестриктивним обликом социјалне заштите, хранитељством или усвојењем.

Основни циљ заштите мајки са децом је остао првенствено превенција напуштања и занемаривања деце, очување и развој породице. У оквиру програма рада циљ је да се успостави базична приврженост детета (attachment) како би дошло до раног везивања мајке и детета, као кључ за очување елементарне породичне заједнице, у ситуацији када је породица порекла детета угрожена у погледу основног опстанка. Кроз програм рада тежи се развијању родитељских компетенција и опоравку од трауматских искустава мајки и деце.

Корисници услуга Материнског дома су ;

- Мајке и њихова деца у фази елементарне угрожености породичног и родитељског функционисања узраста деце до 3 године старости.

- Деца и адолесцентне мајке, малолетна и млађа пунолетна лица, (мајке чије укупно сазревање није довршено да би могле са пуном одговорношћу да преузму потпуну бригу о детету посебно и кемалолетне) као и лица спорне пословне способности ;
- Деца и мајке који нису успоставили елементарну везаност за дете, а постоји процена да то могу да учине;
- Деца и њихове мајке који су лично и/или са дететом занемарени, злостављани или злоупотребљени од стране породице или блиских људи, посебно жртве трафикинга, у фази након постизања основне безбедности;

Пријем мајки у Матерински дом одвија се кроз упућивање корисница од стране надлежног центра за социјални рад. Водитељ случаја из ЦСР доставља пријемну документацију тиму за пријем у Матерински дом. Пријемна документација треба да садржи извештај водитеља случаја са мишљењем о социјалним контактима, здравствену документацију, фотокопију извода из матичне књиге рођених као и фотокопију личне карте и упут за породилиште уколико се ради о трудници. Пријем може бити и ургентан уколико се процени потреба за хитним збрињавањем труднице или мајке са децом, када се документација накнадно доставља. И даље су најчешћи разлози за коришћење ове услуге неприхватање од стране примарне породице и средине, односно у последње време све чешћи случајеви породичног насиља.

Стручни кадар чине три медицинске сестре у функцији основног пружаоца бриге са пуним радним временом и два стручна радника (социјални радник и психолог) са пола радног времена, који се у другој половини радног времена ангажују као породични сарадници. У склопу Стационара за мајку и дете као организационе јединице Центра за заштиту одојчади, деце и омладине, мајке са децом и труднице имају могућност коришћења услуге лекара опште праксе, а по потреби и других струка запослених у Центру. У вези са здравственим третманом деце установа располаже педијатаром, физијатаром, логопедом, физиотерапеутима који су увек на располагању деци.

Тим Материнског дома има супервизијске састанке на недељном нивоу коју добијају од психолога Центра. Стручни радници за свако дете и мајку воде досије који садржи документацију потребну за реализацију стручног поступка рада са мајкама и децом а који подразумева праћење и планирање заштите у дому. Обрада

документације и рад на сваком појединчаном случају мајки ради се тимски уз континуирану сарадњу тима и водитеља случаја надлежног центра за социјални рад.

Основне услуге које се пружају корисницима су: смештај, исхрана, здравствена брига и нега, психосоцијална подршка. Организација рада у Материнском дому почива на принципима индивидуалног и групног рада. Групни рад се одвија кроз рад терапијске заједнице која је изабрана као најприкладнији социо-терапијски метод за ову проблематику и постављене социо-терапијске циљеве. Водитељи састанака терапијске заједнице су психолог и социјални радник.

Активности или услуге Програма рада Материнског дома су;

- Пријем и регулисање документације и права;
- Планирање заштите и разматрање плана;
- Хигијенско – здравствени третман и то педијатриски, физијатриски и стоматолошки као и подршка приликом специјалистичких консултативних прегледа када постоји потреба;
- Индивидуално и посебно омладинско саветовање;
- Породична терапија;
- Рад са мрежом подршке, јачање веза са породицом и са ширим окружењем;
- Групни састанци корисника (терапијска заједница, радионице социјалних животних вештина);
- Рекреативни садржаји (корективна гимнастика ...);
- Сет услуга у подршци образовању, запошљавању и осамостаљивању;
- Активности у функцији преношења постигнућа ван Програма (пренос родитељских компетенција у породицу и мрежу, услуге у природној средини – нпр. упис у редовни вртић);
- Теренски рад;
- Производно – окупационе активности;
- Васпитни рад са малолетним лицима млађим од 16 година (привремен и краткотрајан смештај у фази трудноће и почетног родитељства као припрема за трајнији вид заштите).

Методе и технике које се користе у раду са корисницима су: Системски породични приступ и теорија социјалне мреже, когнитивно – бихејвиорални приступ, клијентом усмерени третман, технике програма „Школа осамостаљивања“ креираних у пројекту „Компас – програми осамостаљивања“: (водитич за осамостаљивање; партиципативно планирање; радионице практичних животних вештина;

У Материнском дому основни метод реализације циљева заштите је терапијска заједница, са својим дневним режимом рада и индивидуалним и групним састанцима са стручним радницима, као и радна терапија, а све у циљу ресоцијализације мајки. Основни циљ рада је да се мајка кроз све активности оснажује да постане самостална и да развије своје компетенције до максималних. Због тога се читав третмански рад са мајкама своди на што већи број активности које оне саме изводе уз подршку стручних радника и медицинских сестара. Радно окупациона терапија (нпр. прављењ накита чијим продавањем мајке добијају одређену новчану надокнаду) поред економског има и психолошки значај у оснаживању мајки. Омогућава им структуру времена, развијање креативности и других вештина за развој личности. Мајкама се шаље порука да је њихов рад битан и да се вреднује, јачају самопоуздање и развијају међусобне односе у и уче се тимском раду. Радно ангажовање је значајно у превладавању депресивног расположења. На овај начин постиже се да код корисница не буде видљив само родитељски идентитет.

Мајке се самостално баве негом и бригом о свом детету, али и саме задовољавају и своје потребе, одлазе до града на различите курсеве који им могу помоћи у домену проширивања професионалних вештина како би повећале своје могућности за добијање посла. Њихов задатак је и да одржавају своју личну хигијену, хигијену просторија, да праве оброке за себе и друге мајке, по унапред договореном распореду.

Ради брже интеграције у друштво, стручни тим се труди да мајка што пре пронађе посао, док је на смештају, како би могла прве кризе у новој средини да превазиђе лакше уз помоћ групе и уз подршку кроз индивидуалне састанке. Тим дома пружа је подршку мајкама у запошљавању кроз контактирање послодаваца, личне контакте и сарадњу са невладиним организацијама које пружају подршку у запошљавању.

Искуства у запошљавању мајки су таква да је изврстан број мајки имао радно искуство и пре смештаја у Матерински дом и обично те мајке и лакше нађу посао по изласку из дома. Мајке проналазиле посао преко огласа, личних контаката из ранијег

искуства рада, а повремено су и једне другој биле препорука. Мајке које нису имале радно искуство већ су зависиле од социјалних новчаних давања нису биле мотивисане за проналажење посла након изласка, а некима је ипак потребна подршка и у остваривању тих права без обзира на претходно искуство.

У циљу превенирања напуштања детета и његове трауме, са мајкама се ради на превазилажењу њихових траума и губитака због одбацивања од своје породице, шире заједнице, као и осећања беспомоћности и мање вредности. Циљ програма је да се мајкама врати унутрашњи локус контроле над својим животом како би она могла на адекватан начин да одговори на потребе детета. Посебан изазов за стручни тим представљају мајке које су биле жртве трговине људима и које имају нежељену децу.

Третман мајки се планира у односу на фазе кроз које пролазе кориснице приликом боравка у Материнском дому. План је индивидуалан и одређује се у односу на доминантне потребе мајке те се у складу са њима планирају и пружају одређене услуге.

У почетној фази, по доласку у институцију потребно је пружити мајкама основну сигурност. Налазе се у **адаптивном шоку** који је опонекад истовремен или непосредно надовезан на акутну трауматску реакцију/шок а понекад симболично повезан са основном траумом прилагођавања. У овом периоду због опште измене начина функционисања услед нових и веома стресних околности које нису плод личног избора, већ наметнуто и најчешће нимало прижељкивано решење, доминирају ирационални обрасци, тешко се доносе одлуке, потребе су сведене на једноставне (угрожене примарне потребе). Зато се и план третмана ограничава на задовољавање потреба за сигурношћу кроз пружање основне неге, безбедног места за боравак, са што једноставнијом и јаснијом комуникацијом, без превеликих захтева, са јасном структуром. Ова фаза је понекад обележена интензивним отпором, а чешће емотивном утрнулошћу или сервилношћу. Обично траје краће време, неколико дана, са индивидуалним одступањима а потом се улази у **фазу прве адаптације** када су доминантне потребе за сигурношћу и емоционалном подршком. Услед прекинутих релација са значајним особама и изворима подршке, особа има јаку потребу да добије подршку у новом окружењу и употребљава све своје снаге да придобије нову средину, посебно оне који брину (запослене и друге помагаче). У овом процесу користе оне своје особине које то могу да учине, зависно од свог карактера и развијених вештина; умиљатост, заводљивост, понизност, коминикативност, беспомоћност, вредноћу... Ова фаза може бити повезана и са ценкањем као делом нормалног процеса реакције и

опоравка од рауме.Трауматизоване особе, посебно оне које су збринуте и под заштитом неких нових лица, покушавају да за себе изнуде што више подршке и задовољавања обично детињих потреба због опште регресије личности у овој фази. Врло је важно обезбедити поузданог и благонаклоног подржаваоца у оквиру тима. Подржаваоца може и спонтано да препозна и одабере корисница, али је обично ствар договора тима ко ће бити задужени радник за одређену особу. Подржавалац обезбеђује контакте са познатим и блиским особама и даје једноставне активности и врши надзор.

Следећа фаза у односу на коју се планира даљи третман **јесте фаза љутње и емотивног пражњења** која је нужна у процесу реакције на трауму и опоравка и обично долази након шока и прве адаптације. Након што прибави нове изворе подршке, активирају се осећања према изворима трауматских искустава и угрожавања, која се механизмима одбране преносе на постојеће односе, посебно оне који и их актуелно фрустрирају (постављају забране, траже нешто од њих. Ово је изузетно важна фаза и може бити дуготрајна. Има нарочит значај у раду са трауматизованом особом, јер су тада посматрачи непосредно погођени њеним осећањима, тада се руше почетни респекти, а почетна подређеност потреби за сигурним уточиштем уступа место понашању које одражава обрасце пређашњих односа. То је потенцијално врло плодотворна фаза али је изузетно тешка и мучна за пружаоце услуга који трауматизоване особе тада доживљавају у најмању руку амбивалентно, свесни да то није њима намењено али често немоћни да контролишу сопствене процесе и емоције покренуте понашањем особе о којој брину. У овој фази услед потреба мајки да се афективно празне, развију доживљај припадности, поштовања и самопоштовање важно је указивати им поштовање, постављати границе, заштитити од евентуалних повреда и самоповреда. Корисницама се пружа разговор након пражњења/дебрифинг, релаксација, започиње саветодавно терапијски третман, укључују се у структуриране и редовне активности.

Следећа фаза је **интензивног прилагођавања** у којој особа у већој мери прихвата средину и околности у којима живи, упадајући у повремене кризе. Реалније тумачи разлоге смештаја, јасније и прегледније види своју реалност, своје постојеће односе и то отвара могућност да се прораде и односи са значајнијим особама, прошли и садашњи. Доминантне потребе су осећај пропадности, квалитетни односи, знање и вештине. У складу са тим омогућавају се осмишљене и редовне активности,

преиспитивање односа, групни састанци, подршка у кризним ситуацијама, контакти са значајним особама, учење родитељских и животних вештина.

Фаза окретања будућности односно припреме за излазак из институције је следећа и сада би требало да је особа у потпуности укључена у планирање своје будућности и спремна да доноси одлуке, реалније прихвата своју позицију, извлачи закључке из своје прошлости. Доминантне потребе су осећање перспективе, реални извори подршке, самоактуелизација у односу на које се активно планира будућност, развија мреже подршке и врше спољне активности на припреми за излазак (регулација документације, становање, запошљавање..

Постинституционалан фаза односно подршка природној средини траје до потпуног опоравка када се могућности понављања трауме своди на најмању могућу меру, а особа је у стању да самостално живи са дететом. Искуствио говори да је ова фаза неопходна код већине, ако не и код свих особа које су користиле услуге институционалне заштите. Доминантне потребе које се јављају у овој фази су потреба за припадности, осећање стабилности, самосталности, сигурност у родитељској улози. Услуге које су примарне у овој фази су саветодавне односно праћење и подршка у кризним ситуацијама.

Током процеса опоравка може долазити до мешања фаза, регресије на претходне и сл., али је важно пратити главни процес и третман индивидуализовати према појединачним одступањима.

Као специфичност рада у Материнском дому у третманском поступку у фокусу је и родитељска улога, прати се развој емоционалне везе између мајке и деце. Пужа се подршка у сви сегментима и фазама родитељства у циљу развијања родитељских вештина и подизања сензитивности мајке.

Базични програм третмана траје 6 до 12 месеци или најдуже 2 године; док траје породична угроженост, до дететових година дана старости.

Примери рада у Материнском дому

Пример 1. (Изостанак породичне подршке)

Трудница се појавила у Центру за заштиту одојчади, деце и омладине са захтевом да се смести у Матерински дом на који ју је упутио таксиста, након ноћи проведен у

парку. Током првог интервјуа добијене су информације да је рођена у мањем граду у Србији, где јој и даље живе родитељи и брат у изнајмљеном стану. Она већ неко време живи у Београду. Завршила је трогодишњу средњу школу и до пре две године радила је у истој фирми где и њена мајка. Отац је незапослен. Породица је лошег материјалног статуса, кориситили су помоћ Црвеног крста. Око годину дана пре доласка у Матерински дом, корисница је одлучила да напусти породицу и са тадашњим момком дође у Београд. Од тада је имала пар телефонских контаката са мајком из којих је сазнала да су родитељи повређени и осрамоћени тиме што их је напустила са момком кога нису прихватили и њихову везу нису одобравали. Њих двоје из Београда одлазе у иностранство код његове родбине. Убрзо по доласку сазнали су да је она у другом стању и након пар недеља момак ју је напустио и од тада никада нису били у контакту. Због не регулисане документације и статуса у иностранству, морала је да напусти земљу и вратила се у Београд. Неколико дана боравила је у хотелу а потом је преноћила у парку јер није више имала новца. Услед већ поодмакле трудноће више није била у стању да ради. Породица није упозната са тим да им је ћерка трудна и у том моменту није била спремна да им то и саопшти. По повратку у Србију корисница је проценила да нема довољну подршку родитеља и да није спремна да им се обрати за помоћ.

Након обављеног интервјуа, социјални радник је контактирао надлежни центар са захтевом да упути потребну документацију, а двадесетогодишња мајка је по хитном поступку смештена. Трудница је добила кревет, исхрану, одећу и упућена на лекарски преглед на коме је утврђено да је у осмом месецу трудноће. После само три дана породила се и добила здраву девојчицу.

С обзиром да је мајка била у адаптивном шоку, а убрзо потом се и породила код мајке је након порођаја доминирало депресивно расположење. Према беби је била брижна,

али је доста плакала и није желела ни са ким да разговара. Пружана јој је интензивна и пажљива подршка и надзор у првим месецима. Снагу је усмерила на регулисање и остваривање права која јој као самохраној мајци припадају. Била је бихејвиорално активна, што је тим дома и препоручивао као важан сегмент рада са депресивним стањима. Успела је и да заврши курс компјутера за асистента. Везала се емотивно за девојчицу. Два месеца по доласку у дом корисница мајка се јавила са жељом да разговара са ћерком. Корисница још увек није имала снаге да се суочи са својом породицом и одговори на мајчин позив. Стручни тим је интервенисао и правио договоре и са мајком и ћерком око успостављања контакта. Медијацијом и саветодавним радом након месец дана одвио се телефонски контакт између мајке и ћерке. Направљен је договор да мајка позива једанпут недељено а корисници је остављен простор да одлучи о томе да ли жели и колико да разговара. Током контаката појавио се проблем инсистирања кориснице мајке да се ћерка врати кући али без детета. То је врло пољуљало тек успостављен контакт, јер је корисница већ чврсто одлучила да остане уз дете и не прихватање унуке од стране њених родитеља ју је поново јако поведило. Саветодавни рад са корисницом а и њеном породицом телефонским путем се одвијао у континуитету.

Корисница је тада имала план о будућем животу за себе и бебу. Одлучила је да покуша да се запосли у Београду, упише дете у вртић, изнајми стан. Уписала је ћерку увртић, одлазила је на неколико разговора за посао које није прихватала због сменског рада и немогућност да се усклади са одлацима у вртић. Одржавала је контакт са сродницима, сада ређе и веома бесна на њих јер не прихватају њено дете.

Корисници је пружана подршка око бриге и неге детета, у процесу тражења посла, уписа детета у вртић и одласка у место рођења ради регулисања документације. Одлазак са запосленим из дома је организован услед анксиозности мајке да се

сусретне са блиским и познатим особама. Корисница је добијала психотерапијску подршку од стране психолога у Материнском дому. Радило се на превладавању осећања повређености због одбацивања од стране родитеља, беса због неприхватања унучета, кривице и стида да је изневерила родитеље и њихова очекивања. Доминантан је био и осећај туге због губитка партнера и неприхватања детета од стране оца, анксиозности у погледу самохраног родитељства. Корисница је током смештаја подигла ниво слике о себи и самопоуздање, исказала храбросат, пожртвованост, упорност и жељу да се бори и успе како би остала уз дете.

Саветодавним радом у процесу припреме за отпуст нуђена јој је и опција рада на тражењу подршке у родној средини и од стране породице. Предлагано јој је Породична конференција као метод рада у погледу организовања будућег живота мајке и бебе, коју је она одбила иако видно амбивалентна по том питању. Након извесног времена ипак је договорена посета породице у Матерински дом на који је корисница пристала. Том приликом њихов однос је добио на квалитету, њени родитељи су постепено почели да се распитују за унуче и да га прихватају. Након прве посете, провели су и празник заједно у Материнском дому. Дошло је до реуспостављања квалитетнијег односа, поновног прихватања и зближавања а након неколико месеци, мајка и беба су отишле да започну самостални живот у мајчин родни град. По њих је дошао корисничин отац који је имао више потешкоћа да прихвати унуче и да се носи са стигмом средине у којој живи, али је у томе успео. Мајка је тамо пронашла посао, има пуну подршку својих родитеља, пружа и обезбеђује сигуран и безбедан развој својој девојчици.

Пример 2. (Партнерско насиље)

Двадесетосмогодишња корисница је посредством надлежног центра за социјални рад смештена у Матерински дом из породилицата са женским новорођенчетом. Претходно је као трудница боравила у Сигурној кући услед насиља од стране ванбрачног партнера.

Процена центра за социјални рад била је да мајка у том тренутку није у могућности да сопственим снагама обезбеди збрињавање бебе у условима отворене заштите као и да је високо мотивисана да се брине о детету и прихвата смештај као привремено решење које ће јој омогућити да се у безбедном окружењу стара о детету.

Корисницин животни пут био је такав да по завршетку средње школе, са осамнаест година одлази од куће у један туристички град како би се осамосталила. Редовно је контактирала са породицом и поверемено им финансијски помагала. Након четири године преселила се у Београд, у потрази за бољим послом. Ту је живела као подстанар, завршила курс за дактилографа, положила возачки испит и упознала партнера са којим је у два наврата била у вези. Њени родитељи нису одобравали ову емотивну везу. Карактерисале су је љубоморне сцене, праштања, омаловажавања, увреде и насилни инциденти у којима је корисница била жртва. Након неколико месеци остаје трудна и прелази да живи код партнера у заједничком домаћинству са његовим родитељима. Проблеми у партнерском односу се настављају. Више пута ју је избацивао из куће, узимао документа, новац, изоловао од пријатеља а у седмом месецу је тукао пред родитељима који је нису узели у заштиту. Након тога одлази код другарице и потом завршава у Сигурној кући. По рођењу девојчице, из породилицата је посредством центра за социјални рад смештена у Матерински дом.

И сама је Матерински дом препознала као могућу подршку за одгајање детета и обезбеђивање сигурног оружења за себе и дете. Међутим, мајци је требало дуго времена да аутентично прихвати околности и услове смештаја јер себе није видела

као корисника социјалне заштите. Није имала подршку породице, била је истрајна у одлуци да се бори за себе и дете и да организује свој живот са дететом у Београду. Одржавала је телефонске контакте са мајком и братом. Саветодавно је рађено на подршци у адаптацији, бризи око детета, превладавању емотивних криза. Центар за социјални рад јој је такође био велика подршка, а са водитељем случаја је имала изражен однос поверења. Током смештаја завршила је доквалификацију за четврти степен стручне спреме, медицинска сестра васпитач. Имала је саветодавну подршку и рађено је на превладавању трауматских искустава, адекватног избора партнера, развијању родитељских компетенција. Веома се везала за дете. Исказивала је страх да ће јој га партнер преузети услед вишег социоекономског стауса. Дозвољавала је детету контакт са оцем, увиђајући значај ових контаката за дете али је касније одустала услед компликовања њиховог односа, плашила се а и била је љута због злостављања.

Исказала је вештину у успостављању нових релација и извора подршке. За време смештаја, заштите развила је односе са људима који су јој постали значајна подршка у обезбеђивању услова за излазак из дома. Развила родитељске вештине, обезбедила све услове потребне за самосталну, безбедну бригу о детету.

Запослила се у вртићу, изнајмила стан у близини, свом детету обезбедила смештај у другом вртићу, на препоруку колега. Развила је адекватну социјалну мрежу са тенденцијом да се одржи.

PRINCIPI I OBLICI SAVETODAVNOG RADA SA HRANITELJSKIM PORODICAMA

Vesna Šilić

Olivera Isaković

Centar za socijalni rad Grada Novog Sada

Specifičnosti hraniteljstva kao vida roditeljstva. Hraniteljstvo je oblik zaštite koji se primenjuje za decu bez roditeljskog staranja, čije porodice iz različitih razloga nisu u mogućnosti da im obezbede sigurnost i uslove za normalan i zdrav fizički, mentalni i socijalni razvoj i podrazumeva njihov smeštaj u drugu, hraniteljsku porodicu. U saradnji sa centrima za socijalni rad hraniteljske porodice preuzimaju brigu o ugroženoj deci i od njih se očekuje da im pruže sigurno, stabilno i podsticajno okruženje kako bi se omogućio rast, razvoj i oporavak od traumatskih iskustava sa roditeljskim figurama, kakvi su zlostavljanje i zanemarivanje. Isto tako, hraniteljstvo se posmatra kao usluga podrške ne samo detetu već i njegovoj biološkoj porodici. Dok je dete zbrinuto njegovi roditelji mogu da se posvete rešavanju problema koji su se negativno odrazili na kvalitet roditeljstva i na mogućnost da detetove potrebe u okviru biološke porodice budu adekvatno zadovoljene. Hraniteljske porodice mogu da posluže kao uzor roditeljima za učenje odgovornog i senzitivnijeg roditeljstva i na taj način im pomognu u rehabilitaciji narušenih roditeljskih funkcija, kao preduslova za ponovno preuzimanje brige o detetu.

Hraniteljstvo je kao mera zaštite deteta vremenski ograničenog trajanja. Predviđeno je da traje do razrešenja krizne situacije u biološkoj porodici, odnosno dok se ne otklone uzroci zbog kojih je dete moralo da bude izmešteno. Samim tim, veze koje se stvaraju između hranitelja i dece su privremenog karaktera i to čini suštinsku razliku hraniteljstva kao vida roditeljskog staranja u odnosu na biološko roditeljstvo i usvojenje. Hranitelji treba da budu spremni da u ograničenom vremenskom periodu prihvate brigu o detetu, uspostave sa njim emotivne veze, pomognu mu da prevaziđe probleme i zastoje u razvoju i kada je potrebno detetu „daju dozvolu“ da ode iz njihove porodice, pripreme ga i pruže mu podršku u procesu prelaska iz jedne porodice u drugu. Paralelno sa tim hranitelji se suočavaju sa sopstvenim gubitakom i potrebno je da uspešno prođu kroz proces tugovanja za detetom o kome su brinuli, kako bi ponovo bili spremni za novi smeštaj i novo dete.

U savremenoj literaturi o hraniteljstvu se govori kao o izazovnoj, stresnoj, složenijoj vrsti roditeljstva jer pored „klasičnih roditeljskih zadataka“ uključuje neke dodatne zadatke i zahteva specifične roditeljske veštine (Quinton, 2004; Haugaard, Hazan, 2002). Specifični zadaci i veštine, koji čine sadržaj savetodavnog rada sa hraniteljskim porodicama, u vezi su sa sledećim okolnostima:

1) *Hranitelji preuzimaju brigu o deci sa poteškoćama*, sa značajnim emocionalnim problemima i problemima u ponašanju, osetljivog zdravstvenog stanja ili izraženih zdravstvenih i razvojnih smetnji. I praksa socijalnog rada i istraživački podaci govore da su deca u hraniteljskim porodicama veoma vulnerabilna, da se teže prilagođavaju na nove uloge i situacije, da u odnosu na svoje vršnjake iz opšte populacije ispoljavaju značajno veći stepen razvojnih i mentalnih problema (za pregled Pilowsky, 1995; Oswald, Heil & Goldbeck, 2009; Lawrence, Carlson & Egeland, 2006; Tarren-Sweeney, 2006), oko polovine njih u ranglu kliničke značajnosti (Tarren-Sweeney, 2006), što znači da ovoj deci češće trebaju usluge i kliničkih servisa.

Osnovne pretpostavke zdravog, optimalnog psihofizičkog razvoja čine stalnost i stabilnost porodičnog okruženja, konstantni, responzivni, negujući i dosledni odgajatelji, zatim kohezivan, podržavajući, fleksibilan porodični sistem i bezbedno i stimulativno kućno okruženje. Za decu na hraniteljstvu izloženost zlostavljanju i zanemarivanju, kao ekstremnim formama porodične nestabilnosti, zatim brojne promene odgajatelja i okruženja, separacije, nestalnost, vode ka nastanku razvojnih poteškoća i poteškoća mentalnog zdravlja. Briga o takvoj deci ne samo da je zahtevna i povremeno iscrpljujuća, već zahteva posebne veštine staranja i uspostavljanja odnosa sa detetom koji vode kreiranju „terapeutskog porodičnog okruženja“. Savetodavni rad i edukativni programi namenjeni podršci hraniteljskim porodicama se upravo bave razvojem veština „terapeutskog roditeljstva“ i biće detaljnije prikazani u tekstu koji sledi.

2) *Hranitelji su u obavezi da neguju detetov porodični, kulturni i nacionalni identitet* kroz očuvanje i podsticanje kontakata sa roditeljima i drugim važnim članovima biološke porodice. To podrazumeva aktivno učešće u planiranju i realizovanju susreta deteta i roditelja, pripremi deteta za kontakt, praćenju kvaliteta interakcije i podsticanje razmene između njih, praćenje emotivnih reakcija deteta nakon susreta i pružanje podrške detetu da razume svoje emocije, ponašanje i životno iskustvo. Zatim, hranitelji treba da budu sposobni da detetu na prikladan način pruže neophodne informacije o njegovom porodičnom poreklu i razlozima zbog kojih živi u hraniteljskoj, a ne u svojoj porodici.

Uspostavljanje saradnje sa detetovim roditeljima nije uvek lak zadatak, budući da neki roditelji mogu biti nezadovoljni ograničavanjem roditeljskih prava od strane centra za socijalni rad i hranitelje doživeti kao rivale ili krivce za to što im je dete oduzeto. Neki roditelji su skloni impulsivnom ili agresivnom ponašanju, neki su psihički bolesni ili su prilikom susreta hladni i odbojnog ponašanja prema detetu, što hranitelja može emotivno povrediti. Nekada sami hranitelji mogu osećati ljutnju prema roditelju koji je ozbiljno psihički, fizički ili seksualno povredio dete. Da bi hranitelj bio uspešan u svojoj ulozi, potrebno je da bude svestan i stavi „pod kontrolu“ svoja osećanja prema članovima biološke porodice deteta, prihvati da dete voli svoje roditelje bez obzira kako ga povredili i uvaži takva detetova osećanja. Pored toga, potrebno je da razvije veštine komunikacije sa „teškim ljudima“, razumevajući i njihovo životno iskustvo.

3) *Hraniteljstvo je „roditeljstvo sa podeljenom odgovornošću za dete“*. Hranitelji se o detetu staraju u saradnji sa stručnjacima u službama za zaštitu dece (voditeljima slučaja u centrima za socijalni rad i savetnicima za hraniteljstvo u centrima za porodični smeštaj i usvojenje), kao i biološkim roditeljima. Zbog toga je važno da dobro razumeju svoju ulogu, kao i ulogu svih drugih aktera koji čine roditeljski sistem deteta na smeštaju, i da sa njima uspostave konstruktivnu saradnju. U podeli na ulogu biološkog, zakonskog roditelja i roditelja odgajatelja koji su za većinu dece objedinjeni u jednom roditeljskom paru, za dete na porodičnom smeštaju hranitelji predstavljaju roditelje odgajatelje (Fehlberg, 1991). Njima pripada neposredna briga o fizičkim, zdravstvenim, vaspitno-obrazovnim, emotivnim potrebama, socijalizacija i podrška u razvoju samostalnosti i životnih veština. Za donošenje svih važnih odluka u vezi deteta, hranitelji moraju da se konsultuju ili traže saglasnost od zakonskih staratelja, najčešće voditelja slučaja ili bioloških roditelja, povremeno i da prihvate odluke koje su u suprotnosti sa njihovim željama i mišljenjem u vezi dobrobiti deteta. Efikasno funkcionisanje ovako proširenog roditeljskog sistema deteta na hraniteljstvu podrazumeva da hraniteljska porodica bude više otvorena prema spolja, nego što je to bio slučaj pre bavljenja hraniteljstvom.

4) *Hraniteljstvo je „roditeljstvo pod supervizijom“*. Hraniteljske porodice su deo sistema socijalne zaštite koji pruža usluge deci i njihovim biološkim porodicama i imaju status saradnika, ravnopravnih članova stručnog tima. Zakonima koji regulišu ovu oblast (Porodični zakon i Zakon o socijalnoj zaštiti) i podzakonskim aktima (Pravilnik o hraniteljstvu) uloga, obaveze i prava hranitelja, kao i standardi stručnog rada sa hraniteljskim porodicama su precizno definisani. Stručni radnici, pre svega savetnici za hraniteljstvo su u obavezi da prate i vrše uvid u ostvarivanje svrhe hraniteljstva i ispunjenost standarda zaštite

deteta u hraniteljskoj porodici (Pravilnik o hraniteljstvu, član 37). To znači da se na osnovu sagledavanja i procene potreba deteta i hranitelja sačinjava plan podrške koji sadrži konkretne aktivnosti, usluge i mere za zadovoljavanje tih potreba, a zatim se prati njegova realizacija i o tome izveštava. Savetnici za hraniteljstvom pored podrške koju pružaju, vrše kontrolu i nadzor nad načinom na koji se hranitelji staraju o deci i raspolažu finansijama. Kada uoče da postoje propusti, poteškoće ili neodgovarajući pristup detetu rade sa hraniteljima na njihovom otkljanjanju i razvoju veština koje nedostaju. Kao deo službi za zaštitu dece, hranitelji su izloženi stalnom vrednovanju svojeg rada od strane stručnjaka, ali i bioloških roditelja, što takođe može da se doživi kao povreda privatnosti i autonomije njihove porodice ili da negativno utiče na njihovo samopouzdanje.

5) *Hranitelji za brigu o detetu i svoj rad dobijaju novčanu naknadu* što predstavlja značajnu podršku hraniteljskoj porodici ali može da izazove i podozrivost i predrasude neposrednog okruženja ili šire javnosti po pitanju adekvatnosti njihove motivacije za bavljenje hraniteljstvom. Mišljenje da su razlozi za preuzimanje brige o „tuđem“ detetu dominantno finansijske prirode mogu imati i članovi biološke porodice, pa i dete na smeštaju, što narušava uspostavljanje bliskosti i poverenja na relaciji dete-hranitelji i saradnje na nivou biološka-hraniteljska porodica.

Selekcija i priprema porodica za hraniteljstvo. Složenost hraniteljske uloge i zadaci koji se stavljaju pred hranitelje u zadovoljavanju specifičnih potreba dece u sistemu socijalne zaštite, nalažu da porodice koje će se baviti hraniteljstvom budu odabrane i pripremljene, što predstavlja i zakonsku obavezu u našoj i mnogim drugim zemljama. Procena i priprema hranitelja su dva aspekta jedinstvenog procesa utvrđivanja opšte podobnosti porodica za bavljenje hraniteljstvom. Procenu opšte podobnosti za hraniteljstvo vrše stručni radnici u centrima za socijalni rad i centrima za porodični smeštaj i usvojenje. Ovim postupkom se procenjuje sposobnost budućih hranitelja da stiču i razvijaju znanja i veštine za zaštitu dece bez roditeljskog staranja, svrstanih u 5 kategorija kompetencija (Pravilnik o hraniteljstvu, Član 21, stav 2):

- 1) obezbeđivanje sigurnog okruženja za dete i zaštita od zlostavljanja i zanemarivanja
- 2) zadovoljavanje razvojnih potreba deteta u cilju optimalnog razvoja i prevazilaženja zastoja u razvoju
- 3) očuvanje identiteta deteta kroz podržavanje veza između deteta i njegove porodice, i drugih važnih osoba
- 4) pružanje podrške detetu u prevladavanju separacije i gubitka

5) prihvatanje podeljene odgovornosti za dete i uspostavljanje saradničkog odnosa sa roditeljima dece i stručnim radnicima

Procena se vrši na osnovu analize isprava, intervju sa budućim hraniteljima i članovima njihove porodice u ustanovi i prilikom kućne posete, sagledavanjem socio-ekonomskih prilika porodice i tokom realizacije Programa pripreme za hraniteljstvo.

Celokupni postupak procene hraniteljskih kompetencija zasnovan je i na samoproceni, odnosno aktivnoj uključenosti kandidata u donošenju odluke da li njihova porodica može da odgovori na zahteve hraniteljske uloge. Osnovna ideja ovog pristupa je da jedino kandidati koji se kroz program pripreme upoznaju sa očekivanjima od hraniteljske uloge, specifičnostima hraniteljstva, značajnim razlikama u odnosu na biološko roditeljstvo, kao i potrebama dece u sistemu socijalne zaštite mogu doneti zrelu i odgovornu odluku o prihvatanju hraniteljske uloge (Hadžović, Tekić, Grujić i Ivanišević, 2008).

Program pripreme za hraniteljstvo se realizuje u formi grupnog, radioničarskog rada. U našoj zemlji je obavezno učešće oba supružnika, odnosno vanbračnog partnera, a idealnim se smatraju grupe od 14 do 20 učesnika.

Pravilnikom o hraniteljstvu su propisane sledeće tematske celine programa pripreme: priprema za hraniteljstvo – jačanje i razvoj kompetencija hranitelja; životne krize i obrasci functionisanja porodice; potrebe i razvoj deteta, emocionalni gubici, kontinuitet života deteta i njegov identitet; porodično vaspitanje; zaštita dece od zanemarivanja i zlostavljanja; priprema za početak hraniteljstva; izgradnja partnerskog odnosa; spremnost za odgovorno hraniteljstvo – samoprocena budućih hranitelja (Pravilnik o hraniteljstvu, član 46).

Za pripremu hranitelja se mogu koristiti samo programi koji su akreditovani i nalaze se u bazi Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu (www.zavodsz.gov.rs). Postoje dva takva programa. Jedan je osmišljen od strane domaćih autora pod nazivom „Sigurnim korakom do hraniteljstva“ (autori Hadžović, Tekić, Grujić i Ivanišević, Ministarstvo rada i socijalne politike RS), dok je drugi međunarodni PRAJD program za hranitelje i usvojitelje (engl. PRIDE; autori Pasztor, Matthews & Plowy, nosilac licence za Srbiju „FICE Srbija“).

Program „Sigurnim korakom do hraniteljstva“ se primenjuje od 2004. godine. Autori navode da je baziran na tri teorijske osnove: „savremenim teorijama o razvoju i vaspitanju deteta, sistemskom pristupu porodici i savremenim teorijama o permanentnom obrazovanju i razvoju kao celoživotnom procesu“ (Hadžović i sar., 2008, str.11). Primenjuje se u formi grupnog, radioničarskog rada. Sastoji se od ukupno 11 radionica u trajanju od po 3 sata. Svaka radionica ima definisanu strukturu: *cilja* koji se vežbama postiže, *kruga pridruživanja* koji se realizuje kroz diskusiju o zadatku za porodicu, *vežbe* kada su učesnici neposredno

angažovani u nekom zadatku, *komentara trenera* koji čine edukativne blokove, *interpretativnog rezimea* kojim se planski sažima i rekapitulira dobijeni produkti grupnog rada i povezuju sa temom radionice, i na kraju *zadatka za porodicu* koji aktivno podstiče učešće ostalih članova porodice za predstojeće promene u porodici i suočava ih sa najznačajnijim aspektima hraniteljstva (Hadžović i sar., 2008). Teme radionica ovog programa su u potpunosti usaglašene sa tematskim celinama koje definiše Pravilnik o hraniteljstvu.

Program PRAJD (Resursi za roditeljstvo-informacije, razvoj, obrazovanje) predstavlja kombinovani trening za buduće hranitelje i usvojitelje. Razvijen je kroz višegodišnji projekat Države Illinois, Odeljenja za usluge porodici i Američke lige za dobrobit dece (Child Welfare League of America) uz učešće velikog broja stručnjaka iz državnih i privatnih agencija, fakulteta i iskusnih hranitelja (FICE Srbija, 2008). Edukacije koje su namenjene mešovitim grupama hranitelja i usvojitelja su pre pravilo nego izuzetak u oblasti socijalne zaštite dece, jer i hranitelji i usvojitelji zahtevaju upoznavanje i prorađivanje sličnih tema poput separacije, gubitaka, afektivne vezanosti, roditeljstva nad decom sa iskustvom zlostavljanja i zanemarivanja, roditeljstva nad decom drugačijeg porodičnog porekla i dr. Prednosti kombinovanih grupa leže u potrebi da usvojitelji razumeju hraniteljstvo kao oblik zaštite i iskustva dece pre usvojenja, posebno zbog toga što veliki broj dece koja bivaju usvojena pre toga duže ili kraće vreme borave u hraniteljskoj porodici. Isto tako, izvestan broj hranitelja donosi odluku da usvoji dete o kome su preuzeli brigu i bitno je da razumeju dinamiku usvojenja. Kroz zajedničko učešće u programu pripreme, kandidati mogu da prepoznaju značajne razlike između hraniteljstva i usvojenja i tako su u prilici da donesu pravu odluku, kojoj uloži će se moći bolje posvetiti i koja bolje odgovara na njihove potrebe.

Program PRAJD pripremne obuke se sastoji od 9 radionica koje traju oko 3 sata. One se odvijaju paralelno sa procesom procene porodice koja se obavlja u kućnim uslovima, tzv. kućnim konsultacijama (FICE Srbija, 2008). Delovi programa koji su nazvani „PRAJD povezivanja“ pomažu kandidatima da svoja životna iskustva povežu sa pet kategorija kompetencija i to čini sastavni deo procene, odnosno procesa selekcije. Prva radionica *Šta je to PRAJD* hraniteljima pruža priliku da se upoznaju sa ovim programom, njegovom svrhom, hraniteljstvom i usvojenjem kao oblicima zaštite, kako deca ulaze u sistem socijalne zaštite, kompetencijama koje su potrebne hraniteljima i usvojiteljima. Druga radionica *Timskim radom do stalnosti* je usmerena na važnost timskog rada u zadovoljavanju potreba ugrožene dece i osvetljavanje uloge hranitelja i usvojitelja kao članova stručnog tima. Treća radionica *Zadovoljavanje razvojnih potreba: emotivna vezanost* upoznaje kandidate sa savremenim

znanjima u vezi razvoja deteta, uspostavljanja afektivne vezanosti i njenog značaja za detetov razvoj. Četvrta radionica *Zadovoljavanje razvojnih potreba: gubitak* se bavi separacijom, fazama u procesu tugovanja i prevladavanjem gubitka. Peta radionica *Jačanje porodičnih odnosa* govori o važnosti porodice za dete i kompetencijama koje se odnose na rad sa roditeljima dece na hraniteljskom smeštaju. Šesta radionica *Zadovoljavanje razvojnih potreba: disciplina* se bavi uzrocima dečijeg neprimerenog ponašanja i pozitivnim disciplinovanjem koje jača somopoštovanje deteta, nasuprot fizičkom kažnjavanju. Sedma sesija *Održavanje kontinuiteta porodičnih odnosa* govori o reunifikaciji, tj. ponovnom okupljanju porodice i načinima kako se deci može obezbediti siguran i brižan odnos sa namerom da traje ceo život. Osmu radionicu *Planiranje promene* priprema kandidate na to šta ih očekuje kada dete dođe u porodicu, kako da prebrode te promene i kako da omoguće da se dete oseća prijatno u njihovom domu. Na kraju, deveta radionica *Doneti informisanu odluku* obuhvata panel diskusiju na kojoj su gosti-učesnici bitni za hraniteljstvo i usvojenje: iskusni stručni radnici i hranitelji, usvojitelji, biološki roditelji, deca na hraniteljstvu ili usvojenici. Tom prilikom kandidati mogu da postavljaju pitanja (FICE Srbija, 2008).

Poput programa „Sigurnim korakom do hraniteljstva“ radionice PRAJD programa imaju definisanu strukturu koja se sastoji od vežbi, edukativnih delova, iskustvenog učenja, razmene ličnog iskustva i dr. Trening vode dva akreditovana trenera.

Nakon okončanog postupka procene i pripreme kandidata centar za socijalni rad donosi konačnu odluku da li neka porodica poseduje ili ne podobnost za bavljenje hraniteljstvom. Hraniteljske porodice mogu biti različite strukture, potpune ili jednoroditeljske, u različitim fazama životnog ciklusa, sa ili bez biološke dece, različitog obrazovnog nivoa, godina života i iz različitih sredina. Ono što im je zajedničko je da moraju da budu funkcionalne porodice, stabilne i skladne, sa dobrim resursima i mrežom podrške, da imaju adekvatnu, altruističku motivaciju i poseduju navedene kompetencije za hraniteljstvo. U tom slučaju hraniteljskoj porodici se izdaje potvrda (licenca) za bavljenje hraniteljstvom i spremna je za prihvatanje deteta.

Prikaz slučaja.²⁶ *Gospođa Marija je došla u centar za socijalni rad kako bi se raspitala da li njena porodica može da postane hraniteljska. U svom predstavljanju savetniku za hraniteljstvo navela je da već nekoliko godina u nazad razmišlja o ovoj mogućnosti, ali da*

²⁶ sva imena i lične informacije u prikazu su izmenjene, radi zaštite identiteta

je „prelomila“ kada je na televiziji gledala priloge o deci iz ustanova. Bila je emotivno pogođena onim što vidi i osetila je ne samo potrebu već i dužnost da pomogne tako što će detetu bez roditelja pružiti dom, ljubav i nežnost. Navela je i da su njihovi bliski prijatelji koji žive u inostranstvu hranitelji, te da ih je njihovo iskustvo dodatno ohrabrilo u ovoj odluci. Ona i suprug Pavle imaju veliku kuću, njihova deca su odrasla i zasnovala su svoje porodice, vitalni su i dobrog zdravlja. Zato misle da imaju sve uslove da se kvalitetno posvete detetu kome je pomoć potrebna. Nakon inicijalnog uvida u motivaciju gospođe Marije, koja se činila adekvatnom, savetnica za hraniteljstvo je pružila osnovne informacije o hraniteljstvu. Cilj ovog informisanja je da pomogne kandidatima da pre zvaničnog pokretanja procedure za preispitivanje podobnosti za hraniteljstvo, provere da li su očekivanja institucije od hranitelja u skladu sa očekivanjima njihove porodice od hraniteljske uloge. Marija je posedovala saznanja da hranitelji u ograničenom vremenskom intervalu, nekad kraćem, nekada dužem, brinu o deci i da deca viđaju svoje roditelje. Racionalno prihvata takve okolnosti brige, iznosi da je svesna težine potencijalne separacije od deteta i to je ne odbija od hraniteljstva. Na isti način se odnosi i prema obavezi da kao hranitelj podrži kontakte sa biološkom porodicom. Razgovor se završava kratkim informisanjem o proceduri, kako izgleda i koliko traje, dokumentaciji koju je potrebno da sakupe. Dajući joj spisak potrebnih dokumenata i kontakt telefon za dodatna pitanja, savetnica za hraniteljstvo joj se zahvaljuje što se interesuje za hraniteljstvo i što želi da pomogne deci bez roditeljskog staranja.

Nešto manje od mesec dana od informisanja za hraniteljstvo, Marija i Pavle su uputili zahtev centru za socijalni rad u kome su naveli da žele da budu hranitelji. Uključeni su u PRAJD program procene i obuke za hraniteljstvo, sa još 6 porodica. Prvi susret sa trenerima je bio kod njihove kuće. Služio je da se treneri pridruže porodici, upoznaju ih sa tim šta ih očekuje, koliko dugo, u kojim terminima i kako će se raditi. Naglašena je obaveza da treningu prisustvuju oba supružnika i da će biti potrebno da se tokom nekih kućnih poseta obezbedi i prisustvo drugih bliskih članova porodice koji će biti u kontaktu sa detetom. Istovremeno su sagledani i uslovi u kojima žive, opserviran je način na koji se porodica odnosi prema gostima, koliko su komforni sa narušavanjem njihove privatnosti, kako komuniciraju sa trenerima i međusobno jedno sa drugim. Marija i Pavle su na trenere ostavili pozitivan utisak. Predusretljivi su, pažljivi i prijateljski nastrojeni. U njihovom domu je bilo prijatno boraviti. Nalaze zadovoljstvo u tome da ugoste, ali bez tendencije da službenu posetu pretvore u neformalu. Tokom prve posete porodici, treneri bivaju upoznati da su Marija i Pavle vernici i da su aktivni u hrišćanskoj zajednici kojoj pripadaju. Pavle je tom prilikom uzeo Bibliju i čitao je neke delove trenerima. Ti zapisi odražavaju njegov način razmišljanja i

vrednosti u koje veruje. To je činjeno u izvesnoj meri na napadan način, pa su treneri posebnu pažnju obratili na ovu karakteristiku porodice. Definirano je da je njihova snaga u altruističkoj motivaciji za hraniteljstvo koja ima snažno uporište u veri, dok se potencijalna poteškoća može odnositi na sposobnost da neguju identitet deteta koje nije odgojeno na ovaj način ili koje pripada drugoj religiji. Pored toga, treneri su postavili pitanje da li će sa ovom porodicom biti moguće izgraditi zajednički referentni okvir kao osnove uspešne komunikacije i saradnje. Navedena zapažanja trenera su tokom sledeće kućne posete podeljena sa Pavlom i Marijom, šta je opaženo kao snaga a šta kao potencijalna poteškoća u hraniteljskim kompetencijama. Razumeli su o čemu treneri govore i ponudili su konkretne predloge na koji način bi podržali očuvanje detetovog nacionalnog, religijskog i kulturnog identiteta. Pavle više nije insistirao na „citatima“. Njegovo ponašanje je više odražavalo potrebu da se pokaže u najboljem svetlu, ostavi pozitivan utisak, tako što će inicirati razgovor o dubokim temama i idejama u koje iskreno veruje, a ne potrebu da ih nametljivo propagira.

Marija i Pavle su redovno dolazili na zakazane radionice, bili su aktivni i redovno su ispunjavali svoje obaveze. Tokom vežbi vrlo često su nudili svoja iskustva u brizi o deci, bilo da se radi o biološkoj deci ili unučićima, i poredili koliko su ona slična ili različita od zahteva koji se postavljaju pred hranitelje. Empatični su i zainteresovani da se što bolje informišu o svim efektima i posledicama neadekvatnog postupanja prema deci. Od svih polaznika programa Marija je najviše čitala i proučavala literaturu koja je bila namenjena ovoj temi. Kako su radionice odmicale i nivo informisanosti o hraniteljstvu se povećavao, sve više su bili spremni da razmišljaju o preuzimanju brige o detetu sa razvojnim problemima. Isto tako, „rasplašili“ su se preuzimanja brige o detetu starijeg, adolescentnog uzrasta.

Što su više upoznawali ovu porodicu putem razgovora, genograma, sadržaja iz radnih listova, posmatranja njihovog ponašanja i relacija, treneri su mogli da izdvoje brojne njene snage: Marija i Pavle imaju bogato i pozitivno roditeljsko iskustvo i blizak odnos sa svojom decom tokom njihovog detinjstva, a i sada u odraslom dobu; drugim ljudima pristupaju na pozitivan način, prvenstveno uočavajući njihove vrline a ne mane i slabosti; imaju veštinu da stvari posmatraju iz perspektive drugog čoveka, „iz tuđih cipela“, pokazuju empatiju prema biološkim porodicama dece u sistemu socijalne zaštite; imaju kapacitet za saradnju, prihvataju ono što čuju i spremni su da menjaju svoje stavove i ponašanja, kao što je na pr. stav prema kazni; otvoreni su i dozvoljavaju trenerima da ih upoznaju.

Nakon radionice koja se bavila gubicima i procesom tugovanja kod dece, polaznici programa pripreme su imali domaći zadatak da to povežu sa ličnim iskustvom i u radnom listu navedu svoje gubitke. Pavle je u karti gubitaka naveo samo dve situacije: kada je kao

dečak izgubio pecaljku i kada nije dobio željenu igračku. Treneri su na osnovu toga postavili nekoliko hipoteza koje je potrebno proveriti sa porodicom tokom kućnih konsultacija. Jedna pretpostavka je da nije razumeo sadržaj radionice o gubicima; druga da nije razumeo sam zadatak; treća da postoji sklonost ka minimiziranju ili negaciji da se neki značajan gubitak bliske osobe dogodio, kao indikator nerazrešenog procesa tugovanja. Hranitelj koji ima nerazrešene gubitke ne može uspešno da vodi dete kroz proces tugovanja i pruži mu potrebnu podršku. Tokom kućne posete otvorena je i ova tema, na taj način što su treneri sa kandidatima podelili svoje dileme. Pavle je ponovo izradio svoju kartu gubitaka u kojoj su navedeni smrt roditelja i nedavni odlazak ćerke, zeta i unuka u inostranstvo. Na osnovu emocija, razmišljanja i ponašanja u vezi sa ovim gubicima, konstatovano je da Pavle poseduje kapacitet za uspešno prebrodi emotivno zahtevne situacije i religioznost u smislu vere u Boga i život nakon zemaljskog mu u tome pomažu.

Marija i Pavle se se za hraniteljstvo opredelili u životnoj fazi „praznog gnezda“ kada su njihova deca odrasla i ne žive više u roditeljskom domu. Želja da se roditeljska uloga produži putem hraniteljstva može biti motivisana potrebom da supružnici izbegnu da se bave partnerskom relacijom, jer bi to moglo da dovode do bračne krize ili konflikata. Zbog toga je supružnicima dat radni zadatak da opišu šta bi za njih i njihov međusobni odnos značilo kada ne bi postali hranitelji. Marija i Pavle navode da bi voleli da budu hranitelji, ali ako to nije moguće za njih ne bi bilo ništa strašno budući da imaju ispunjen život, svoju decu i unuke, jedno drugo i bliske ljude u zajednici u kojoj žive. Bez obzira na konačni ishod postupka procene podobnosti za hraniteljstvo, smatraju da imaju veliku dobit od učešća u ovom programu jer sada mnogo bolje razumeju potrebe i ponašanja dece.

Nakon sprovedenog programa procene i pripreme Marija i Pavle su postali hraniteljska porodica.

Savetodavni rad u okviru praćenja i podrške detetu i hraniteljskoj porodici. Kada hraniteljska porodica preuzme brigu o detetu savetnik za hraniteljstvo kontinuirano prati razvoj i napredovanje deteta i to čini putem redovnih kućnih poseta. Tada ima priliku da sagleda životne uslove deteta i obavi razgovor sa svim članovima hraniteljske porodice, uključujući i dete na smeštaju. Svrha praćenja je utvrđivanje da li su detetove potrebe adekvatno i pravovremeno zadovoljene i da se, ukoliko postoji neka poteškoća po tom pitanju planira odgovarajuća usluga podrške. Jedna od standardnih usluga koje se pružaju hraniteljskim porodicama u rešavanju problema sa kojima se suočavaju brinući o deci su usluge savetovanja. Individualni savetodavni rad se najčešće sprovodi u kući hranitelja ili u

prostorijama centra za socijalni rad/centra za porodični smeštaj sa ciljem da se u odnosu na potrebe konkretnog deteta omogući njihovo optimalno zadovoljenje i reši neki aktuelni problem sa kojim se porodica suočava. Na primer, kako da hranitelji obezbede fizičku bezbednost hiperaktivnog deteta ili deteta koje je sklono bežanju; kako da pruže pomoć u učenju edukativno zanemarenom detetu, sa problemima u usmeravanju i održavanju pažnje; kako da pomognu detetu u procesu tugovanja zbog separacije od bioloških roditelja, kako da reaguju na „teška“ ponašanja deteta, kako da ga pripreme za kontakte sa biološkim roditeljima ili za još jednu promenu porodice i sl.

Teme savetodavnog rada sa hraniteljima mogu biti i njihova lična iskustva, stresovi vezani za hraniteljsku ulogu, saradnja sa biološkom porodicom, poljuljano samopouzdanje u vlastite roditeljske veštine zbog „izazovnog“ ponašanja deteta ili neuspeha da sa detetom uspostave blizak odnos, vezivanje, separacija i gubitak samih hranitelja i dr.

Savetodavni rad sa hraniteljskim porodicama polazi od toga da su hranitelji saradnici sa mnogo ličnih i porodičnih resursa za rešavanje problema, pri čemu značajan resurs predstavljaju i dodatna znanja koja su stekli tokom perioda pripreme za hraniteljstvo. Savetodavnim radom hranitelji se osnažuju da ta znanja iskoriste u svakodnevnoj brizi o detetu i da ih na taj način unapređuju, razvijajući ih do nivoa specifičnih veština staranja o zlostavljanoj i zanemarenoj deci. Putem razgovora koji može biti individualan sa hraniteljem ili zajednički sa svim članovima porodice, savetnik za hraniteljstvo ih podstiče da definišu i istraže problem, a zatim i da sagledaju moguća rešenja. U našoj zemlji savetnici za hraniteljstvo pretežno pružaju usluge savetovanja putem individualnog rada sa hraniteljskom porodicom koji obuhvata metode aktivnog slušanja, reflektovanja sadržaja i osećanja, redefinisanja problema i njegovih uzroka, psihoedukacije u smislu povezivanja ponašanja i osećanja deteta sa teorijom i profesionalnim znanjima, istraživanja alternativnih rešenja.

Prikaz slučaja. *Nekoliko meseci nakon što su postali hranitelji, Marija i Pavle su preuzeli brigu o dvogodišnjem dečaku Aleksandru. Do smeštaja u njihovu porodicu Aleksandar je živio sa roditeljima u lošim porodičnim, stambenim i higijenskim uslovima. I otac i majka su skloni prekomernom konzumiranju alkohola, a njihovi međusobni odnosi su poremećeni, obeleženi stalnim svađama, fizičkim i verbalnim sukobima, posebno u alkoholisanom stanju. Zanemarivali su osnovne potrebe svog deteta i svakodnevno ga izlagali nasilnim scenama. Iz navedenih razloga Aleksandara je socijalni radnik izmestio iz biološke porodice.*

Kada je došao kod hranitelja Aleksandar je imao poteškoće sa zaspivanjem u vidu razdražljivost i opiranja da zaspri uprkos tome što je veoma umoran. Odbijao je fizički kontakt sa hraniteljima, plašio se i trzao na pokušaj da ga zagrlje. Mariji je bilo žao dečaka jer je videla i osetila koliko je bio uplašen, „istraumiran“ događajima u biološkoj porodici. Želela je da ga zaštiti. Na programu pripreme je naučila da razume ovakva ponašanja i znala je da je potrebno izvesno vreme da se dete opusti i oseti sigurnost. Marija i Pavle su prema dečaku bili nežni, nenametljivi i strpljivi. To je dopinelo da Aleksandar postepeno prevazilazi navedene teškoće. Uz stalnu podršku savetnice zadužene za praćenje porodičnog smeštaja hranitelji su se tokom narednih godina uspešno nosili i sa drugim dečakovim problemima, kao što su agresivnost prema drugoj deci, namerno uništavanje igračaka, noćna, a zatim i dnevna enureza.

Problem u odnosu na koji su hranitelji zatražili savetodavnu pomoć su bila Aleksandrova erotizovana ponašanja na uzrastu od oko 4 godine. Marija je navela da dečak dodiruje polni organ i opisala je situaciju u kojoj je od nje tražio da podigne svoju majicu kako bi je poljubio i rekao je „hajde da se volimo“.

Sa Marijom je obavljen savetodavni razgovor koji je obuhvatao eksploraciju sledećeg: Kako ona razume takvo dečije ponašanje? Marija je otvorila temu potencijalnog seksualnog zlostavljanja i pitala se da li su takva ponašanja indikatori da je bio žrtva ili je bio izložen eksplicitnim scenama seksualnog odnosa roditelja. Bila je uplašena da takvo iskustvo može da nanese trajnu štetu dečaku i zabrinuta da li će moći da mu se pruži potrebna pomoć. U razgovoru njena sumnja nije mogla da bude potvrđena, niti potpuno odbačena kao neosnovana. Fokus savetovanja je bio na diskusiji o utemeljenosti mišljenja da su posledice izloženosti zlostavljanju ireverzibilne, kao i uslugama koje deci i porodicama stoje na raspolaganju u takvim situacijam, a sa ciljem da se Marija osnaži ukoliko postupci socijalnog radnika uključe ispitivanje ove sumnje. Takođe, razmatrana su i drugačija tumačenja erotizovanih ponašanja tokom razvojnog doba.

Dalje je istraživano: Kako se osećala u situaciji koju je opisala, kada je dečak tražio da podigne svoju majicu? Time joj se dala prilika da bude svesna i razgovara o svojim osećanjima, što je posebno važno ukoliko su kod hranitelja prisutna osećanja odbojnosti prema dečaku jer bi to moglo negativno da utiče na kvalitet pružene brige. Hraniteljica je iznela da je bila zbunjena i zatečena, nije bila sigurna kako da se postavi, šta da misli i kako da odgovori. Bila je pomalo i uplašena i empatizovala sa iskustvom dečaka. Razgovor joj je bio potreban da bi proverila da li je postupila kako treba.

Tada je otvorena i sledeća tema: Kako se tom prilikom ponašala? Marija ispričala da je Aleksandru rekla da se u njihovoj porodici tako ne radi, da oni vole da se zagrlje i poljube u obraz. I pokazala mu je kako, grleći ga i ljubeći.

U daljem toku je razgovarano: Kako je dečak odreagovao na njeno ponašanje? Aleksandar je prihvatio zagrljaj, malo se mazio sa njom a zatim nastavio sa svojom igrom od pre.

Razgovor je završen diskusijom o potrebi za bliskošću, emotivnom razmenom i pripadanjem koja stoji u osnovi dečakovog opisanog ponašanja i kako da se ona zadovolji na socijano adekvatne načine. Mariji je data povratna informacija o njenim ličnim snagama kao odgajatelju koji ume da prepozna i adekvatno odgovori na takve Aleksandrove potrebe.

Česta tema savetodavnih razgovora su intenzivna emotivna stanja ili neprimerena ponašanja dece. Savetnici za hraniteljstvo tokom savetovanja mogu pomoći hraniteljima da se lakše suoče i izađu na kraj sa takvim osećanjima i ponašanjem i usmere se na dečije potrebe, na taj način što će sa hraniteljima uspostaviti poseban kvalitet odnosa. Takav odnos podrazumeva usmerenost na razvijanje osećanja sigurnosti i samopouzdanja kod hranitelja, doživljaja da su podržani, uvaženi i ohrabreni. Hranitelj koji se oseća podržanim ima više šanse da u problematičnim situacijama istraži efikasne načine postupanja sa detetom i tako mu pomogne (Schofield, Beek, 2006). Važnu ulogu u pružanju osećaja sigurnosti i podrške hraniteljima imaju fizička i emotivna dostupnost savetnika za hraniteljstvo, što podrazumeva ne samo profesionalne nego i lične kvalitete u vidu iskrenog interesovanja za dobrobit cele hraniteljske porodice, uzimanje u obzir njihovih potreba i razumevanje okolnosti i dešavanja u porodici, bez kritikovanja i osuđivanja. Na taj način se hraniteljima šalje poruka da je savetnik za njih dostupan i tokom „dobrih“ i „loših“ vremena i da će dobiti pomoć kad god im je potrebna. Odnos savetnika prema hranitelju je isti onakav kakav se očekuje da hranitelj uspostavi sa detetom, po principu „paralelnih procesa“. Pristup koji jačanjem baze sigurnosti promoviše razmišljanje, učenje i istraživanje novih ideja, po mnogim autorima čini kontekst u kome se odvija savetodavni rad sa hraniteljskim porodicama (Shoofield, Beek, 2006). Njegovo konceptualno utemeljenje je u teoriji afektivne vezanosti, a zajednički cilj različitih programa koji se mogu naći u literaturi je jačanje senzitivnosti hranitelja u zadovoljavanju potreba deteta na smeštaju, posebno one dece kod kojih su prisutne poteškoće afektivne vezanosti. U našoj zemlji programi koji su namenjeni podršci hranitelja nakon što preuzmu brigu o konkretnom detetu (tzv. post-services) postoje, poput „Programa terapijskog hraniteljstva“ Asocijacije za alternativno porodično staranje FAMILIA iz Beograda

(www.zavodsz.gov.rs), međutim oni nisu sistemski primenjivani poput onih za pripremu (tzv. pre-services). U nastavku teksta predstavimo najpoznatije od takvih programa koji se primenjuju u svetu, a čiji cilj je da se deci na hraniteljstvu omogući porodično okruženje koje će im pomoći da unaprede kvalitet afektivnih veza i razviju kapacitete za regulaciju emocija i ponašanja.

Program za individualni rad sa hraniteljicama dece najranijeg uzrasta. Program je razvila Mary Dozier sa saradnicima Univerziteta Delaware (Dozier, Higley, Albus, Nutter, 2002) i zasnovan je na teorijskim i empirijskim saznanjima o bazičnim potrebama dece ranog uzrasta (od 12 do 24 meseca) koja se smeštaju u hraniteljske porodice. Autorka u svojim radovima ukazuje na nekoliko okolnosti koje ometaju da beba na porodičnom smeštaju razvije organizovane strategije afektivnog vezivanja: 1) Zlostavljane i zanemarene bebe imaju poteškoće da „izmame“ senzitivnu i respozivnu brigu i zaštitu; 2) Hranitelji imaju tendenciju da reaguju „prirodno“, kada se beba ponaša kao da joj hranitelj ne treba, i hranitelj se ponaša na distanciran način; 3) neki hranitelji nisu negujući i takve bebe su pod rizikom da razviju dezorganizovane obrasce afektivnog vezivanja.

Intervencije koje se koriste u okviru ovog programa pomažu hraniteljima da uvide da su potrebni detetu, čak i kada detetovo ponašanje govori suprotno, kao i da odgovore na negujući način i ako im se to čini neprirodnim. Time se pruža podrška detetu da razvije kapacitete samoregulacije na bihevioralnom i neuroendokrinom nivou (Dozier i sar., 2002). Hranitelji se usmeravaju i uče da 1) Reinterpretiraju detetove signale, jer su oni drugačiji od uobičajenih signala zbog separacije i nepovoljnih iskusustava sa primarnim odgajateljem; 2) Prevaziđu poteškoće u pružanju adekvatne brige i nege kada je dete uznemireno, što može biti veoma zahtevno. 3) Obezbede predvidljivo okruženje za dete koje je i izrazito osetljivo i reaktivno u odnosu na signale koje dete šalje.

Savetodavni rad sa hraniteljicama se sprovodi tokom 10 sastanaka u njihovoj kući. Svaka kućna poseta podrazumeva obradu nove teme, pri čemu su sve zajedno usredsređene na obezbeđivanje respozivnog interpersonalnog odnosa i predvidive sredine. Svaki sastanak traje 60 minuta i sastoji se od dva setinga. Tokom jednog je prisutno dete, a tokom drugog su samo trener i hraniteljica. Prvi seting omogućava probu i vežbanje veštine koja se uvodi tokom tog sastanka, a drugi daje mogućnost hraniteljici da razmišlja kroz nove koncepte i da u potpunosti bude usredsređena na sebe i svoja osećanja. Tokom ovog programa hranitelji imaju priliku da razgovaraju o poteškoćama sa kojima se suočavaju brinući o detetu, da kroz role-play sa trenerom vežbaju različite situacije, sprovode novu veštinu, kao i da između

sastanaka nastave sa vežbom kroz domaće zadatke. Treneri mogu biti i profesionalci i hranitelji, ali je važno da to budu osobe koje imaju iskustvo u radu sa bebama na hraniteljstvu. Pre nego što počnu da sprovode program i oni sami prolaze kroz trening, prvo kao i da su sami hranitelji, zatim kao treneri u svojoj trening grupi, a nakon toga stečena znanja i veštine sprovode u realnim situacijama uz intenzivnu superviziju na sastancima jednom nedeljno.

Po autorima program je prvenstveno pogodan za one hranitelje koji će se dugoročno brinuti o detetu ili nameravaju da ga usvoje, jer su takvi hranitelji motivisani da učestvuju u programu i da ulože dosta truda u podizanje kvaliteta odnosa sa detetom (Dozier i sar., 2002).

Grupni treninzi za hranitelje i usvojitelje za decu sa problemima afektivne vezanosti. „Afektivna vezanost za hraniteljstvo i usvojenje“ autorki Mary Beek i Gillian Schofield (2006) je trenig program „terapeutskog roditeljstva“. Cilj programa je da pomogne učesnicima da definišu i bolje razumeju prirodu odgajanja koja može da pomogne vulnerabilnoj deci da osele sigurnost i prevaziđu zastoje u razvoju koji su nastali kao posledica iskustva izrazito nesenzitivnog i ugrožavajućeg roditeljstva. Program se sastoji od 6 modula:

Modul-1 obrađuje ključne koncepte teorije afektivne vezanosti, kao što su sigurna baza i unutrašnji radni modeli. Za ilustraciju ovih koncepata koriste se video zapisi i studije slučaja kako bi se objasnilo formiranje sigurnih i nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti i uticaj nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti na detetovo ponašanje kada uđe u hraniteljsku ili usvojiteljsku porodicu.

Modul 2 kratko predstavlja 5 dimenzija senzitivnog roditeljstva koje su značajne u obezbeđivanju i podsticanju sigurnih afektivnih veza: 1) Biti dostupan-pomoći detetu da veruje; 2) Odgovoriti senzitivno – pomoći detetu da upravlja osećanjima i ponašanjem; 3) Prihvatanje deteta – pomoći detetu da gradi samopoštovanja; 4) Kooperativno odgajanje – pomoći detetu da se oseća efikasno i 5) Podsticanje porodičnog članstva – pomoći detetu da razvije osećanje porodične pripadnosti.

U *modulima od 2 do 6* se razmatra svaka od ovih dimenzija uz primenu „ciklusa roditeljstva“ koji je prikazuje figura br.1. Po autorima proces željene promene detetovog ponašanja i razmišljanja započinje u svesti odgajatelja. Način na koji odgajatelj misli i oseća se u vezi detetovog ponašanja određuje roditeljsko ponašanje. Dalje, roditeljsko ponašanje šalje važnu poruku detetu, a detetovo razmišljanje i osećanja su pod uticajem tih poruka i kao posledicu imaju uticaj na detetovo ponašanje i razvoj. Vežbe unutar modula 2 do 6 su tako

osmišljene da prorađuju svaku fazu ciklusa roditeljstva: kako senzitivni roditelj razmišlja, oseća se i reaguje i kakav to efekat ima na detetovo ponašanje, razmišljanje i osećanje.

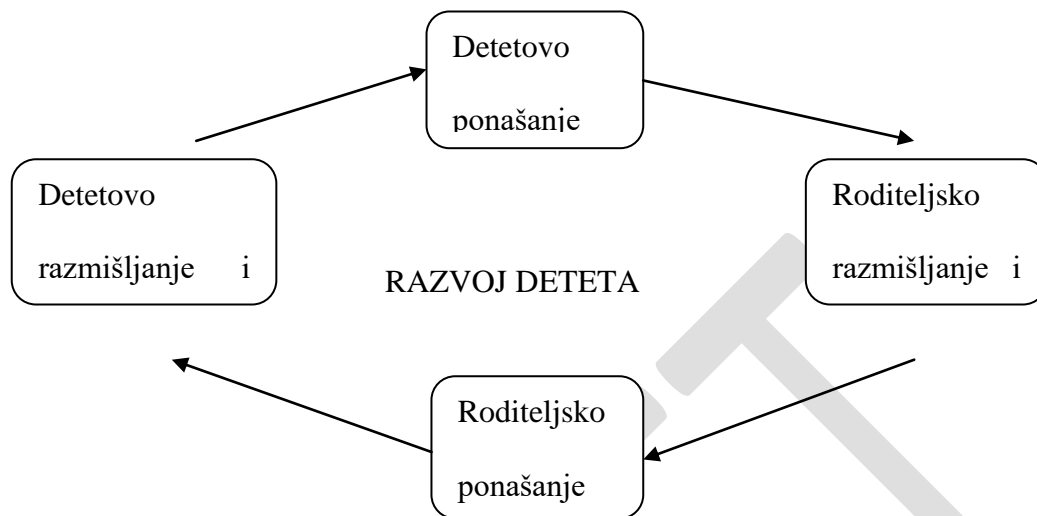


Figura br.1 Ciklus roditeljstva (preuzeto i adaptirano iz Beek, Shofield, 2006, str.1)

„Negovanje afektivnih veza“ („Fostering Attachment“ grup) autorke Kim Golding (2014) je još jedan grupni program podrške hraniteljima, usvojiteljima i deci o kojoj su preuzeli brigu, zasnovan na teoriji afektivne vezanosti i socijalnom učenju. Njegov cilj je da uz pomoć navedenih teorija odgajatelji razviju specijalizovane veštine kako bi podržali razvoj dece sa problemima afektivne vezanosti. Program se sastoji iz tri modula od po 6 radionica, od kojih svaka traje oko dva, dva ipo sata. Radionice se organizuju na nedeljnom nivou, tako da program sproveden u celini traje 18 nedelja. Pored upoznavanja sa osnovnim konceptima teorije afektivne vezanosti i uticajem gubitaka i traume na afektivne veze i razvoj deteta, učesnici se upoznaju sa modelom roditeljstva, nazvanim „Model kuće roditeljstva“ („The House Model of Parenting“). On predstavlja vodič kako pomoći detetu da doživi porodicu kao sigurnu bazu iz koje može da istražuje i uči, i da joj se kada je potrebno vrati kako bi dobilo negu i utehu. Dimenzije tog modela roditeljstva uključuju *empatiju* za dete; *podešenost* roditelja unutrašnjem iskustvu deteta, kao i njegovom ponašanju, što pomaže detetu da razvije kapacitet za regulaciju emocija i sposobnost da bude reflektivno; važno je da roditelji obezbede pozitivnu *porodičnu atmosferu*, koja podrazumeva da nauče kako da ne budu uvučeni u ponovno odigravanje detetovih ranih iskustava; u takvoj atmosferi deca mogu početi da osećaju *prispadnost* porodici i uživaju sa članovima porodice; roditelji treba da

nauče i da se *brinu o sebi*, nađu vremena za odmor i relaksaciju, razumeju sopstvene reakcije kako bi izbegli emocionalno iscrpljivanje; sa sigurnom bazom u svom domu, roditelji *grade relacije* sa detetom i pomažu mu da *uživa u relaciji* sa članovima porodice i vršnjacima; emocionalna angažovanost i dostupnost roditelja se obezbeđuje pomoću *razigranosti, prihvatanja, radoznalosti i empatije*; sigurnost i poverenje raste sa prikladnim stepenom *strukture i supervizije* koje prate individualne potrebe deteta; roditelji *izbegavaju konfrontiranje* i neguju umirujući, empatični odgovor na dečije ponašanje. Krov modela kuće roditeljstva predstavlja *upravljanje dečijim izazovnim ponašanjem*; roditelji uče da razumeju razmišljanja, osećanja i ponašanja deteta i pomognu detetu da napravi izbor korisnih ponašanja i uživa u nagradi.

Na radionicama putem vežbi hranitelji i usvojitelji usvajaju i razvijaju praktične strategije koje doprinose građenju sigurnosti i poverenja kod deteta, izgrađivanju relacija, razvijanju odećanja porodične pripadnosti, kao i strategije disciplinovanja. Primenuje se kombinacija psihoedukacije, diskusije u malim ili većim grupama, role-play-a i vođenja reflektivnog dnevnika.

Hraniteljske porodice u drugim sistemima koji pružaju savetodavnu pomoć. Kao deo sistema socijalne zaštite dece bez roditeljskog staranja, hraniteljske porodice dobijaju kontinuiranu savetodavnu pomoć i podršku. Međutim, upućene su i na druge institucije koje pružaju ovu uslugu, najčešće u situacijama kada potrebna pomoć u brizi oko deteta izlazi van okvira kompetencija savetnika za hraniteljstvo. Usluge savetovanja im povremeno pružaju stručnjaci zdravstvenog sistema (psihijatri, psiholozi, defektolozi, logopedi, psihoterapeuti i dr.) ili iz obrazovanja (stručni saradnici u predškolskim ustanovama ili pedagozi i psiholozi u školi). Hranitelji u zdravstvene institucije odlaze najčešće kada dete na smeštaju ima razvojne smetnje ili poteškoće mentalnog zdravlja, dok pedagoško-psihološke službe obrazovnog sistema rade sa njima zbog problema u učenju ili ponašanju u predškolskoj i školskoj sredini.

Veoma retko se hraniteljske porodice uključuju u intenzivnije forme savetovanja ili porodičnu psihoterapiju kada je ona idikativna usled prisutnih problema u relaciji sa detetom. Jedan od razloga leži u okolnosti da nije uvek moguće obezbediti potreban nivo motivisanosti hranitelja da zbog deteta na smeštaju napravi značajnije promene u funkcionisanju svoje porodice. U praksi je sagledano da kada problemi u relaciji sa detetom kulminiraju, ili je ponašanje deteta za hranitelje potpuno neprihvatljivo, može doći do slabljenja motivacije da se na dalje o njemu brinu i u tim situacijama češći ishod je da hranitelji zatraže da dete izađe iz njihove porodice. Zbog toga je rad sa hraniteljskim porodicama tako osmišljen da se

značajna pažnja posvećuje selekciji kako bi se regrutovale kompetentne porodice sa razvijenim odgajateljskim veštinama i dobrim resursima za rešavanje problema, brižljivo planiranoj pripremi, a zatim i kontinuiranoj podršci i edukaciji u razvoju potrebnih hraniteljskih kompetencija. Drugim rečima, rad je više preventivni i edukativni, nego terapijski.

Stručnjaci izvan sistema socijalne zaštite u različitom stepenu prepoznaju specifičnosti funkcionisanja hraniteljske porodice, što donekle otežava pružanje adekvatne podrške. Pravi, efikasan pristup bi morao da uzme u obzir o kakvom vidu roditeljstva je reč, diskontinuitet odnosa hranitelja i deteta i privremenost njihove relacije. Isto tako, potrebno je da stručnjaci uzmu u obzir specifične poteškoće koje ispoljavaju deca na hraniteljstvu poput poteškoća i poremećaja afektivne vezanosti.

Zbog toga je važno da stručnjaci izvan sistema socijalne zaštite koji pružaju usluge savetovanja i psihoterapije detetu i hraniteljskoj porodici, steknu specijalizovana znanja u vezi razvojnih problema i problema mentalnog zdravlja dece na hraniteljstvu, kao i dinamike funkcionisanja ovog tipa porodičnog sistema. To bi doprinelo da deca na smeštaju i njihovi hranitelji dobiju adekvatniju i efikasniju pomoć i podršku.

Literatura:

- Beek, M. & Shofield, G.(2006). *Attachment for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23 (5), 541-554.
- Fahlberg, V. (1991). *A child's journey through placement*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- FICE Srbija (2008). PRAJD program za hranitelje i usvojitelje:Resursi za roditeljstvo-informacije, razvoj, obrazovanje. *Nepublikovan radni materijal*.
- Golding, K.S. (2008). *Nurturing attachments: Supporting children who are fostered and adopted*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Golding, K.S. (2014). *Nurturing attachments:Training resource*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hadžović, Lj., Tekić, V., Grujić, D., i Ivanišević, Lj. (2008). *Program pripreme budućih hranitelja "Sigurnim korakom do hraniteljstva":Priručnik za trenere*. Beograd: Ministarstvo rada i socijalne politike.
- Haugaard, J., & Hazan, C. (2002). Foster parenting. In M.H. Bornstein (Ed.). *Handbook of Parenting: Children and Parenting* (pp. 313-327), 2nd Edition, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Lawrence, C.R., Carlson, E.A. & Egeland B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Pilowsky, D. (1995). Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services*, 46 (9), 906-910.

- Porodični zakon Republike Srbije, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 18/2005 i br. 72/2011.
- Pravilnik o hraniteljstvu, *Službeni glasnik Republike Srbije*, broj 36/2008.
- Quinton, D. (2004). *Supporting parents: Messages from research*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Schofield, G. & Beek, M.(2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Tarren-Sweeney, M., & Hazzel, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42, 89-97.
- Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 24/2011.

OBLICI I PRINCIPI SAVETODAVNOG RADA SA USVOJITELJSKIM PORODICAMA U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE

Olivera Isaković

Vesna Šilić

Centar za socijalni rad, Grada Novog Sada

Usvojenje je oblik porodično-pravne zaštite, definisan Porodičnim zakonom Republike Srbije (2005) i predstavlja zakonski način da punoletne osobe (supružnici, nevenčani partneri ili pojedinac) postanu roditelji maloletnom detetu koje nije njihovo biološko. Usvojiti se može mlt. lice do navršene 18. godine života, a starosna razlika između usvojenika i usvojitelja ne sme biti manja od 18, niti veća od 45 godina (Porodični zakon Republike Srbije, 2005). Usvojitelji mogu biti venčani i nevenčani parovi ili pojedinci, a u ređim slučajevima se kao usvojitelji sreću i zakonski ili vanbračni partneri biološkog roditelja deteta, ukoliko je drugi roditelj preminuo ili je trajno lišen roditeljskog staranja. Da bi postupak usvojenja otpočeo potrebno je da dete poseduje podobnost za usvojenje (porodično-pravni status koji to dokazuje), kao i da potencijalni usvojitelji poseduju opštu podobnost za usvojenje. Postupak usvojenja pokreće i sprovodi organ starateljstva, tj. nadležni centar za socijalni rad, tako što za dete čiji porodično-pravni status to dozvoljava i ukoliko je to u najboljem interesu deteta, traži i odabira najadekvatniju usvojiteljsku porodicu. Pojedinci ili parovi koji su stekli podobnost za usvojenje nalaze se u Jedinstvenom registru usvojiteljskih parova koje vodi i ažurira resorno ministarstvo, na osnovu koga se vrši izbor potencijalnih usvojitelja za konkretno dete. Izbor budućih roditelja podrazumeva znatno više aktivnosti od samog uvida u registar. Nakon odabira svih onih parova koji po globalnim karakteristikama odgovaraju potrebama deteta (taj broj nije ograničen i može biti izabrano i više desetima parova), stručni tim (pravnik, socijalni radnih, psiholog, pedagog) koji je zadužen za usvojenje konkretnog deteta se detaljno upoznaje sa nalazima i mišljenjima koji su sačinjeni prilikom procene opšte podobnosti, a potom se obavljaju i individualnu razgovore sa potencijalnim usvojiteljima. Tom prilikom usvojitelji se detaljnije informišu o detetu i mogu da odluče da li i dalje žele da ostanu u proceduri. Organ starateljstva vrši konačni izbor potencijalnog usvojiteljskog para, nakon čega je moguće isplanirati i organizovati prvi kontakt deteta i usvojitelja i naredne susrete, nakon kojih će (najverovatnije) biti ostvareni

uslovi za prelazak deteta u porodicu budućih usvojitelja. Period uzajamnog prilagođavanja je vremenski rok u okviru koga se prati i procenjuje tok uzajamne adaptacija deteta i usvojitelja i on traje do šest meseci (Porodični zakon Republike Srbije, 2005). Tokom perioda prilagođavanja usvojiteljska porodica kontaktira sa osobama iz centra za socijalni rad (ili centra za porodični smeštaj i usvojenje), koje su zadužene za podršku i praćenje. Nakon isteka ovog vremenskog perioda (tj. tokom njegovog trajanja) konstatuje se kvalitet brige o detetu, nakon čega je moguće pristupiti usvojenju. Sam čin usvojenja sprovodi organ starateljstva koji je i pokrenuo usvojenje, tj. onaj koji je mesno nadležan za dete. Nakon usvojenja podaci o usvojiteljima i detetu se dostavljaju matičarskoj službi koja vrši izmene u detetovom izvodu iz knjige rođenih, te u rubriku koja sadrži podatke o roditeljima upisuju ime i prezime usvojitelja. Nakon čina usvojenja, status usvojiteljske porodice je u svakom smislu izjednačen sa statusom biološke porodice, a prava i obaveze adoptivnih roditelja se ne razlikuju od onih koje imaju biološki roditelji. Samim usvojenjem, usvojiteljska porodica prestaje da bude deo sistema socijalne zaštite, te centar za socijalni rad nema više ovlašćenja ni obaveze kojim bi ovu porodicu tretirao drugačije od bilo koje porodice iz opšte populacije u odnosu na koju se ne vodi neki od postupaka i usluga u ovoj ustanovi. Tek ukoliko je porodici iz bilo kog razloga potrebna pomoć, samostalno ili po prijavi neke od nadležnih institucija, ona može ponovo postati korisnik usluga socijalne zaštite.

Iako je bez empirijskih podataka na domaćoj populaciji nezahvalno i teško generalizovati bilo koji od opisa koji se odnosi na grupu ljudi koja varira u odnosu na pol, uzrast, demografske karakteristike, te ličnu i porodičnu funkcionalnost, možemo da kažemo da su usvojitelji najčešće parovi (i tek u maloj meri pojedinci) koji su u višegodišnjoj vezi ili braku, tokom koje se nisu ostvarili u ulozi bioloških roditelja. Istraživanje sprovedeno u Kanadi pokazuje da su usvojitelji u značajnoj meri visokoobrazovani, da imaju adekvatna primanja i da poseduju nekretnine (Bramlett, Radel, & Blumberg, 2007). Mnogi od njih su tokom niza godina u okviru medicinskog sistema dijagnostikovali i lečili bračni sterilitet, a određen broj je prolazio i kroz procedure (neuspešne) vantelesne oplodnje. Jedna studija pokazuje da su svih osam intervjuisanih parova odluku za usvojenje doneli zbog infertiliteta (McKay & Ross, 2010). Usvojitelji se na putu do roditeljstva susreću sa brojnim preprekama i izazovima (Fontenton, 2007; McKay & Ross, 2010). Prilikom apliciranja za dobijanje podobnosti za usvojenje, određen broj parova je već doneo odluku da prestane sa daljim pokušajima dobijanja biološkog deteta, dok neki od njih i dalje pokušavaju da i na ovaj način postanu roditelji. Među usvojiteljima se sreću i oni koji se nikada nisu odlučili na asistiranu oplodnju ili druge vidove lečenja, kao i parovi sa biološkom decom. Iako nije teško zaključiti

koliko je važno da parovi i pojedinci koji se tokom niza godina leče od neplodnosti dobiju i adekvatnu stručnu pomoć i podršku u tom trenutku, ona još uvek nije ugrađena u usluge zdravstvenog, niti bilo kog drugog sistema, što znači da ne postoje specijalizovani i akreditovani programi savetovanja za osobe koje se susreću sa gubitkom i drugim kriznim stanjima prilikom nastojanja da dobiju dete asistiranim putem. Neuspešne postupke lečenja neretko karakteriše dugotrajnost, stalna strepnja i zabrinutost, preispitivanje i osećanje krivice, kao i podvrgavanje lekovima koji mogu ostaviti akutne ili hronične posledice na zdravlje žene.

Dakle, u trenutku kada podnosi zahtev za dobijanje usvojiteljske podobnosti, potencijalni usvojiteljski par (ili pojedinac) je prošao kroz brojne formalne i neformalne situacije i probleme vezane za nerealizovano roditeljstvo. Njihova zajednička karakteristika je to da su svi oni doneli odluku da oprobaju mogućnost alternativnog roditeljstva, a i u ovom procesu su najčešće bili prepušteni sami sebi, bez podrške i informisanja od strane stručne osobe. O samom usvojenju budući usvojitelji prikupljaju podatke na različite načine, najčešće preko interneta ili kroz razgovore sa osobama koje su već usvojile decu. Dolaskom u ustanovu kojoj je dodeljen mandat za obavljanje ovih poslova oni imaju priliku da se detaljno informišu i orijentišu u odnosu na to šta ih sve očekuje ukoliko odluče da postanu usvojitelji, od procene podobnosti, do samog zasnivanja usvojenja. Savetodavni rad sa usvojiteljima u okviru sistema socijalne zaštite (a to su centri za socijalni rad i centri za porodični smeštaj) sprovodi se u različitim životnim fazama usvojiteljske porodice, pa je tako moguće izdvojiti tri oblika:

- Prilikom procene podobnosti usvojitelja
- Tokom praćenje perioda uzajamnog prilagođavanja
- Rad sa porodicom nakon zasnovanog usvojenja

Procena podobnosti usvojitelja

Tokom procene podobnosti usvojitelja, uloga stručnjaka koji rade sa usvojiteljskom porodicom je dvojaka. Oni procenjuju kapacitete porodice za adoptivno roditeljstvo, a pored toga informišu kandidate i pružaju podršku tokom obrade tema koje su emotivno zahtevne i koje se bave pitanjima nemogućnosti ostvarenja biološkog roditeljstva, doživljaja gubitka, iskustvima dece ranog uzrasta koja potiču iz disfunkcionalnih porodica i sl. U Srbiji je procena podobnosti budućih usvojitelja organizovana preko tri aspekta. Prvi podrazumeva proveru zakonskih uslova (Porodični zakon Republike Srbije, 2005) i to su to su poslovi koje obavlja pravnik organa starateljstva. Nakon toga članovi stručnog tima, tj. psiholog, socijalni

radnik i pedagog procenjuju sve bitne karakteristike pojedinaca i para, koje su relevantne za usvojenje. Ovde spada procena materijalnih i stambenih prilika, iskustva odrastanja, funkcionisanja na planu ličnosti, partnerskom nivou, motivacije za usvojenje, roditeljski kapaciteti i sl. Treći aspekt procene usvojiteljskih porodica sprovodi se kroz „Program pripreme i obuke za usvojenje“ koji je za sve usvojitelje (čl. 102, st.1, Porodični zakon Republike Srbije, 2005), a organizovan je tako da istovremeno informiše i ostavlja prostor za grupne i individualne procese, kroz koje učesnike programa vode edukatori. Do sada nisu sprovedene sistematske evaluacije ovog programa, ali se na internim evaluacijama usvojitelji pozitivno izražavaju i ističu njegov značaj i korisnost. Pored sadržaja i grupne atmosfere, veoma je važan i formata rada i pristup voditelja grupe koji treba da bude topao i podržavajući. Podaci jedne studije govore o tome da se na putu ka adoptivnom roditeljstvu usvojitelji suočavaju sa različitim izazovima, poput: strahova i anksioznosti povezanih sa odgovornošću u novoj ulozi, nedostatka informacija i iskustava u brizi o deci, doživljaja izolovanosti i nedostatak socijalne podrške, kao i vlastitih očekivanja da budu „savršeni roditelji“ (McKay & Ross, 2010). Dobro je da osobe koje vode program imaju višegodišnje iskustvo u radu sa usvojiteljima, da poseduju formalna i praktična znanja o samom postupku usvojenja, kao i veštine vođenja i rada u grupi, te da su ovladale oblastima razvojne psihologije, sistemske porodične teorije, teorije afektivne vezanosti, procesom gubitka i žalovanja i dr. Potencijalnim usvojiteljima program pripreme pruža mogućnost da se detaljno informišu o usvojenju i da pokrenu procese samoprocene koji će im omogućiti da bolje sagledaju vlastitu odluku i motivaciju, kao i izazove koje sa sobom nosi adoptivno roditeljstvo. Sa druge strane voditeljima grupe omogućava da procene spremnost porodice (i svakog pojedinca) da revidira svoje inicijalne želje i predstve o usvojenju, da ih prilagodi objektivnim okolnostima i prezentovanim činjenicama, tj. da se orijentiše na osnovu podataka i informacija koje su dobili. Teme koje se obrađuju su sledeće: (1) Šta treba znati o usvojenju, (2) Motivi za usvojenje deteta i stabilnost odluke o usvojenju, (3) Karakteristike deteta koje odlazi na usvojenje, (4) Razvoj i potrebe deteta za usvojenje, (5) Detetova prošlost, identitet i druga pitanja vezana za usvojenje i (6) Dolazak deteta porodicu (Pravilnik o programu pripreme za usvojenje, 2005). Cilj prve radionice „Šta treba znati o usvojenju“ je da budući usvojitelji bolje razumeju usvojenje, tj. da usvoje nove relevantne informacije i upotpune prethodna znanja. Sadržaji i zadaci ove radionice pored proširivanje znanja o usvojenju usmereni su i na prorađivanje dosadašnjih iskustava usvojitelja, upoznavanje sa pravima i dužnostima budućih usvojitelja, kao i upoznavanje sa celokupnim postupkom usvojenja. Cilj drugog tematskog bloka „Motivi za usvojenje“ je da se kandidati detaljnije pozabave

vlastitom motivacijom za usvojenje i da je dodatno ispituju. Sadržaji i zadaci ove tematske celine su usmereni na razradu motiva za roditeljstvo, posebno motiva za adoptivno roditeljstvo u kontekstu dosadašnjih iskustava tokom pokušaja ostvarivanja biološkog roditeljstva, te prepreka i problema sa kojima se usvojitelji najčešće suočavaju. Treća tema, "Karakteristike deteta za usvojenje", ima za cilj proširivanje znanja o porodici porekla i razlozima zbog kojih deca najčešće ne ostaju da žive sa svojim porodicama. Pored toga na ovoj radionici se diskutuje i o podacima o detetu i njegovoj porodici koji će budućim usvojiteljima biti od značaja u narednoj fazi, tj. tokom razgovora sa stručnjacima prilikom izbora porodice za konkretno dete. U okviru četvrtе teme, "Razvoj i potrebe deteta", budući usvojitelji se informišu o razvoju u neadekvatnim okolnostima, kao i o potrebama deteta sa ranim nepovoljnim iskustvima. Sadržaji ove radionice su prevashodno usmereni na razumevanje potreba dece različitog uzrasta koja su odrastala u neadekvatnim i deprivirajućim uslovima i čiji primarni odgajatelji su se menjali. Zadatak ove tematske celine, pored proširivanja znanja o faktorima koji mogu nepovoljno uticati na razvoj, je i razumevanje načina i mogućnosti za prevazilaženje poteškoća i umanjivanja posledica nepovoljnog iskustva tokom odrastanja. U okviru pete teme "Detetova prošlost, identitet i druga pitanja vezana za usvojenje" budućim usvojiteljima se predočava važnost tema vezanih za detetovo poreklo i njihova uloga u formiranju detetovog identiteta. Sadržaj i zadaci ovog tematskog bloka su definisani pravom usvojenog deteta da zna istinu o svom poreklu, odnosno važnošću rada na životnoj priči i povezivanju prošlosti, sadašnjosti i budućnosti u koherentnu celinu. Usvojitelji ističu da im je posebno značajna radionica koja se bavi pričom o usvojenju, tj. mogućim i preporučenim načinima saopštavanja činjenica o poreklu i identitetu. Cilj šeste tematske celine, "Dolazak deteta u porodicu", je da pripremi buduće usvojitelje za prve kontakte sa detetom, odnosno za dolazak deteta u porodicu. Sadržaji i zadaci u okviru ove teme su usmereni na smanjenje broja mogućih stresnih i nepredviđenih događaja, kako bi usvojitelji u potpunosti mogli da se posvete detetu koje prelazi iz jedne porodice u drugu, koje tuguje za prethodnim odgajateljima i koje se adaptira na novu sredinu i nove roditelje. Nagla i iznenadna promena kada se postane roditelj „preko noći” iziskuje snažno angažovanje ličnih, partnerskih i širih porodičnih resursa, tako da usvojenje podrazumeva i adaptaciju roditelja na dete i novonastale okolnosti, pa je i ovom aspektu usvojenja poklonjena pažnja tokom ove radionice.

Uobičajeno je da želje i predstave potencijalnih usvojitelja inicijalno budu idealizovane (npr. urast, poreklo i karakteristike deteta koje žele da usvoje, koliko brzo će usvojiti dete i sl.), ali ukoliko se par tokom programa pripreme „ne pomeri” i ne prihvati

prezentovane informacije kao relevantne, onda je neophodno obaviti dodatne (individualne) razgovore ili paru predložiti savetovanje i/ili terapiju van ustanove u kojoj se obavlja procena opšte podobnosti. Višegodišnja praksa pokazuje da je grupni *oblik* rada sa usvojiteljskim porodicama tokom programa pripreme i obuke adekvatan i preporučen pristup. Na ovaj način dinamika grupe pruža mogućnost susreta sa osobama koje imaju slična iskustva, razmenu i diskusija koja podstiče koheziju, pa se neretko dešava da i nakon završenog programa usvojitelji ostaju u međusobnom kontaktu, što za njih predstavlja značajan nivo podrške, pogotovo kada dete dođe u porodicu. *Princip* rada sa usvojiteljima prilikom sprovođenja programa pripreme baziran je na osnovama edukativnog i savetodavnog rada u grupi. Preporučeno je da grupa ima dva voditelja, koji prezentuju relevantne informacije i prate grupni proces od početka do kraja, nakon čega sačinjavaju izveštaj. Oni istovremeno informišu i podučavaju, te odgovaraju na potrebe pojedinca i grupe (u vezi sa temom i sadržajem), vodeći računa da svi članovi dobiju optimalan prostor i vreme za iznošenje vlastitog mišljenja, iskustva i postavljanja pitanja. Podsticanje diskusije i razmene među članovi doprinosi boljoj dinamici i koheziji grupe, kao i različiti oblici radioničarskog rada i vežbi koje povremeno mogu biti usmerene i na druge ciljeve (upoznavanje, predstavljanje, posredno iznošenje mišljenja i sl.), a ne isključivo na obradu programom predviđenih sadržaja. Očekivano je da tokom programa pripreme za usvojenje, usvojitelji: (1) povećaju nivo znanja o usvojenju, tj. o zakonskim osnovama i samoj proceduri, (2) preispitaju zrelost odluke i motivacije za usvojenje, (3) steknu realnu predstavu o deci za usvojenje i njihovim porodicama porekla, (4) steknu osnovne informacije o razvoju, razvojnim krizama i adekvatnom zadovoljavanju potreba deteta, (5) povećaju nivo razumevanja i senzitivnosti za specifične zadatke koji ih očekuju u usvojiteljskoj ulozi i (6) pokažu spremnost za prihvatanje deteta u porodicu (Pravilnik o programu pripreme za usvojenje, 2005).

Tokom programa pripreme budući usvojitelji se upoznaju sa celokupnim postupkom usvojenja. Na taj način procedura koja ih očekuje postaje predvidiva (u onoj meri u kojoj je to moguće), a to bi trebalo da redukuje nivo anksioznosti, strahova i nedovoljno jasnih ili konfuznih informacija. Edukativno-savetodavni pristup omogućava da program pripreme pored novih informacija dovede do pokretanje procesa koji bi trebalo da doprinesu većoj ličnoj i partnerskoj spremnosti za donošenje *informisane odluke*. Ova odluka podrazumeva uzimanje u obzir svih specifičnosti adopcije i spremnosti prihvatanja roditeljstva u odnosu na dete koje je različito od njih. Inicijalna želja i potreba sa kojom usvojitelji ulaze u postupak procene podobnosti se neminovno pomera u drugi plan, jer se dete „stavlja u centar“, te njegove potrebe postaju primarne. Dobrim razumevanjem razlike između biološkog i

adoptivnog roditeljstva, budući usvojitelji pokazuju emotivnu spremnost da neguju i podižu dete koje nije alternativna njihovom nerođenom biološkom detetu, nego dete koje je do dolaska u novu porodicu ponelo različita iskustva, od kojih mnoga spadaju u red onih za čije prevazilaženje je potrebna pomoć i podrška važnih osoba iz okruženja. Detetov rani razvoj i nedostatak važnih informacija iz tog perioda, odvajanje od biološke majke i drugih važnih osoba, boravak u hraniteljskoj porodici ili ustanovama za decu, zakonska obaveznosti saopštavanja detetu da je usvojeno, te važnost očuvanju veza sa osobama iz detetove prošlosti (npr. hranitelji ili siblizi), predstavljaju značajne teme koje ne gube na važnosti protokom vremena i detetovim odrastanjem. Odluka za usvajanje je odluka za ceo život i zbog toga je dobro da budući usvojitelji budu adekvatno upoznati i pripremljeni za brojne izazove i zahteve koji će se naći pred njima. Naša praksa pokazuje da je predstavljanje porodice sa ostvarenim adoptivnim roditeljstvom na završnoj sesiji dobar način da buduću usvojitelji dobiju odgovore „iz prve ruke“. Na osnovu dosadašnjeg iskustva moguće je reći da se „stari“ usvojitelji rado odazivaju kao gosti programa pripreme za usvojenje, dok budući usvojitelji kao najupečatljivije utiske iznose upravo mogućnost razgovora sa osobama koje su prošle kroz ceo proces i koje mogu da im prenesu vlastito iskustvo. Pored toga, tokom trajanja celokupnog programa vredan resurs informacija predstavljaju iskustva iz prakse i različite studije slučaja koje pomažu da prezentovane informacije budu jasnije i upečatljivije.

U svakoj od pomenutih faza procene podobnosti, od profesionalaca koji rade sa budućim usvojiteljima se očekuje da vešto balansiraju između objektivne procene i podrške. Važno je još jednom napomenuti da se niz radnji koje prethode samom usvojenju, u koje sa jedne strane spadaju postupci u određivanju najadekvatnijeg oblika zaštite za dete, a sa druge postupak dobijanja podobnosti za usvojenje budućih usvojitelja, rukovode najboljim interesom deteta. To znači da oni parovi koji ne pokažu optimalan nivo spremnosti za adoptivno roditeljstvo i iza čije odluke ne stoji adekvatna motivacija, ne mogu da dobiju podobnost za usvojenje. Podrška i usmeravanje kao deo postupka pripreme i obuke jasno su ograničene na uobičajene i očekivane procese, strahove, anksioznost, nejasnoće i nedoumice u vezi usvojenja. Za neke osobe prezentovane činjenice i neizvesnost koja ih očekuje po pitanju krajnje realizacije adoptivnog roditeljstva, predstavljaju izvor stresa sa kojim se teško nose. Pogrešno je da pojedinci ili parovi očekuju da će u okviru programa pripreme i obuke dobiti podršku koja će im pomoći da uspešno prevaziđu krizu. Od budućih usvojitelja se očekuje da poseduju lične kapacitete za uvremenjeno i efikano rešavanje različitih pitanja i problema, kao i da su sposobno da se nose sa situacijama koje nisu ranije imali u iskustvu. Za osobe koje procenjuju da im postupak procene indukuje stres, čiji nivo prevazilazi njihove

lične snage i uobičajene strategije prevladavanja, je dobro da to saopšte profesionalcima kako bi im se posvetila pažnja na individualnim sastancima, ili da bi bili upućeni na dalju prorađu tog iskustva van ustanove socijalne zaštite. Podobnost za usvojenje je svojevrsna garancija socio-emocionalne stabilnosti i adekvatne senzitivnosti budućih usvojitelja za šarolike potrebe deteta i izazove koje sa sobom nosi adoptivno roditeljstvo.

Praćenje perioda uzajamnog prilagođavanja

Ulaskom deteta u porodicu potencijalnih usvojitelja počinje period uzajamnog prilagođavanja. Uloga stručnih radnika u centru za socijalni rad je da tokom ovog perioda redovno kontaktiraju sa porodicom, da prate i procenjuju njihov kapacitet za brigu o konkretnom detetu, ali prevashodno da pružaju savetodavne usluge koje zavise od potreba usvojitelja i deteta. Prilikom prethodno opisanog grupnog edukativno-savetodavnog rada, tokom programa pripreme za usvojenje, polaznici su senzibilisani po pitanju iskustava i potrebe dece koja su kraći ili duži period boravila u disfunkcionalnim porodicama. Ipak, primeri iz prakse i prepričana iskustva ne mogu biti u potpunosti primenjeni i dovoljni u trenutku kada potencijalni usvojitelji postaju porodica sa detetom. Zbog toga je važno da ih kroz period prilagođavanja vodi i savetuje osoba koja dobro poznaje psihologiju razvojnog doba i teoriju afektivne vezanosti, sa svim specifičnostima odrastanja u nepovoljnim uslovima i/ili multiplim premeštajima. Neadekvatna briga i nega u okviru primarne porodice, multipli smeštaji (tj. premeštaji) i promene osoba zaduženih za brigu i staranje o detetu su sastavni deo iskustva dece koja odlaze na usvojenje, a ona imaju značajan uticaj na razvoj sigurne afektivne veze, tj. njegovo formiranje sa novim odgajateljima (Tracy & Ainsworth, 1981). Sve ove okolnosti i uslovi odrastanja u značajnoj meri utiču na funkcionalnost dece (Schofield & Beek, 2006, Tarren-Sweeney, 2008). Teorija afektivne vezanosti jasno i precizno konceptualizuje relaciju između kvaliteta brige i adaptiranosti već na najranijem uzastu i zbog toga predstavlja značajan resurs i referentni okvir za rad sa usvojiteljima i u ovoj fazi (Walker, 2008). Na koji način neadekvatna briga utiče na tip afektivne veze, najjasnije se vidi na primeru dece veoma ranog uzrasta. U intaktnim dijadama tip afektivne veze deteta zavisi od toga koliko je i na koji način majka (tj. primarni odgajatelj) dostupna i responsivna (Tracy & Ainsworth, 1981), što znači da će se sigurna afektivna veza razviti u situacijama i kojima majka adekvatno i uvremenjeno izlazi u susret bebinim potrebama, dok će se nesigurna veza formirati ukoliko je ona nedovoljno osetljiva na potrebe deteta, neadekvatno ih zadovoljava ili ih u potpunosti ignoriše. Kod beba koje su imale prekid veze sa majkom, a nakon toga smeštene u alternativnu porodicu (ili sukcesivno u više porodica) tip

afektivne veze ne zavisi samo od osobe koja aktuelno pruža negu i birgu, nego i od iskustava sa svim prethodnim osobama koje su se o njoj brinule (za pregled: Stoval & Dozier, 1998). Izmeštanje deteta iz disfunkcionalne porodice i prekid neadekvatnog obrasca brige nije dovoljno samo po sebi da bi se osigurao optimalan razvoj i formiranje sigurnog tipa afektivne veze između bebe i novih roditelja. U novim dijadama beba ima mnogo aktivniju ulogu, pa i u situacijama u kojima se o njoj brinu dovoljno senzitivni i posvećeni roditelji, prethodno formirani obrasci reagovanja (zaštitni mehanizmi) mogu odavati pogrešne informacije i samim tim uticati na interaktivni odgovor odraslih (za pregled: Stoval & Dozier, 1998). Iskustvo traume kod dece utiče na proces i kvalitet vezivanja sa novim roditeljima (Foli, Lim, South, & Sands, 2014). Pored nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti (Van Londen, Juffer, & van IJzendoorn, 2007) deca koja odlaze na usvojenje (u odnosu na decu iz bioloških porodica) imaju veće posebne zdravstvene potrebe i probleme koji mogu biti srednje do snažno izraženi, mogu pokazivati poteškoće u učenju, razvojna kašnjenja, kao i druge poteškoće na planu funkcionisanja (Bramlett et al., 2007). Upravo na ovom mestu uloga savetnika je veoma značajna, s obzirom da sa znanjima i iskustvima koje poseduje može da ukaže na adekvatne i senzitivne načine brige, istovremeno podučavajući usvojitelje konceptima koje će kasnije i sami moći da primenjuju. Podrška i dostupnost savetnika su u ovoj fazi je od izuzetne važnosti, jer se na taj način formira „sigurno okruženje“ za usvojitelje i šalje se poruka da su potencijalna pitanja, problemi i nedoumice uobičajeni na početku roditeljstva, te da su im pored savetnika na raspolaganju i drugi servisi u lokalnoj zajednici (domovi zdravlja, savetovališta i sl.). Zajednički cilj novih roditelja i profesionalaca iz socijalne službe je najbolji interes deteta, pa se u tom smislu može reći da su i usvojitelji i savetnici usmereni ka tome da period adaptacije i kriza koja prati prekid sa ranijim odgajateljima budu praćeni adekvatnim razumevanjem i reagovanjem, tj. da briga o detetu bude senzitivna. Slogan celokupnog postupka usvojenja glasi da je „dete u centru“, a da su odrasle osobe tu da se o njemu brinu sa aspekta njegovih potreba. Pored toga što brinu o potrebama deteta, savetnici su zaduženi za brigu o potrebama usvojitelja, pa se na taj način preko paralelnog procesa formira klima podrške i prihvatanja, koja treba da bude dostupna i odraslima i detetu.

Plan savetodavnog rada izrađuje se za svaku porodicu pojedinačno i u dogovoru sa njima. Podrška se direktno pruža usvojiteljima, a posredno detetu. Kontakti sa porodicom su obično češći u početku, a kasnije se plan tretmana revidira i usklađuje sa aktuelnim potrebama. U inicijalnoj fazi, savetnik se *pridružuje* porodici i svojim verbalnim i neverbalnim ponašanjem saopštava da je dostupan, da je tu za njih, pogotovo ako im je teško,

ako se osećaju nekompetentno, uplašeno ili inhibirano. Savetnik treba da bude dostupan i prihvatajući, tako da obezbeđuje kontekst „sigurnog okruženja“ za usvojitelje. Ovakvim pristupom usvojiteljima se omogućava da angažuju svoje resurse i da preko doživljaj sigurnosti, kroz podršku, budu na raspolaganju detetu i njegovim potrebama. *Procena i dijagnostika* se sprovode u okviru ove faze i služe za detaljno istraživanje detetovih aktuelnih ponašanja, ali i ranijih uslova života i konteksta odrastanja. Pored razgovora sa usvojiteljima, podatke je moguće prikupiti i od osoba koje su posredno ili neposredno brinule o detetu (socijalni radnici, hranitelji, vaspitači u ustanovi za decu). Naredna faza savetodavnog rada je usmerena na upoznavanje *načina* na koji usvojitelji *razumeju* probleme koje dete ispoljava, kao i *ponašanja* kojima pribegavaju u nameri da ih reše. Nakon toga, savetnik pomaže u istraživanju alternativnih objašnjenja detetovih ponašanja i njihovom povezivanju sa temama koje su obrađivane tokom programa pripreme, kao i njihovom produbljivanju. Pored toga savetnik demonstrira neke od novih i mogućih ponašanja, reagovanja i pristupa detetu kojima usvojitelji do sada nisu pribegavali. U narednoj fazi savetnik proverava kako i na koji način usvojitelji *prihvataju novi referentni okvir* razumevanja problema i novog načina rešavanja. Tome sledi praktična upotreba novousvojenih informacija na praktičnom nivou uz podršku i asistenciju savetnika. Završna faza savetodavnog rada sastoji se od evaluacije i upućivanja povratnih informacija usvojiteljima.

Terapeutsko roditeljstvo podrazumeva specifična znanja i veštine u nezi i brizi deteta sa traumatskim iskustvom, te njihovo praktikovanje u svakodnevnim situacijama. Ono prevazilazi kategoriju optimalnog ili „dovoljno dobrog“ i posebno je usmereno na građenje odnosa sa detetom, prilagođavanje njegovim bazičnim potrebama i responsivnost roditeljskih figura. Ovakav vid roditeljstva pomaže detetu da prevaziđe traumu ili gubitak, te da brojnim (neprijatnim) iskustvima da značenje. Uobičajena senzitivnost i toplina nekada nisu karakteristike koje pomažu u odgajanju deteta sa izraženijim smetnjama na planu funkcionalnosti (Rushton, 2003). Detetova ponašanja, pogotovo ako se radi o nešto starijem uzrastu mogu biti izazovna, teška za razumevanje i naizgled nekoregibilna, ukoliko se poseže za uobičajenim disciplinskim strategijama i vaspitnim stilovima. Sa jedne strane terapeutsko roditeljstvo počiva na snažnoj i zdravoj ličnosti roditelja, a na drugoj na njegovoj fleksibilnosti i spremnosti da uči, da se menja i prevazilazi svoja dosadašnja iskustva i znanja po pitanju roditeljstva. Maladaptivnost dece je najčešće posledica nepovoljnih uslova odrastanja, bolnih i teških iskustava, nedovoljne brige i zaštite od strane odraslih, kao i drugih stresogenih i traumatskih događaja. Mnoga deca sa ovakvim iskustvima nemaju poverenje u

odrasle i zastrašuje ih bliskost, koja može predstavljati pretnju i opasnost, ali i neminovni nagoveštaj novog gubitka.

Prikaz slučaja²⁷

Faza pridruživanja, procene i dijagnostike: Budući usvojitelji, supružnici M., su od ranije poznati savetniku. Prilikom prvog susreta nakon dolaska mlt. Uroša (2,5 god.) u porodicu, Siniša i Marija su se ukratko osvrnuli na period tokom koga su se upoznawali sa dečakom pre nego što je prešao kod njih. Rado su pričali o svom iskustvu i ukratko predstavili dečaka. Savetnik je odvojio dovoljno vremena za razgovor i pažljivo je saslušao ono što su usvojitelji saopštavali, posebnu pažnju obraćajući na ono što ih zabrinjava. Detetu su ponuđene igračke i bojice, ali je dečak radije istraživao prostor i posezao za predmetima koji su bili van njegovog domašaja, a zatim pokušao da se popne uz kosu gredu, pri čemu se nekoliko puta udario, pa su usvojitelji iskoristili priliku da objasne da je on dečak neosetljiv na bol, jer gotovo nikada ne pokazuje da ga nešto boli, čak i kada je očigledno da se povredio. Procena i dijagnostika su nastavljene i prilikom prve kućne posete. Socijalni kontakt sa dečakom se teže uspostavlja, zaokupljen je više predmetima i prostorom, nego ljudima. Motorno je živahan, „hiperaktivan“, pažnja mu je nestalana i teže se usmerava na sadržaje, stalno je u pokretu. Ne reaguje na verbalne naloge i upozorenja, potrebno ga je fizički obuzdavati da bi se sprečila povreda ili opasnost. Ako je nezadovoljan time što mu roditelji govore (npr. ako mu na nešto ukazuju ili zabrane) ponaša se agresivno, udara, pljuje ili uzima „opasne“ predmete poput upaljača. U igri takođe dominira agresivnost, igračke lomi, baca i rastura. U igraonici je okarakterisan kao „nemoguće“ dete. Kada majka na kratko izlazi iz kuće Uroš neutešno plače i traži je, a tokom spavanja proverava da li je pored njega. Nije umiljat i ne dozvoljavao da ga grle, ljube i maze, a u takvim situacijama ponaša se grubo i odguruje od sebe. Na osnovu opservacije i anamnestičkih podataka dobijenih od usvojitelja konstatovano je da dečak ispoljava ponašanja koja nedvosmisleno ukazuju na nizak kvalitet staranja, zaenmarivanje i grubo ophođenje od strane osoba koje su se prethodno o njemu brinule. Na planu socio-emocionalnog razvoja registruju se poteškoće koje ukazuju na nesigurno formirane obrasce afektivne veze, tj. na to da veze uspostavljene sa prethodnim roditeljskim figurama nisu sigurnog tipa. Odrasle osobe za Uroša ne predstavljaju sigurnost i zaštitu, jer njegovo iskustvo sa njima govori da su bile nepouzidane,

²⁷ sva imena i lični podaci su izmenjeni, u cilju zaštite identiteta

nedostupne i nedovoljno osjetljive na njegove potrebe. Maladaptivna ponašanja koja je razvio su u funkciji zaštite. Uzrastno neprimerena samostalnost i samodovoljnost, kao i agresivnost i odbijanje bilo koje vrste kontakta služe su zaštiti od dalje izloženosti potencijalnim fizičkim i emotivnim povredama. Tokom faze istraživanja načina na koji razumeju problem, kao i rešenja kojima su pribegavali, usvojitelji su saopštili da su Uroša doživeli kao dete živog temperamenta, koje je samostalno, neustrašivo, sklono povređivanju, neosetljivo na bol, sklono agresivnim ponašanjima u odnosu na ljude i životinje, „svoje“ i „teško ukrotivo“. Zbog toga ga nisu ostavljali samog bez nadzora i nisu se najbolje snalazili sa njegovim ispadima besa. Prema njemu se nisu ponašali strogo i zahtevno, ali su se pitali da li je takav pristup koristan za dete. Na osnovu podataka prikupljenih tokom prvog susreta, razgovora sa usvojiteljima tokom kućne posete i neposredne interakcije sa dečakom definisani su plan, ciljevi i zadaci savetodavnog rada sa usvojiteljskom porodicom tokom perioda uzajamnog prilagođavanja. Zadatak savetodavnog rada sa konkretnom porodicom je uspostavljanje sigurne afektivne veze između dečaka i novih roditelja, tj. odnosa koji će biti dovoljno protektivan i dovoljno podsticajan da potpomogne razvijanje detetovih kapaciteta, a samim tim dovede do smanjenja ili otklanjanja maladaptivnih ponašanja. Cilj je bio da usvojitelji ne odgovore komplementarno na detetova ponašanja koja „maskiraju“ bazične potrebe, nego da razumeju probleme, procene ponašanja u skladu sa potrebama, razviju senzitivnost i omoguće detetu da stekne poverenje u njih. Istraživanjem alternativnih uzroka problema usvojitelji su pozvani da se prisete tema koje su obrađivane tokom programa pripreme o tome kako nepovoljni uslovi odrastanja utiču na formiranje slike o sebi, svetu i drugima. Detaljnijom razradom Siniša i Marija su dečakova ponašanja doveli u vezu sa iskustvom u prethodnoj porodici, tj. nepovoljnim uticajima sredine, pre nego naslednim faktorima. Ovo saznanje je za njih bilo značajno i ohrabrujuće. Kao način rada odabran je pristup koji se pružao nove informacije i demonstrirao ponašanja koja su bila u skladu sa njima. Novi referentni okvir je podrazumevao informisanje o razvoju dece ranog uzrasta koja su živela u nepovoljnim uslovima, kao i o osnovnim postavkama teorije afektivne vezanosti i načinu na koji prethodno oblikovan tip afektivne veze utiče na nove relacije i na samu adaptiranost deteta. Na praktičnom nivou usvojitelji su uvežbavali kako da razumeju i reaguju na detetova ponašanja koja su bila posledica nesigurnog tipa afektivne veze, tj. koja su formirana usled neadekvatne brige od strane odraslih koji su se prethodno brinuli i dečaku. Oni su brzo i lako prihvatili objašnjenja, usvojili ih i ponašali se u skladu sa njima. Npr. usvojiteljima je ukazano da je dečakova neosetljivost na bol najverovatnije u vezi sa neosetljivošću prethodnih odgajatelja, te su upućeni da iniciraju pružanje utehe kada se Uroš udari ili

povredi, bez obzira što on to od njih ne traži i ne očekuje. Sugerisano im je da prostor u kući, kao i dvorište, osiguraju i obezbede kako bi se dečak živog temperamenta po njemu nesmetano kretao. To je podrazumevalo da sklone sve potencijalno opasne predmete van domašaja deteta, obezbede utičnice kao što se to radi sa jako malom decom, raščiste centralni prostor u dnevnoj sobi za nesmetano trčanje, obezbede sigurnost na dvorištu i opreme ga sadržajima koji su detetu zanimljivi, poput ljujaške, penjalice, peska i sl. Uvedene promene su brzo dale očekivane rezultate. Uroš je za kratko vreme počeo da traži da ga poljube i pomaze, čak i za najasitnije udarce i padove koji nisu mogli da mu nanesu fizičku bol. Ovo, sada preterano, signaliziranje je bio pokazatelj poverenja koje je počeo da uspostavlja u odnosu na nove roditelje. Bitno je napomenuti da su Siniša i Marija usvojitelji koje odlikuje blagost, zainteresovanost za potrebe deteta, dobar roditeljski savez i međusobna podrška, fleksibilnost i spremnost na promenu, koju uvode postepeno. U odnosu na usvojenje su otvoreni i transparentni. Evaluacijom je konstatovano da nakon nepuna četiri meseca provedena u usvojiteljskoj porodici uočavaju se značajna poboljšanja u funkcionisanju deteta, pre svega zahvaljujući senzitivnoj brizi novih roditelja i njihovom kapacitetu da rade sa dečakom u skladu sa preporukama savetnika. Evidentan je proces uzajamnog afektivnog vezivanja s obzirom da Uroš izdvaja Mariju i Sinišu kao primarne figure, od njih traži zaštitu i utehu kada se uplaši, rastuži ili povredi. Usvojitelji prema detetu pokazuju ljubavi i izdvajaju njegove pozitivne osobine i postupke kroz verbalne i neverbalne poruke. Ponašanjima koja se karakterišu kao agresivna i socijalno neprihvatljiva (tuča, pljuvanje, grizenje i sl.) oni se primarno ne bave, jer se dete sa povećanjem nivoa sigurnost i formiranjem emotivnog odnosa sa roditeljima spontano ponaša na drugačiji način. Navode da je agresivno ponašanje i dalje prisutno, ali značajno redukovano i sporadično. Drugu decu Uroš više ne udara, nego je nežniji, grli ih i ljubi. I prema životinjama se ponaša sa više empatije. Prilikom igre ne lomi i ne baca igračke, a plišanog medu ljubi, hrani i pokriva. Sada je sposoban da se na izvesno vreme sam zaigra. Uroš sve bolje podnosi kratkotrajna odvajanje od roditelja i pristaje da ga u tim situacijama čuvaju baba i deda. Marija i Siniša sada na drugačiji način razumeju i interpretiraju Uroš ponašanja. Opšte gledano usvojitelji imaju utisak da su sposobno da bolje kontrolišu detetovo ponašanje i emocionalne reakcije, bez obzira što su izvesni problemi i „loše“ navike još uvek prisutni. Od svog neposrednog okruženja dobijaju poruke da je Uroš značajno napredovao i to ih dodatno ohrabruje.

Kućne posete u svrhu savetodavnog rada su organizovane jednom u dve nedelje, a telefonski kontakti su bili opcionalni i odvijali su se u međuvremenu. Psiholog, koji je i porodični terapeut, je radio sa usvojiteljima i detetom u prirodnom okruženju, koristeći

svakodnevne situacije kao osnov savetodavnog rada. Važno je istaći da se tokom savetodavnog rada podjednaka briga vodi i o usvojiteljima i o detetu. Da bi novi roditelji uspešno i bez poteškoća odgovorili na složene zahteve neophodno je da se i sami osećaju sigurno i kompetentno, što se postiže dobrim vođenjem od strane savetnika. Tek nakon ovako postavljenog setinga moguće je radi na afektivnoj vezanosti i eventualnom problemima koji su u neposrednoj vezi sa nesigurnim tipom vezanosti. Rad na drugim zadacima, kao što bi npr. bilo korigovanje socijalno neprihvatljivih oblika ponašanja, usvajanje higijenskih navika, regulisanje ritma spavanja i navikavanje na zdraviji način ishrane, dolazi u narednoj fazi, koja ne mora nužno biti deo konkretnog savetodavnog rada.

Usvojitelji pokazuju veliku motivisanost i zainteresovanost za ovaj oblik rada, s obzirom da im omogućava drugačije razumevanje detetovih ponašanja i adekvatno reagovanje u brojnim izazovnim situacijama, povećava roditeljske kompetence i smanjuje nivo anksioznosti u novoj ulozi. Istraživanje pokazuje da se usvojitelj, i u poređenju sa biološkim roditeljima, više trude u zadovoljavanju dečijih zdravstvenih i edukativnih potreba (Bramlett et al., 2007). Važno je istaći da i u situacijama koje su manje zahtevne od prethodno opisane usvojiteljima treba pružiti podršku. Studija pokazuje da oni mogu imati doživljaj da prilikom dolaska deteta u porodicu nemaju dovoljno vremena da se prilagode na činjenicu da će postati roditelji, da moraju brzo da uče kako da se brinu o konkretnom detetu, te da nemaju znanja i informacije o specifičnim roditeljskim tehnikama (McKay & Ross, 2010).

Rad sa porodicom nakon zasnovanog usvojenja

Prethodno smo se upoznali sa zakonskim osnovama usvojenja i činjenicom da nakon njegovog zasnivanja prestaju obaveze i nadležnosti organa starateljstva u odnosu na dete ili usvojitelje. Ipak, to ne znači da adoptivnoj porodici podrška nije potrebna. Shodno potrebama i poteškoćama sa kojima se suočavaju, oni mogu da odaberu sistem podrške kom će se obratiti. U okviru centara za socijalni rad u većim gradovima postoje savetovališta za brak i porodicu koja mogu predstavljati jedan od vidova psihološke pomoć. Takođe, na raspolaganju su još i terapijske i savetodavne usluge predškolskog, školskog i zdravstvenog sistema, brojne privatne psihoterapijske ordinacije, ili nevladine organizacije.

Centri za socijalni rad i osobe koje već poznaju porodicu su prirodni izbor i mesto na koje se usvojitelji prvo obraćaju. Iako organizacija rada i usluge koje se pružaju u okviru ove institucije ne ostavljaju dovoljno prostora za sprovođenje savetodavnog rada sa porodicom koja je već usvojila dete, sa njima se najčešće radi na temama porekla deteta i saopštavanja

da je usvojeno. Pored toga što su ove činjenice o detetovoj prošlosti sastavni deo njegovog identita, one su i zakonski obavezujuće za usvojitelje. Ovi sadržaju su i deo već pominjanog programa pripreme i obuke. Neke usvojiteljske porodice samostalno i uspešno prolaze kroz ovu životnu fazu, dok je drugima neophodna pomoć i podrška profesionalaca. Sa porodicama se radi individualno, s obzirom da se one javljaju sporadično i da je teško oformiti grupu koja bi bila okupljena oko istih potreba, mada bi takav način rada u ovom slučaju bio poželjan. Tokom individualnih susreta sa porodicom koji traju oko sat vremena savetodavni rad je usmeren na razumevanje poteškoća koje imaju u vezi sa saopštavanjem detetu da je usvojeno, a zatim na pružanje podrške roditeljima da nauče i usvoje za njih najbolji i najprihvatljiviji način da to i urade. Sa parovima se najčešće radi u okviru dva do tri sastanka, mada je nekada potrebno i više. I ovde je podrška direktno planirana za usvojitelje, a indirektno za dete. Cilj je da se roditelji osnaže i usvoje znanja i veštine koje će im pomoći da se uspešno nose za zahtevima aktuelne krize. Uloga savetnika je da kreira seting u okviru koga će se usvojitelji osećati sigurno, pa samim tim i spremno da usvajaju nove informacije. Teorijski okvir za ovakvu vrstu rada se ne razlikuje od prethodno navedenih, kao i potrebne kvalifikacije i radno iskustvo savetnika. Ukoliko se tokom rada utvrdi da usvojitelji pored nedostatka veština i nedovoljnog snalaženja u ovoj situaciji imaju i druge vrste potreba (i problema), onda savetodavni rad prerasta u terapijski, pa je porodicu potrebno uputiti na porodične terapeute koji imaju dodatnja znanja i veštine iz oblasti alternativnog roditeljstva.

Prikaz slučaja²⁸

Valentina i Marko J. su mlt. Stefana usvojili kada je imao 13 meseci, a od tada je prošlo nešto više od 5 godina. Roditelji o dečaku pričaju s ljubavlju, ističući veliki broj njegovih pozitivnih osobina, od inteligencije i saradljivog ponašanja, do fizičkih karakteristika i interesovanja. Napominju da je radoznao, veseo, živahan i druželjubiv, a da se oni trude da mu omoguće odrastanje u srećnom i zaštićenom okruženju. Posvećeni su mu, a njihovo porodično funkcionisanje je prvenstveno usmereno ka detetovim potrebama i interesovanjima, primerenim njegovom uzrastu. Oba supružnika uživaju u roditeljskoj ulozi, a ostvarenje u roditeljskoj ulozi doživljavaju kao posebnu blagodat.

Razlog obraćanja stručnoj službi za usvojenje u matičnom centru za socijalni rad je dilema oko toga koji je najbolji način da se sa detetom razgovara o usvojenju. Supružnici

²⁸ sva imena i lične informacije su izmenjene, radi zaštite identiteta

saopštavaju da se javljaju u trenutku kada prepoznaju da nemaju dovoljno veština i znanja da se sami iznesu sa zadatkom koji procenjuju kao važan i zahtevan. Pored toga, doživljaj nedovoljne kompetentnosti je dodatno pojačan uverenjem da se razgovorom o usvojenju pravi značajna prekretnica u detetovom životu i da posle toga „više nista neće biti isto“. Iako polaze od racionalne pretpostavke da dete ima pravo da zna istinu o svom poreklu i porodičnim relacijama, te da je negovanje otvorene i iskrene komunikacije među članovima porodice od ključne važnosti za dobro i harmonično funkcionisanje, Valentina i Marko do sada nisu uspeali da odaberu pravi trenutak, niti najbolji načini da sa sinom otpočnu rad na životnoj priči i da mu saopšte činjenice o dolasku u njihovu porodicu. Sa prolaskom vremena i odlaganjem ovog važnog zadatka, roditelji su prepoznali da ih strahovanje od moguće emocionalne povrede deteta i lošeg reagovanja na činjenicu da je usvojeno, dovodi u situaciju koja značajno inhibira njihove ideje i korišćenje informacija koje su im prezentovane tokom programa obuke i sa kojima adekvatno barataju. Ovo je dodatno podržano strahovanjem zbog detetovog skorog polaska u školu i mogućnosti da istinu o svom porodičnom statusu sazna od osoba koje nisu njegovi najbliži srodnici, tj. članovi primarne porodice.

Nakon prvog susreta i eksploracije problema i potreba usvojitelja, koncipirani su formalni aspekti rada i napravljen je inicijalni plan tretmana. Dogovoreno je da jednosatnim sastancima prisustvuju oba roditelja i da sa njima rade dve savetnice, a plan tretmana je podrazumevao psihoedukativni pristup i uvežbavanje veština. S obzirom na prisutan strah u vezi sa mogućim reakcijama deteta i visok nivo anksioznosti koji se uočava kod oba roditelja, ipak nešto više kod majke, posebna pažnja je poklonjena setingu i kreiranju „sigurne baze“, tako što su savetnice odabrale negujuć i podržavajuć pristup, ističući njihove roditeljske kompetence, kao i lične i partnerske snage i na taj način ohrabrivale učenje i snalaženje u novim i za njih zahtevnim situacijama. U skladu sa vođenjem računa o osećanju sigurnosti klijenata, usvojiteljima je ponuđena mogućnost da ukoliko osete potrebu, savetnice kontaktiraju telefonom i između dogovorenih sastanaka.

Dosadašnji pokušaji rešavanja problema ukazuju da je Marko ovaj „posao“ u potpunosti prepustio Valentini, a da je ona iz osećanja straha da „istina može da povredi“ izbegavala da sa Stefanom otvori temu usvojenja i porekla, kao i da je u situacijama u kojima je dečak postavljao pitanja koja su mogla biti zgodan uvod za dalju razradu životne priče, nudila odgovore koje su trebali da ga preusmere razgovor ili da zabave dečaka. Oba roditelja u odnosu na temu usvojenja pokazuju izbegavajuća ponašanja, što i njima postaje nedvosmisleno jasno tokom rada sa savetnicama. Marko ističe da je smatrao da Valentina

bolje od njega zna šta i kako treba raditi, dok je Valentina želela da Stefan što duže bude zaigrano dete koje nije opterećeno „teškim temama“.

Tokom psihoedukativnog rada sa usvojiteljima, akcenat je stavljen na teme socio-emocionalnog i kognitivnog razvoja dece predškolskog i ranog školskog uzrasta, odnosno na detetove kapacitete i sposobnosti za razumevanje relacija, uzročno-posledičnih veza, emocionalne obrade različitih tema i sposobnosti razumevanja pozicije druge osobe u kontekstu napravljenih izbora i donetih odluka. Marko je prezentovane informacije lakše prihvatao i nedvosmisleno se sa njima slagao, imajući doživljaj da mu one pomažu da bolje razume, kako detetovu poziciju, tako i vlastitu ulogu u pomaganju detetu da izgradi kontinuitet prošlost-sadašnjost-budućnost i da razume koncept pripadnosti dvema porodicama (biološkoj i usvojiteljskoj). Za razliku od supruga, Valentina je pojedine informacije uzimala s rezervom, uz objašnjenje da je Stefan osetljiviji, nežniji i da on na drugačiji način razume i reaguje nego druga deca, te je suprug povremeno izražavao potrebu da joj sam pojasni sadržaje o kojima se diskutuje. Usvojiteljka je tokom savetodavnog rada prepoznala da je strahovanje od mogućeg zbunjivanja i emocionalnog povređivanja deteta jedan od osnovnih uzroka nespremnosti da sa svojim usvojenim sinom otvori ovo važno poglavlje u njegovom životu. Tokom roll-play vežbi i usvojitelj i usvojiteljka su bili u prilici da budu u različitim ulogama, tj. da „glume“ i dete i roditelja. S obzirom da se do sada nisu susretali s ovim oblikom rada u prvom momentu im je bio neobičan, ali su ga kasnije komentarisali kao koristan i zgodan za brzo učenje, pogotovo što im je bilo jasno na kojim konkretnim temama i pitanjima im je potrebna pomoć i podrška. Pored savladavanja navedenih tema i veština, usvojitelji su pokazali zainteresovanost i za konkretne tehnike koje je moguće koristiti kao pomoćno sredstvo za otpočinjanje razgovora o poreklu i identitetu. Savetnici su tom prilikom objasnili da su različite životne situacije zgodne za otpočinjanje ovakvih razgovora, kao i da postoje specijalizovane priče i knjige za decu, te igrani i animirani filmovi koji obrađuju temu usvojenja. Savetodavni rad sa porodicom je završen nakon četiri susreta. U tom trenutku usvojitelji još uvek nisu pokazivali punu spremnost da otpočnu rad na životnoj priči svog usvojenog sina, ali su izrazili da su spremni da o tome aktivno razmišljaju i da su njihova pitanja i dileme sada upotpunjena konkretnim znanjima i veštinama.

Valentina je nakon nekoliko meseci ponovo posetila savetnice, kako bi im saopštila novosti. Ostavljala je utisak srećne i zadovoljne osobe, a istakla je da se u ulozi majke sada oseća samopouzdanije i da joj je „spao teret“. Tokom letnjeg odmora ona i suprug su sa sinom započeli razgovor o poreklu i saopštili su mu da njih dvoje nisu njegovi

biološki roditelji. Tom prilikom su iskoristili jednu od ponuđenih tehnika na savetovanju, pa je razgovor sa detetom vođen uz album sa fotografijama iz najranijeg perioda. Razgovor sa dečakom je vodila Valentina, a Markovo prisustvo je doživela kao podršku. Prilikom pregledanja albuma Stefan je postavljao pitanja i pokazivao radoznalost za temu, ali ga je više zanimalo kakav je bio kao malo dete, nego što je pokazao radoznalost za pojmove hraniteljstvo i usvojenje. Ono što ih je posebno iznenadilo je izostanak burne emotivne reakcije. Stefan ni tokom razgovora, a ni u danima posle nije pokazao bilo kakvu promenu u ponašanju ili raspoloženju. Za razliku od prethodnog perioda u kome su izrazito izbegavali ovu temu, sada ohrabreni dečakovom „zrelošću“, usvojitelji su je i dalje inicirali. Stefan nije pokazao posebnu potrebu za daljom elaboracijom ove teme, što su roditelji i prihvatili.

Primer struktuiranih programa u postadoptivnom radu sa usvojiteljima

Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci „Familia“ iz Beograda takođe pruža usluge savetodavnog rada za usvojitelje i decu. Program (Familia, 2006) koji ćemo prikazati je jedini vaninstitucionalni za rad sa usvojiteljima nakon zasnovanog usvojenja i uspešno se sprovodi od 2006. godine, a koncipiran je tako da u jednom delu obrađuje specifičnosti adoptivnog roditeljstva, dok u drugom delu pažnju posvećuje znanjima i iskustvima za uspešno funkcionisanje u roditeljskoj ulozi. (a) *Specifičnosti adoptivnog roditeljstva*: kada i kako razgovarati sa detetom o usvojenju; kako pripremiti dete na reakcije okoline; uticaj ranog emocionalnog lišavanja na razvoj deteta; usvojenje starije dece i dece sa smetnjama u razvoju. (b) *Razvoj roditeljskih veština*: razvoj deteta i činioci koji utiču na razvoj; vaspitanje dece i preoblikovanje nepoželjnih ponašanja, specifičnosti razvojnih faza; roditeljstvo i partnerstvo. Autori programa napominju da se teme do izvesne mere preklapaju sa onim iz Programa pripreme za usvojenje, ali da su na ovom nivou one produbljene i da se bave roditeljskom ulogom, konkretnim detetom i aktuelnim izazovima adoptivnog roditeljstva. Teorijski i praktični okvir je baziran na nekoliko značajnih psiholoških koncepata, poput sistemskog pristupa, teorije socijalnog učenja i psihodinamskog modela. Zahtevi za trenere ovog programa po pitanju obrazovanja pored osnovne edukacije iz psihologije, pedagogije, socijalnog rada ili defektologije, odnose se na višegodišnje iskustvo u radu sa usvojiteljskim porodicama i posedovanje zvanja psihoterapeuta. Autori napominju da je ovaj program je moguće sprovoditi u okviru grupe usvojitelja, ali i kroz individualne susrete. Preporučeni broj članova za grupni rad je četrnaest, tj. sedam parova, a sesije se održavaju dva puta mesečno, svake druge nedelje u trajanju od po dva sata. Do sada je sprovedena samo interna evaluacija koja je pokazala da polaznici pozitivno ocenjuju sadržaj

programa i način na koji je rad organizovan, a na isti način ocenjuju i njegovu korisnost i aplikativnost.

Afektivna vezanost za hranitelje i usvojitelje: Trening program u izdanju Britanske asocijacije za usvojenje i hraniteljstvo (*British Asociation For Adoption and Fostering-BAAF*), zasnovan je na teoriji afektivne vezanosti i organizovan je kao *model terapeutske brige* o usvojenoj ili deci na hraniteljstvu (Beek & Schofield, 2006). S obzirom da se program teorijski i praktično uklapa u do sada prikazane modalitete rada sa usvojiteljima, na ovom mestu ćemo mu se detaljnije posvetiti. Osnovna postavka ovog treninga je da promene u detetovom poimanju sebe i drugih idu preko promene načina na koji roditelji misle i osećaju kada je dete u pitanju, jer roditelji svojim ponašanjem prenose određene poruke detetu, pa su detetova mišljenja i osećanja pod uticajem ovih poruka koje imaju uticaj na njihovo ponašanje i razvoj. U trening su ugrađene uobičajene situacije iz života, poput svakodnevnih rutine u brizi, nezi, hranjenju, igranju i komuniciranju sa detetom, a one daju roditeljima (usvojiteljima ili hraniteljima) nebrojene mogućnosti za promenu načina na koji dete misli i oseća o sebi i okruženju, tako što gradi njihovo poverenje i povećava nivo sigurnosti. Rad sa aletrnativnim roditeljima je grupni i organizovan je u okviru šest modula: (1) Osnovni koncepti teorije afektivne vezanosti; (2) Biti distupan: Pomoći detetu da razvije poverenje; (3) Senzitivno odazivanje: Pomoći detetu da se nosi sa vlastitim ponašanjem i emocijama; (4) Prihvatanje deteta: Izgradnja samopoštovanja; (5) Kooperativna briga: Pomoći detetu da se oseća efikasno; (6) Isticanje porodične pripadnosti: Pomoći detetu da pripada. Svaki modul je podeljen u nekoliko delova, a učesnici se kroz svaku od navedenih tema vode preko: (a) detetovih ponašanja i poteškoća poput nepoverenja, neefikasnosti i dr. (b) razmišljanja i osećanja odrasle osobe za dostupnost, senzitivnost i dr. (c) ponašanja odrasle osobe kojima pokazuje dostupnost, senzitivnost i dr. (d) detetovih ponašanja i osećanja koja mu pomažu da izgradi poverenje, da bude efikasnije i dr. U radu se pored edukativnih blokova koriste i različiti video materijali, vinjete sa primerima iz prakse, grupne aktivnosti i radioničarski rad. Polazište svakog modula je teorijsko, na čega se nadovezuje razmatranje detetovih ponašanja koja su izazovna usvojiteljima, a zatim se fokus premešta na razumevanja detetovih i vlastitih osećanja, a potom na ponašanja odrasle osobe kojima se pomaže detetu da se bolje nosi sa svojim emocijama ponašanjima, dok se na kraju diskutuje o ponašanjima koja ukazuju na nastale pozitivne promene kod deteta. Trening sadrži bogatu teorijsku i praktičnu građu, koja počiva na teoriji afektivne vezanosti (TAV) i brojnim primerima iz prakse. Aktivacija učesnika tokom modula je na visokom nivou, a akcenat je na iskustvenom učenju i samostalnom dolaženju do rešenja uz vođstvo i pomoć voditelja grupe. Zahtevi za trenera po

pitanju potrebnih znanja i veština, odnose se na dobro poznavanje TAV, razumevanje potrebe i poteškoće dece sa problemima u funkcionisanju, kao i dobru informisanost o različitim aspektima alternativnog roditeljstva, poput brojnih izvora stresa, pritiska, ali i nagrade i priyatnosti. Poželjno je i da jedna osoba u trenerskom paru poseduje neposredno iskustvo kada su usvojenje ili hraniteljstvo u pitanju, kako bi što vernije prezentovala one edukativne materijale koji to zahtevaju. Ovakva kombinacija trenerskog para predstavlja dobar balans između teorije i prakse, a pored toga je važno da jedno drugom pružaju podršku i kreiraju atmosferu pogodnu za učenje i napredovanje polaznika.

Literatura:

- Beek, M., & Schofield, G. (2006). *Attachment for foster care and adoption: A training programme*, London, BAAF.
- Bramlett, M. D., Radel, L. F., & Blumberg, S. J. (2007). The health and well-being of adopted children. *Pediatrics*, 119(Supplement 1), S54-S60.
- Familia, (2006). *Program podrške usvojiteljima*. Beograd
- Foli, K. J., Lim, E., South, S. C., & Sands, L. P. (2014). "Great expectations" of adoptive parents: Theory extension through structural equation modeling. *Nursing research*, 63(1), 14-25.
- Fontenot, H. B. (2007). Transition and adaptation to adoptive motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(2), 175-182.
- McKay, K., Ross, L. E., & Goldberg, A. E. (2010). Adaptation to parenthood during the post-adoption period: A review of the literature. *Adoption Quarterly*, 13(2), 125-144.
- Porodični zakon Republike Srbije (2005), *Službeni glasnik Republike Srbije*, 18, Beograd.
- Pravilnik o programu pripreme za usvojenje (2005), *Službeni glasnik Republike Srbije*, 60, Beograd.
- Rushton, A. (2003). Support for Adoptive Families: a review of current evidence on problems, needs and effectiveness. *Adoption & Fostering*, 27(3), 41-50.
- Schofield, G., & Beek, M. (2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. BAAF.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and psychopathology*, 12(02), 133-156.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25.
- Tracy, R., Ainsworth, M.D.S. (1981). Maternal affectionate behavior and infant- mother attachment patterns. *Child Development*, 52, 1341-1343.
- Van Londen, W. M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: Short-term outcomes after international adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1249-1258.
- Zill, N., & Bramlett, M. D. (2014). Health and well-being of children adopted from foster care. *Children and Youth Services Review*, 40, 29-40.
- Walker, J. (2008). The use of attachment theory in adoption and fostering. *Adoption & Fostering*, 32(1), 49-57.

Primer prakse koja obećava

RAD S POSVOJITELJSKIM OBITELJIMA

Jasna Belamarić, Petra Matković, mr sc Diana Topčić-Rosenberg

(ADOPTA-udruga za potporu posvajanja, Zagreb)

O ADOPTI

ADOPTA – udruga za potporu posvajanju osnovana je u ožujku 2011. godine s ciljem unapređenja politika, prakse i uspješnosti posvojenja. Udrugu su osnovali posvojitelji i potencijalni posvojitelji sa željom da, surađujući sa stručnjacima, stručnim i znanstvenim institucijama, donositeljima javnih politika i osobama iz prakse koji su vezani uz procese posvajanja, djelujemo na stvaranje pozitivnoga, ugodnoga i podupirućeg okružja za posvojenu djecu i njihove obitelji.

Područja kojima se ADOPTA bavi su:

- *Unapređenje zakonodavne regulative i prakse posvojenja*
 - *Zagovaranjem prava djece u sustavu skrbi, posvojene djece i posvojiteljskih obitelji*
 - *Aktivno sudjelovanje u izmjenama zakonodavnih okvira*
 - *Provedba istraživanja kao podloge za promjene i/ili praćenje javnih politika zasnovanih na dokazima*
 - *Pravna pomoć u situacijama kršenja prava djeteta*
 - *Projekcije filma i diskusije, čitanja slikovnica o posvojenju u knjižnicama*
- *Unapređivanje znanja i kompetencija stručnjaka*
 - *3 konferencije o posvojenju s međunarodnim sudjelovanjem (2014., 2013. i 2012.)*
 - *Stručna edukacija na temu Kako pripremiti dijete za posvojenje (2015.)*
 - *ToToTolerancija - priručnik za provedbu programa poticanja tolerancije prema različitim oblicima obitelji, namijenjen predškolskim ustanovama (2015.)*

- *Stručna predavanja, okrugli stolovi*
- *Edukacija i potpora posvojiteljskim obiteljima*
- *INFOteke- informativne radionice namijenjene svima zainteresiranim za posvojenje djeteta u Republici Hrvatskoj ili za međudržavno posvojenje*
- *ADOPTAonica – program stručne pripreme za potencijalne posvojitelje*
- *Pričaonice- tematske radionice za posvojiteljsku zajednicu*
- *Informacije i savjetovanja potencijalnim posvojiteljima tijekom i nakon posvojenja*
- *Psihološko savjetovanje posvojiteljskim obiteljima*
- *Terapeutske grupe podrške namijenjene posvojiteljima u situacijama izazovnog roditeljstva*
- *Program podrške mladim posvojenim osobama*
- *Stvaranje sustava resursa i zajednice*
- *ADOPTina knjižnica (preko 60 naslova vezanih uz temu posvojenja)*
- *ADOPTina izdanja*
- *Mrežna stranice ADOPTA (www.adopta.hr)*
- *Facebook stranice ADOPTA i POSVOJENI ADOPTA*
- *Newsletter ADOPTA*
- *ADOPTino članstvo*

Sve ove aktivnosti, iako namijenjene različitim ciljnim grupama, dio su rada na izgradnji cjelovitog sustava podrške posvojiteljskim obiteljima.

DIREKTNNA PODRŠKA USMJERENA POSVOJITELJSKIM OBITELJIMA

Istraživanje koje je provela ADOPTA Problemi i potrebe posvojiteljskih obitelji tijekom procesa prilagodbe i integracije posvojene djece u obitelj, odgojno-obrazovne institucije i okolinu (Kralj, S., Modić-Stanke, K., Topčić-Rosenberg, D., 2014.) zajedno s pitanjima, molbama za pomoć te povratnim informacijama posvojiteljske zajednice predstavlja osnovu za razvoj različitih oblika direktnog rada s posvojiteljskim obiteljima prije, za vrijeme i nakon zasnovanog posvojenja.

Neki od rezultata navedenog istraživanja pokazuju:

- *Potencijalni posvojitelji nedovoljno su pripremljeni na izazove posvojenja i uglavnom prepušteni učenju iz literature na stranim jezicima, savjetima prijatelja i poznanika;*
- *Kod posvojene djece često su prisutne poteškoće kao posljedica prijašnjih iskustava i/ili bioloških faktora – u razvoju jezika, praćenju odgojno-obrazovnih programa, stvaranju društvenih i/ili emocionalnih veza s vršnjacima, stvaranju privrženosti novoj obitelji;*
- *Ne postoji sustavna i pristupačna podrška nakon posvojenja, pogotovo namijenjena posvojiteljima kao roditeljima, kao paru i posvojenoj djeci;*
- *Postojanje predrasuda i stigmatizacije određenih skupina u društvu, uključujući posvojenu djecu općenito te pripadnike romske nacionalne manjine, koji čine znatan udio među posvojenicima ili djecom bez roditeljske skrbi.*

PRIJE POSVOJENJA

*ADOPTin rad s posvojiteljskim obiteljima počinje prije zasnivanja posvojenja, pripremom **budućih** posvojitelja, kako bi u proces posvojenja ušli svjesni izazova i tema kojima se kao roditelji posvojenog djeteta trebaju (ili mogu biti u situaciji da se moraju) baviti.*

1.1.1. INFOteke o posvojenju, namijenjene osobama koje su zainteresirane za posvojenje, su radionice u trajanju od dva sata, zamišljene kao uvod u posvojenje djeteta u Republici Hrvatskoj ili u drugim državama. Organiziraju se u formatu mini-predavanja uz brojne praktične savjete iz iskustva posvojitelja, prostora za pitanja i odgovore te grupnu diskusiju. Cilj radionica je odgovoriti na osnovna pitanja o postupku posvojenja te uvesti zainteresirane u osnovne teme koje posvojenje sa sobom nosi.

1.1.2. ADOPTAonica je vrlo intenzivan program edukacije i podrške budućim posvojiteljima koji su u procesu procjene prikladnosti za posvojenje nadležnog centra za socijalnu skrb ili su već upisani u Registar potencijalnih posvojitelja, koji vodi resorno ministarstvo.

ADOPTA je osmislila program pripreme i započela s ADOPTAonicom 2013. godine, a zakonodavac prepoznaje njezinu važnost i uvodi obvezu pripreme za sve potencijalne posvojitelje Obiteljskim zakonom (2015.).

Cilj programa je upoznati buduće posvojitelje i posvoiteljice s teorijskim i praktičnim

konceptima vezanima uz posvojenje, specifičnostima i izazovima ove vrste roditeljstva, uz osnaživanje, podršku i razvoj vještina parova i pojedinaca koji su se odlučili na taj korak. U skladu s odredbama provedbenih akata Obiteljskog zakona (2015), program se sastoji od niza tematskih radionica, koje se bave sljedećim područjima:

- *Pravni i sadržajni uvjeti posvojenja u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu,*
- *Teorija privrženosti i njezina primjena na roditeljstvo posvojenog djeteta*
- *Motivacija za posvojenje, reproduktivni i drugi gubici odraslih*
- *Gubitak i proces tugovanja djeteta,*
- *Prilagodba djeteta na novu obitelj, poteškoće i potrebe posvojenog djeteta,*
- *Posvojeno dijete i identitet (uključujući pitanja porijekla i biološke obitelji)*
 - *Kako razgovarati o posvojenju*
 - *Razvojne faze djeteta i posvojenje*
 - *Značaj posvojenja djece koja su prošla rano djetinjstvo,*
 - *Roditeljski stilovi i vještine (uključujući i disciplinu i odgojne metode)*
 - *Emocije i njihova kontrola te razvoj samopouzdanje djeteta*
 - *Odgovorno roditeljstvo posvojenog djeteta.*

Program stručne pripreme u Republici Hrvatskoj provode pojedini centri za socijalnu skrb i pojedine udruge. Pri tome, ADOPTAonica je specifičan program iz više razloga. Jedan od njih je što ju vode stručnjakinje iz područja psihologije i posvojenja koje su ujedno iiskusne mame-posvojiteljice, što programu daje, osim stručne, i iskustvenu dimenziju. Metodološki, program se održava u trajanju od 40 sati, s kombinacijom predavanja, projekcije filmova, iskustvenog učenja kroz igre uloga, individualan rad, rad u paru i manjim grupama, uz obavezu istraživanja i pripreme za aktivno sudjelovanje te samostalnih tematskih zadataka i predstavljanje istih. U programu dodatno sudjeluju drugi posvojitelji te stručnjakinje i stručnjaci iz različitih područja vezanih za posvojenje.

Ideja vodilja je da radionice predstavljaju mjesto edukacije, ali nadasve vrijeme i prostor za razmišljanje, dijalog, preispitivanje vlastitih motiva, stavova, iskustava i granica, uz mnoštvo praktičnih savjeta i iskustava iz prve ruke te podršku i ohrabrenje. Kroz stručno vodstvo i dimenziju iskustvenog učenja, sudionici često bitno mijenjaju stavove o posvojenju, roditeljstvu, ideju o vlastitoj odgovornosti,

izbore djece koje žele ili mogu posvojiti, neki od njih pokreću intenzivne procese žalovanja koje prije nisu imali priliku osvijestiti niti se njima baviti, verbaliziraju pritažene strahove i nesigurnosti, kao i do tada potisnute obrasce funkcioniranja zasnovane na vlastitim iskustvima odgoja, odrastanja ili stereotipa poteklih iz okruženja u kojem žive. Post-evaluacije svjedoče o ovim promjenama, kao i o svijesti o porastu vlastitih kompetencija, snaga i resursa za izazove ove vrste roditeljstva.

Budućim posvojiteljima, ali i onima koji su već postali roditelji u pripremnoj edukaciji pomažemo da razumiju prirodu privrženosti i procesa njene izgradnje od strane djeteta. Naglašavamo im važnost svjesnog ciljanog rada na zbližavanju s djetetom, kao i njegovu postepenost (osobito pri fizičkom zbližavanju!), objašnjavamo transfer privrženosti, sugeriramo načine poticanja povezanosti s djetetom u prvom periodu nakon posvajanja, upozoravamo na moguće znakove većih poteškoća pri uspostavi privrženosti. Osvještavamo im gubitke prisutne u posvojiteljskoj trijadi (biološkog roditelja, djeteta, posvojitelja) i razloge zbog kojih ih je važno prepoznati, načine na koje se djetetu može pomoći u procesu tugovanja, nužnost kvalitetne pripreme djeteta na posvojenje koja djetetu pomaže razumjeti što mu se dešava i izbjegava negativne posljedice na njegov psihološki razvoj, te, posljedično, veće teškoće u prilagodbi na novu obitelj.

Djeca su prečesto premještana kao koferi s točke A na točku B, misleći da su premalena da razumiju, pa onda valjda i premalena da osjećaju. U nekim institucijama za smještaj djece prepoznaju potrebu djece za sigurnošću i negativne posljedice naglog razdvajanja djeteta od prethodnih skrbnika ili bioloških roditelja, pa su, pri dolasku 6-mjesečne bebe, sačuvali njezinu dekidu i nisu je tjednima oprali, kako bi joj miris poznatoga ulio sigurnost u novom okruženju. Posvojitelje ohrabrujemo da ponesu što više stvari iz prethodnog smještaja, osobito najdražu igračku, da se informiraju o mirisima i okusima na koje je dijete naviklo (omiljeni sok, šampon i omekšivač koji se koristi), glazbi koja se slušala i sl. Osobito što je dijete manje, senzorne informacije su mu to važnije.

Ukazujemo na razvojnu liniju i specifičnosti razvoja posvojenog djeteta, osobito u njegovom emocionalnom razvoju.

Djeca koju posvajamo trebaju vremena za izgradnju privrženosti novom roditelju. Kad petogodišnjak, godinu dana nakon što je posvojen (prije toga promijenivši više smještaja) konačno dođe roditelju u krevet i želi s njim spavati (nakon što je mjesecima izbjegavao fizički dodir), to smatrate ogromnim korakom u vašem zbližavanju. No vrtićka psihologinja pri upisu može biti zgrožena : “Što, spava s vama?! Tako veliki dječak?! Gospodo, to nikako nije zdravo... Morate ga pustiti od sebe, mama!”

Pri tome obilato dijelimo vlastita iskustva i iskustva ostalih posvojitelja, kako bismo praktičnim primjerima i sugestijama pružile konkretne ideje i vjerodostojnost. Bavimo se temom odgoja i pravila, granica, discipliniranja djeteta, uz sve specifičnosti važne za posvojeno dijete.

Pedagozi i psiholozi sve češće pri nepoželjnim ponašanjima djeteta roditeljima savjetuju korištenje „time-out“ metodu (udaljavanje djeteta u drugu prostoriju, na onoliko minuta koliko ima godina, kako bi se umirilo i razmislilo o svom ponašanju). No posvojena djeca imaju traumatično iskustvo odvajanja od biološkog roditelja, kao i povijest separacija od prethodnih skrbnika, što čini skup neodžalovanih gubitaka. Udaljavanje djeteta od sebe kao oblik kazne može triggerirati duboko potisnute emocije i napraviti veliku štetu djetetu i osjetljivom odnosu privrženosti koji se tek počeo izgrađivati. Umjesto toga prikladnija je „time-in“ metoda (sjedenje uz roditelja) ili slanje na „time-out“ igračke s kojom se dijete tog trenutka igralo.

Naglašavamo važnost izbjegavanja fizičkog kažnjavanja – generalno, a osobito kad su u pitanju djeca koja su iskusila nasilje. Razmišljamo o načinima izgradnje samopouzdanja djeteta na konkretnim primjerima, kao i načinima poticanja emocionalnog razvoja i pomoći djetetu pri nošenju sa zahtjevnim emocijama.

Također mnogo vremena posvećujemo pitanjima identiteta posvojenog djeteta i načinima na koje mu možemo pomoći da izgradi i sačuva dobru sliku o sebi, osobito u kontekstu posvojenja. Razgovaramo o našim percepcijama i stavovima prema biološkim roditeljima i na koji način oni utječu na to kako će dijete doživljavati sebe i svoje porijeklo.

Vrlo često djeca koju posvajamo dolaze iz problematičnih situacija i obitelji koje su ih dugo zlostavljale i zanemarivale. Iako je uobičajena ljudska reakcija na to osuda, zapitajmo se što činimo svojoj djeci ako osuđujemo njihove biološke roditelje? Čak i ako im to nikada ne kažemo, naš stav se osjeti i dijete ga preuzima na sebe, jer ono sebe ne može u potpunosti odvojiti od svog porijekla. Da bi dijete moglo izgraditi zdrav adoptivni identitet (način na koji inkorporira iskustvo posvojenja u svoj život i doživljaj sebe) ključno je kako mi kao roditelji gledamo na biološke roditelje i ono što jesu ili nisu činili. Ako možemo osuditi postupak, ali ne i osobu, svom ćemo djetetu prenijeti informaciju o obitelji iz koje potiče na način koji ga ne oštećuje. Iskreno misliti i govoriti o tim ljudima na uvažavajući način od nas zahtijeva mnogo osobnog rasta i razvoja empatije, a istovremeno predstavlja temelj psihološkog zdravlja našeg djeteta.

Osvještavamo važnost pravovremene i pripremljene komunikacije s djetetom o temi posvojenja, o čemu voditi računa, te što je pri tome važno izbjeći. Pripremamo sudionike i sudionice na raznovrsne komentare o posvojenju, te ih osnažujemo na aktivniju i asertivniju komunikaciju s okolinom o toj temi prije i nakon zasnovanog posvojenja.

Cilj tih priprema je pružiti budućim roditeljima realističnu sliku roditeljstva nastalog posvajanjem, kako bi bili spremniji za zahtjeve koje će im budućnost donijeti, kao i da dobiju priliku temeljito preispitati svoju odluku da se upuste u proces posvajanja. Onima koji su već postali roditelji pružamo priliku za naknadno usvajanje sadržaja koji su im još uvijek od vitalne važnosti pri svakodnevnom životu i odgoju djeteta.

Osim toga, neke od modula pripreme edukacije nudimo i kao zasebne radionice za roditelje koji nisu imali priliku proći pripremu prije posvajanja svog djeteta.

Mnogi od njih ističu izuzetnu vrijednost dobivene edukacije za njihovo buduće ili sadašnje roditeljstvo.

Sada shvaćam da nisam ništa znala o posvojenju. Smatrala sam da je samo ljubav dovoljna.

Naučila sam o potrebi razvoja i poticanja identiteta djeteta i o važnosti prepoznavanja emocija i kod sebe i kod djeteta“

Naučio sam da je potrebno skupiti što više podataka o biološkoj obitelji i djeci govoriti istinu o njemu/njima sukladno njihovoj dobi

1.1.3. Grupe samopodrške za potencijalne posvojitelje namijenjene su osobama koje su završile program pripreme za posvojenje, ali se u procesu čekanja da budu izabrani kao prikladni posvojitelji suočavaju sa različitim emocionalnim izazovima. Potrebna im je dodatna podrška ili naprosto žele nastaviti biti u kontaktu s tematikom posvojenja i drugim ljudima u istoj situaciji, kako bi održali postignuto znanje i pospješili proces učenja. Grupe vode iskusne potencijalne posvojiteljice, educirane za facilitiranje grupnog rada i procesa.

TOKOM POSVOJENJA

Često nam se obraćaju posvojitelji tokom samog procesa posvajanja s različitim pitanjima i nedoumicama. Nekima je potrebna pravna pomoć u vezi s problemima u samoj proceduri posvajanja (npr. zakonitost postupanja nadležnog Centra pri donošenju odluke o odabiru posvojitelja, (ne)posvajanju biološke braće/sestara, kršenje prava djeteta i sl.), podrška pri donošenju odluke o posvojenju određenog djeteta ili savjet o načinima zbližavanja s djetetom i pripremi djeteta na posvojenje.

Donošenje ispravne odluke o posvojenju određenog djeteta ključan je faktor uspješnosti budućeg posvojenja. Dobra samoprocjena vlastitih resursa, uz stručnu procjenu djetetovog stanja i potreba (koja nažalost često izostaje), presudna je za nastanak funkcionalne i potencijalno sretne obitelji.

Usto, posvojitelji koji nas nazivaju, dolaze ili pišu, bez obzira na to jesu li članovi Adopte ili ne, dobivaju traženu pomoć i podršku i vrlo često im predstavljamo jedini izvor na kojem mogu dobiti pravo razumijevanje i utemeljen savjet. Time jačamo njihovo povjerenje u nas i omogućujemo im da prepoznaju Adoptu i naše stručnjakinje kao mjesto kojem se mogu obratiti za sve buduće dileme i probleme njihove obitelji i nakon zasnovanog posvojenja. S obzirom na nedostatak resursa i stručnih znanja unutar sustava, izuzetno je važno ohrabriti ljude da traže pomoć u ranim fazama, prije nego teškoće postanu ozbiljne. Mnogi od onih koji traže pomoć nisu prošli pripremnu edukaciju (jer ranije nije bila zakonski obavezna), pa ovaj početni kontakt često predstavlja „otvaranje kanala“ u kojem skrećemo pažnju na neke od uobičajenih zahtjevnih situacija pri uspostavi nove posvojiteljske obitelji.

POSILIJE POSVOJENJA

Posvojiteljske obitelji su u mnogočemu jednake svim ostalim obiteljima – ona su mjesta gdje djeca odrastaju uz jednog ili dva roditelja koji ih vole i brinu o njima i koji, okruženi širom obitelji i prijateljima, nastoje učiniti najbolje što znaju i mogu kako bi ih podigla u sretne, odgovorne i samostalne odrasle ljude.

Ipak, one se u mnogočemu razlikuju od ostalih – način dolaska djeteta u obitelj određuje njihovu „posebnost“. U društvu postoji mnogo predrasuda vezanih uz specifičnosti posvojiteljskih obitelji. Neke od njih se održavaju kroz rečenice poput: „krv nije voda“ ili „tek rođenje djeteta čini pravu majku ili oca“. U stvarnosti, izazovi s kojima se posvojiteljske obitelji susreću su drugačije vrste i uključuju:

- *Teškoće prilagodbe djeteta na novu obitelj*
- *Gubitak i tugovanje djeteta, što u pravilu prolazi neprepoznato od stručnjaka i roditelja*
- *Problemi u ponašanju i emocionalnom reagiranju djeteta*
- *Teškoća pri izgradnji privrženosti*
- *Teškoće u razvoju kao posljedica prenatalnih faktora, neadekvatnih uvjeta života, ranog zanemarivanja i/ili zlostavljanja, traume, nepravovremene dijagnostike i terapije, socijalne deprivacije zbog življenja u instituciji i sl.*
- *Zahtjevnost tranzicije u roditeljstvo – zbog nedovoljne pripremljenosti i nedostatka znanja, nerealističnih očekivanja, neadekvatnog donošenja odluke o posvojenju, velikih stresora zbog prilagodbe, neprorađenog procesa žalovanja kod roditelja koji se na posvojenje odlučuju zbog reproduktivnih gubitaka...*
- *Nedostatak stručne podrške za dijete, roditelje i obitelj i stručnog osoblja koje bi bilo educirano o specifičnostima posvojenja*
- *Izazovi pri donošenju odluka o kontaktima s biološkom braćom/sestrama, udomiteljima, osobama iz prethodnim smještaja djeteta*
- *Zaštita osobnih podataka posvojenog djeteta*
- *Pitanje izgradnje identiteta posvojiteljske obitelji i načini uklapanja u zajednicu s tim identitetom*
- *Već spomenute predrasude o posvajanju koje dolaze iz okruženja, ne samo od okoline već i od strane osoblja u sustavu zdravstva, te odgoja i obrazovanja (vrtići, škole).*

Istraživanja pokazuju da je posvojiteljskim obiteljima potrebna dodatna podrška kako bi se lakše nosile sa specifičnim izazovima sadržanima u samoj biti posvojenja, kao i to da je u stvarnosti rijetko imaju priliku dobiti. Zbog toga Adopta nastoji ponuditi stručnu pomoć, kao i podršku od strane iskusnih posvojitelj/ic/a u obliku razumijevanja i usmjeravanja onih kojima je u nekom trenutku to potrebno, na principima peer-supporta.

Temeljem stručnih saznanja, ali i vlastitih iskustava, roditeljima pomažemo da se lakše nose s izazovima i dilemama s kojima se susreću u vezi s odgojem djeteta i primjerenim načinima reagiranja prema njemu ili okolini. Upravo pružanjem specifičnih stručnih znanja nastalima na iskustvima posvojitelja i posvojene djece dajemo zainteresiranim priliku za učenje i vlastiti rast i razvoj. Prolaskom kroz 40 sati obaveznog edukacijskog programa prevenira se mnogo početničkih pogrešaka i problema koji se lako mogu izbjeći, a ostavljaju vrlo velike negativne posljedice po dijete i cijelu obitelj.

Nakon zasnovanog posvojenja u Adopti su obiteljima na raspolaganju različiti oblici podrške (neki od njih dostupni su svima, a neki samo članstvu):

Mentorstvo

Novi posvojitelji mogu dobiti „mentora“ – osobu koja ima duži posvojiteljski „staž“ i iskustvo, pa može roditelje voditi kroz proces nastajanja nove obitelji i pružati razne oblike podrške i savjeta (upoznavanje i povezivanje s djetetom, razvojna procjena djeteta i gdje tražiti pomoć, upisi u vrtić/školu, kako reagirati na razne situacije...).

Stručna predavanja/Pričaonice

Nekoliko puta godišnje organiziramo gostovanja stručnjakinja iz različitih područja (razvojna psihologija, logopedija, rehabilitacija, odgoj i obrazovanje) koje drže predavanja i radionice iz tema koje su posvojiteljima važne (npr. odgoj, nepoželjna ponašanja djeteta, izgradnja samopouzdanja, logopedske teškoće i polazak u školu, ADHD i teškoće u učenju, itd.) U dvosatnom terminu uvijek je puno prilika za interakciju, postavljanje pitanja i iskustveni rad.

Na zadnjoj Pričaonici su dvije posvojene djevojke dijelile svoja iskustva s brojnim prisutnim posvojiteljima i potencijalnim posvojiteljima kojima je bilo izuzetno važno čuti kako izgleda posvojenje iz perspektive djeteta i kako izbjeći

uobičajene greške roditelja.

Godišnja konferencija o posvojenju – edukacija i samoedukacija

Do sada smo tri puta organizirale godišnju konferenciju o posvajanju namijenjenu stručnjacima i stručnjakinjama iz sustava socijalne skrbi, u okviru koje organiziramo i program za posvojitelje i potencijalne posvojitelje. Na njima sudjeluju strani i domaći stručnjaci i stručnjakinje koji govore o identitetu posvojenog djeteta, važnosti odnosa s biološkom braćom i sestrama, načinu razgovora s djetetom o posvojenju, načinima pristupa i odgoja djeteta koje je prošlo traumatska iskustva, tzv. „terapijskog roditeljstva“ i sl.

Osim toga, dio programa vode i posvojitelji koji govore o vlastitim iskustvima, uspjesima i pogreškama, čime potiču promišljanje drugih i bolje postupanje u budućim sličnim situacijama. Otvarajući teme koje nisu prisutne u javnosti i dijeleći ih s onima koji ih najbolje razumiju osnažuju se i jedni i drugi. Ljudi nam često kasnije govore koliko im je to puno značilo.

Nekoliko puta organizirali smo slične radionice za posvojitelje i u drugim gradovima Hrvatske (Split, Dubrovnik, Osijek, Lovran (okolica Rijeke), kako ne bi sve aktivnosti bile koncentrirane u Zagrebu .

Grupe podrške posvojiteljima

Zainteresirani posvojitelji mogu se pridružiti grupama podrške. Grupe vode psihologinje, dodatno educirane za terapijski rad; sastaju se dva puta mjesečno i rade na različitim temama koje sudionici sami „donesu“, poput: izazovi odgoja, odnosi sa školom i vrtićem, roditeljski stres, briga o sebi, itd.

Od sudionika i sudionica se očekuje spremnost na preispitivanje vlastitih gledišta i otvorenost prema osobnom razvoju. Nisu zamišljene kao mjesto gdje polaznici dobivaju savjete i rješenja od strane voditeljice, već gdje se potiče njihovo samopreispitivanje i međusobna razmjena iskustava. Pokazalo se da većina članova grupe ima zahtjevnije situacije u obitelji zbog raznih teškoća koje njihova djeca imaju, te im je potrebna pomoć u nošenju s tim izazovima.

Proces izgradnje grupe i povjerenja traje, pa je tako u početku bila primjetna sklonost idealizaciji vlastite roditeljske priče i potreba za naglašavanjem predanosti i neupitnosti ljubavi prema djetetu, no s vremenom su i priče postale osobnije, a leće manje ružičaste. Spremnost za dijeljenje teških iskustava i

vlastitih misli i osjećaja, ne uvijek socijalno poželjnih, kao i prepoznavanje zajedničkih teških mjesta, ali i velikih osobnih resursa svakoga od njih, povezala je članove grupe u čvrstu mrežu uzajamne podrške koja funkcionira i kad, zbog financijskih razloga, voditeljica neko vrijeme ne vodi grupu.

*Ne znam kako bih preživjela sve ovo što nam se
događalo sa školom da nisam imala grupu i sve vas
kojima sam mogla to ispričati!*

*Ponekad imam osjećaj da živim za te četvrtke i ne
mogu dočekati da vas vidim i kažem vam kako stoje
stvari kod nas i što se dešava, toliko mi to puno znači.
Lijepo je moći razgovarati s nekime tko te razumije.
Svi ovdje znaju taj osjećaj kad izgaraš i daješ sve od
sebe i opet nije dosta. U grupi sam dobila podršku da
se prvo pobrinem za sebe, a onda ću moći bolje i za
dijete. Beskrajno sam zahvalna svima na tome.*

*Kao rezultat rada u grupi koja duže radi vide se pomaci u smislu adekvatnijeg
nošenja s roditeljskim stresom i većeg prihvaćanja situacije kakva jest. Sudionici lakše
prepoznaju zahijevne i potencijalno problematične situacije i spremniji su odabrati
primjereniji način reagiranja. Primjetna je i snažnija predanost djetetu i odlučniji
stav u zaštiti njegovih potreba i prava, jer su se ambivalentne emocije prepoznale i
izrazile u zaštićenom okruženju, a roditelji su osnaženi za asertivne reakcije, kao i
podržani u primjerenoj brizi za vlastite potrebe i vlastito zdravlje.*

*Dio navedenih aktivnosti namijenjen je samo članstvu Adopte, jer time želimo ojačati
posvojiteljsku zajednicu, tj. potaknuti ljude da se učlane, a dio je otvoren cijeloj
posvojiteljskoj zajednici. Otvoreni smo za učlanjenje svima zainteresiranim u Hrvatskoj i
izvan nje koji podržavaju našu ideju, rad i etičke principe.*

*Kao što je navedeno u uvodnom opisu aktivnosti, svi izvori dostupni javnosti
predstavljaju dragocjen resurs podrške i učenja i postojećim obiteljima. Tu je i naša bogata
knjižnica (60 naslova s tematikom posvojenja namijenjena odraslima i djeci – od toga
desetak slikovnica, nažalost, gotovo sve na engleskom jeziku), vlastita izdanja (slikovnice: S*

tobom smo postali obitelj, Knjiga o obitelji, Dnevnik posvojenja; stručne brošure: Disleksija, Deficit pažnje, Što i kako s nepoželjnim ponašanjima djece, Kako pružati podršku posvojenoj djeci, Vodič o posvojenju, Vodič kroz međudržavno posvojenje, informativni letci na različite teme), te web-stranica i dvije facebook-stranice.

Također, naši brojni nastupi u medijima (novine, televizija, radio, portali, desetak puta tijekom godine) doprinose i senzibilizaciji i većem razumijevanju ne samo okoline, već i posvojiteljskih obitelji, osobito onih koji su posvajali ranijih godina, dok nikakve edukacije u Hrvatskoj nije bilo. Često nam se upravo nakon TV-emisija i većih članaka u tiražnim novinama javljaju posvojitelji s pitanjima, problemima i zamolbama za uslugama podrške.

MLADE POSVOJENE OSOBE

Posvojenje je tema svih članova obitelji, s kojom se u različiti razdobljima života različiti članovi bave različitim intenzitetom.

Rano djetinjstvo je razdoblje u kojem je jedan od najvažnijih zadataka izgraditi privrženost i povjerenje te graditi obiteljske odnose, za koje podrška i pomoć potrebna cijeloj obitelji. Po završetku djetinjstva, teme emocionalne sigurnosti, emocionalne zrelosti, izgradnje samopoštovanja i samopouzdanja mogu biti izvor potencijalnih teškoća za posvojeno dijete i mladu osobu.

Kod mladih koji su posvojeni češće se od neposvojenih vršnjaka upravo u razdoblju adolescencije javljaju različite teškoće na emocionalnom i bihevioralnom planu. Što je kasnije dijete posvojeno, zahtjevi koji se pred njega stavljaju u školi i socijalnom okruženju u pravilu bivaju sve teže savladivi bez adekvatne pomoći.

Biti posvojen/a predstavlja izazov za formiranje identiteta svake osobe. Saznanje o vlastitom posvojenju, s godinama sve dublje razumijevanje značenja te činjenice, otvara sve više pitanja koja procesiranje te informacije sa sobom nosi. Zbog toga mlade posvojene osobe trebaju dodatnu podršku u tom periodu odrastanja koji je sam po sebi dovoljno zahtjevan i njihovim neposvojenim vršnjacima i vršnjakinjama.

Razdoblje puberteta i adolescencije jedno je od najintenzivnijih po pitanju velikih promjena u životu svake mlade osobe, a za posvojene mlade nosi dodatna pitanja i izazove. To je period života kada mladi traže sve više informacija o sebi i svom porijeklu, raste interes za biološke roditelje, a pitanje vlastitog identiteta i pripadnosti postaje goruće pitanje. Vrlo su česte krize, jer to nisu jednostavna pitanja ni za odraslu osobu. Neprorađena pitanja i

emocije onemogućavaju zdravu integraciju tog iskustva i adekvatno uključivanje u odgovornosti odraslog života – završavanje školovanja, zaposlenje, zasnivanje vlastite obitelji. Javlja se potreba da razumiju što im se dogodilo i da preispitaju i preslože koncepte koje imaju o sebi i svijetu.

U tom su razdoblju pritom sve manje spremni razgovarati s roditeljima o pitanjima koje ih muče, dijelom zato što se ionako mijenja uobičajena dinamika mladih i roditelja, dijelom zato što se boje kako će roditelji reagirati na teme koje ih zanimaju, a ponekada je to zato što roditelji nisu spremni razgovarati otvoreno. Za njih važna tema otkrivanja informacija i mogućnost upoznavanja bioloških roditelja (jednom kada postanu punoljetni) ponekad se čini kao nešto čime bi mogli povrijediti i iznevjeriti svoje roditelje.

Vršnjaci mogu biti izvor podrške, ali nije rijetkost da posvojene osobe ne žele podijeliti informacije o posvojenju i time se razlikovati od okoline. To bi samo moglo pojačati osjećaj nepripadanja, s kojim se ionako suočavaju tijekom života.

Pokazalo se da je za većinu mladih posvojenih osoba od iznimne vrijednosti upoznati (osobno, virtualno ili kroz životnu priču) nekoga sličnog sebi, nekoga tko zna što je posvojenje iz osobnog iskustva i razmijeniti priče iz života i emocije vezane za njih. Osim toga, mladima pomaže kada mogu razgovarati sa stručnom osobom koja razumije temu posvojenja.

Zato je sustav podrške i pomoći usmjeren i kreiran baš za mlade posvojene osobe od velikog značaja za ovu populaciju. Projekt posvećen mladima pruža niz aktivnosti od početka 2015. godine.

PoSVOJeni ADOPTA na mrežnoj stranici www.adopta.hr/posvojeni

Ovo je kutak u kojem dijelimo teme i informacije iz ugla mladih posvojenih osoba ili pak usmjereno njima. Postoje životne teme i pitanja koje su specifične i tiču se mladih posvojenih, a mi ih ovdje objedinjujemo. Čitanjem o temama identiteta, potrage za biološkim roditeljima, prijateljstvima, privrženosti, mladi se informiraju, ali i imaju se priliku prepoznati, identificirati i biti dijelom iskustva. Osim toga, kroz upoznavanje iskustva drugih, sve su otvoreniji podijeliti i svoja iskustva.

Na stranici se mladi mogu informirati i o aktivnostima, radionicama, pričaonicama, predstavama i projekcijama filmova koje organiziramo.

Facebook stranica i grupa poSVOJeni ADOPTA –
www.facebook.com/posvojeniadopta

Mladi vole Facebook kao pristupačan, brz i lako dostupan način komunikacije i prikupljanje informacija. Zato smo im posvetili grupu u kojoj se okuplja već 250 pojedinaca. To je najbolji pokazatelj da nisu jedini koje zanimaju teme posvojenja, što djeluje i ohrabrujuće za daljnje uključivanje u aktivnosti. Pokazalo se da su mladi po prvi puta imali mjesto njima dostupno, na kojem mogu odlučiti hoće li ostati anonimni ili postati javni, sa sadržajem koji im inače nije tako lako naći. Tako su se počeli i javljati s upitima vezanim za uključivanjem i u ostale aktivnosti, druženja i razgovore. Nakon javne FB grupe, pojavila se želja i potreba za zatvorenom grupom u kojoj se okuplja manji broj posvojenih osoba. U toj je grupi mnogima bilo lakše otvoreno razgovarati o svojoj prošlosti, ispričati svoju priču, povezati se s drugima i tražiti savjet ili podršku. Poneki put je bilo dovoljno pročitati tuđu priču ili ispričati svoju da bi se osjećali prihvaćeno, napokon shvaćeno i dijelom nečega.

Savjetovalište za mlade posvojene osobe – telefonsko i uživo

Da bi bilo posvojeno, dijete je proživjelo čin napuštanja. To iskustvo sa sobom nosi traume, koje najčešće uzrokuju niz poteškoća s kojima se posvojene osobe nose cijeli život. Kako bi zacijelili traume i našli nove načine i obrasce suočavanja s izazovima svakog životnog perioda, mladima ponekad treba i stručna pomoć izvan obitelji. Čak i kada naizgled nema problema, dugoročan rad na sebi, svojim osjećajima i posljedicama loših iskustava pomaže u integraciji istih.

U savjetodavnom i psihoterapijskom radu s mladim posvojenim osobama radimo na uspostavljanju osjećaja vrijednosti, integriteta, vlastite i tuđe odgovornosti. Važno je raditi i na osjećajima tuge, ljutnje, bespomoćnosti, manje vrijednosti, na pitanjima dvojnog identiteta, potragom za biološkim korijenima i na koji će to sve način utjecati na život.

Pritom ih kroz razgovor i razne eksperimente potičemo da prihvate osjećaje koje imaju kao normalne, svoje i dozvoljene, te da jednom kada ih prihvate, mogu birati na koji način će se ponašati. Prihvaćanjem tuge i proces žalovanja često je nešto što smo svi skloni odgađati, ali dok ga ne odradimo, događa se da kroz život idemo s osjećajem da nešto nije dovršeno, riješeno koji prevenira odrastanje i formiranje u zdravu i zadovoljnu odraslu osobu.

"Pozitivno sam iznenađena i drago mi je da sam se odlučila na taj korak jer već sad osjećam olakšanje, a vjerujem da još puno dobrog mogu ostvariti."

Druženja mladih

Posebno je zadovoljstvo vidjeti mlade na okupu kako izmjenjuju iskustva, komentiraju neke crtice iz svojih života i međusobno dijele savjete. Druženja su osmišljena tako da u prvom dijelu imamo zajedničku, unaprijed osmišljenu tematsku aktivnost, a nakon toga osvrt i grupni rad.

SAVJETODAVNI I PSIHOTERAPIJSKI RAD

Adoptino savjetovalište ima za cilj pružiti pomoć i podršku obiteljima u rješavanju psihosocijalnih problema, specifičnih za tematiku posvojenja. Posebno stresna razdoblja mogu biti kada dijete/djeca tek dođu u dom, kreću u vrtić ili školu i druge velike životne promjene. Poteškoće se najčešće očituju kroz otežano svakodnevno funkcioniranje, poteškoće u prilagodbi na nove situacije, probleme u komunikaciji između roditelja i djece i/ili roditelja međusobno, probleme u partnerskom odnosu u novim okolnostima, poteškoćama djece u socijalnoj integraciji, promjenama u raspoloženju i drugim poteškoćama.

Savjetovanje i psihološka podrška pritom pomažu kod:

- *Suočavanja s akutnim poteškoćama*
- *Jačanja samopouzdanja i roditeljskih kompetencija*
- *Usvajanja novih vještina i obrazaca ponašanja*
- *Unapređivanja komunikacijskih vještina*
- *Osobnog rasta i razvoja*
- *Boljeg općeg i svakodnevnog funkcioniranja*
- *Poticanja boljeg odnosa prema samome sebi, obitelji i društvu*

Sam proces savjetovanja određen je specifičnim potrebama klijenata i dogovorom između klijenta i savjetovatelja, a namijenjeno je svim obiteljima i osobama bez obzira na dob koji se spremaju na posvajanje, posvojili su dijete/djecu ili su posvojeni.

I DALJE

U budućnosti namjeravamo povećati opseg aktivnosti namijenjen obiteljima, pa tako planiramo ponuditi više različitih edukacijskih programa o relevantnim temama (npr. gubitak i žalovanje djeteta, izgradnja privrženosti, priprema djeteta na posvojenje, izrada knjige života, odgojne metode, emocionalna regulacija djeteta, kako razgovarati s djetetom o posvojenju, kako razgovarati s okolinom o posvojenju, odnosi s biološkom braćom i sestrama, reproduktivni gubici i žalovanje odraslih). Također, želimo pružiti više podrške i znanja široj obitelji u koju djeca dolaze, kako bi se potaknulo bolje razumijevanje od strane baka, djedova, tetaka, stričeva i sl. i omogućilo njihovo lakše povezivanje s novim članom obitelji.

S obzirom da smo svjesni u kojoj mjeri obitelji nailaze na prepreke i teškoće u široj okolini, i dalje ćemo aktivno raditi na povećanju kompetencija unutar sustava socijalne skrbi, obrazovanja i zdravstva, kako bi se promjenile prakse koje dodatno otežavaju integraciju, socijalizaciju i razvoj djeteta u zajednici, kao i jačanje veza unutar obitelji. Svaka aktivnost usmjerena poboljšanju odgovora okoline (vrtića, škole, zdravstva i sl.) prema djetetu i roditeljima ujedno predstavlja i indirektan oblik podrške resursima posvojiteljske obitelji.

RODITELJSKO REAGOVANJE NA DETETOVU HRONIČNU BOLEST ILI SMETNJE U RAZVOJU: NAČINI PROCENE I TERAPIJSKE INTERVENCIJE ZA PORODICU

Tatjana Krstić

Medicinski fakultet u Novom Sadu, Katedra za specijalnu rehabilitaciju i edukaciju

Rođenje deteta u porodicu uglavnom donosi radost, a praćeno je roditeljskim optimističnim očekivanjima u odnosu na svog potomka (Barak-Levy & Atzaba-Poria, 2013; Leerkes & Burney, 2007). Međutim, ukoliko dete ima ozbiljne zdravstvene probleme, koji predstavljaju neku hroničnu bolest ili stanje, većina roditelja, neposredno nakon saznanja o njima, doživljava vrlo intenzivne emocionalne reakcije. One uključuju šok, nevericu, razočaranje, strah, strepnju, krivicu, stid, tugu (Fortier & Wanlass, 1984). Mnogi to iskustvo vezano za saznanje detetovih zdravstvenih ili razvojnih problema, u metaforičkom smislu, doživljavaju kao gubitak svog željenog i savršenog deteta, onog koje su oni očekivali i koje je u potpunosti psihofizički zdravo (Oppenheim et al., 2007).

Period koji sledi neposredno nakon saznavanja detetove dijagnoze je posebno težak i pun izazova za roditelje. Tada se roditelji bore sa svojim emocionalnim doživljavanjima, a istovremeno pokušavaju da što više saznaju o detetovom stanju i da donesu odluke o ranim intervencijama (Thomson, Kennedy, & Kuebli, 2011). Oni su opterećeni brojnim nedoumicama vezanim za detetove zdravstvene probleme i neizvesnošću u vezi sa neodređenom prognozom njegovog budućeg razvoja. Recimo, kod deteta sa cerebralnom paralizom roditelji mogu dobiti informaciju da dete ima ozbiljno motoričko oštećenje, ali ne znaju šta to konkretno može da znači, npr. da li će njihovo dete moći da hoda samostalno ili će mu trebati pomoć u tome ili uopšte neće hodati. Pored toga, obično je potrebno dosta vremena dok roditelji i emotivno ne prihvate to saznanje (Gallagher, Fialka, Rhodes, & Arceneaux, 2002).

Postoje razlike u okolnostima i vremenskom periodu kada roditelji saznaju da njihovo dete ima zdravstvene probleme. Deca sa Daunovim sindromom ili nekim drugim hromozomskim aberacijama su uglavnom prepoznata na samom rođenju, dok je kod zdravstvenih stanja kao što su cerebralna paraliza ili autizam, slika na sasvim ranom uzrastu mnogo manje određena (Hedderly, Baird, & McConachie, 2003). Pored toga, postoje brojne

hronične bolesti koje se mogu javiti u kasnijem periodu života deteta, kao što je npr. dijabetes, reumatoidni artritis itd. Bez obzira kada su saznali detetovu dijagnozu koja ukazuje na budući hroničan tok, taj period je za roditelje veoma traumatičan i oni o njemu govore kao o periodu krize, kada se ozbiljno narušava dotadašnja porodična dinamika, menjaju se očekivanja u vezi deteta, roditelji osećaju krivicu ili tragaju za uzrokom detetovog stanja, a njihov doživljaj samih sebe kao efikasnih zaštitnika i staratelja je narušen (Heiman, 2002; Howe, 2006; Pianta, Marvin, Britner, & Borowitz, 1996). Stručnjaci koji rade sa roditeljima dece sa hroničnim bolestima ili smetnjama u razvoju mogu igrati značajnu ulogu u olakšavanju procesa prihvatanja detetovog stanja, što dugoročno može da ima pozitivne efekte i na dete i na roditelje, odnosno porodicu u celini.

Pokazalo se da među roditeljima postoje razlike u tome kako se adaptiraju na situaciju vezanu za saznanje detetove dijagnoze. Kod nekih roditelja se javlja doživljaj da im je život postao veoma težak, a da su oni bespomoćni u prevladavanju brojnih teškoća koje su pred njima. Drugi se oporave relativno brzo i uspevaju da se odupru specifičnim izazovima koje nameće detetovo stanje, te počinju da uživaju u svojoj roditeljskoj ulozi (Bonnano, 2004). Možemo se pitati kako to da neki roditelji uspevaju da se adaptiraju na okolnosti podizanja deteta sa različitim vidovima zdravstvenih problema, dok drugi roditelji imaju značajne poteškoće u adaptaciji. Razlike u reagovanjima roditelja mogu biti uslovljene brojnim faktorima, kao što su individualni i porodični resursi i mehanizmi prevladavanja stresa, vreme saznanja dijagnoze, pa čak i način na koji su roditelji saznali za detetove probleme (Turnbull & Turnbull, 2001). Lične roditeljske priče omogućavaju da se uspešnije prepoznaju roditeljski kapaciteti za prihvatanje detetovog stanja (Orme, 2005). Saznanje o tome je izuzetno važno za svakodnevnu praksu, jer ako stručnjaci budu u stanju da prepoznaju roditelje koji su pod rizikom, oni mogu blagovremeno ponuditi svoju podršku i pomoć.

Cilj ovog poglavlja jeste da se predstavi način procene roditeljskog odnosa prema detetovom zdravstvenom stanju, odnosno dijagnozi (smetnje u razvoju ili hronične bolesti), kao i da se ponude određene smernice za terapijski rad sa tim roditeljima.

Roditeljski odnos prema detetovom zdravstvenom stanju: razrešenje (engl. resolution)

Kliničari i istraživači se duži niz godina bave pitanjima vezanim za roditeljsku adaptaciju na podizanje deteta sa smetnjama u razvoju ili ozbiljnim hroničnim bolestima. Ranija istraživanja su često bila patocentrično orijentisana, usmerana na emotivne i fizičke

poteškoće koje imaju te porodice i koje im otežavaju adaptaciju na detetovo stanje i izazove koji su pred njima (npr. Kennedy, 1970 prema Fortier & Wanlass, 1984; Olshansky, 1962 prema Teel, 1991; Wikler, Wasow, & Hatfield, 1981). U novije vreme se interesovanje sve više usmerava ka traganju za zdravim porodičnim snagama i resursima koji olakšavaju porodičnu adaptaciju, između ostalog i zbog toga da bi se porodicama pružili odgovarajući programi podrške (npr. Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault, & Bouchard, 1999).

Kada se govori o poželjnom roditeljskom odnosu prema detetovom zdravstvenom stanju i dijagnozi koriste se termini kao što su prihvatanje, adaptacija, razrešenje. Premda su često opisivani "modeli" po kojima roditelji prolaze određene stadijume na putu do konačne adaptacije, istraživači se uglavnom slažu oko toga da ne postoji konačni stadijum apsolutnog roditeljskog prihvatanja detetovih smetnji u razvoju (Barnett, Clements, Kaplan-Estrin, & Fialka, 2003). To je i u skladu sa načinom merenja roditeljskog razrešenja, koji su predložili Pianta i sar. (Pianta, Marvin, Britner, & Borowitz, 1996) gde se u određenju razrešenog odnosa prihvata tuga koju roditelji osećaju u sadašnjosti, ali je akcenat stavljen na promenu i izvesno olakšanje kod roditelja, posmatrajući od vremena kada su prvi put bili suočeni sa dijagnozom detetove ometenosti ili hronične bolesti.

Roditeljski odnos prema detetovoj dijagnozi, Marvin i Pianta označavaju kao razrešenje, pri čemu su roditelji koji su prihvatili dijagnozu predstavljeni kao *razrešeni* u odnosu na detetovo zdravstveno stanje, a oni koji je nisu prihvatili kao *nerazrešeni*. Razrešenje je proces integracije informacija dobijenih o detetu i doživljenih emocija u vlastite roditeljske predstave sebe kao roditelja, svog deteta i svog odnosa sa detetom (Pianta & Marvin, 1993).

Dakle, proces razrešenja, odnosno prilagođavanja i prihvatanja detetovog stanja zahteva roditeljsku kognitivnu i emocionalnu obradu doživljenog iskustva. Kognitivno, roditelji bi trebali da razumeju značenje i implikacije detetove dijagnoze, odnosno njegovog zdravstvenog stanja. Emocionalno, oni bi trebali doživeti, prihvatiti i izraziti osećanja razočaranja, žalosti, tuge, ljutnje i krivice, kako bi mogli shvatiti značenje informacija o tome da njihovo dete ima ozbiljne zdravstvene teškoće. Nakon intenzivnih negativnih emocija roditelji koji uspeju da prihvate detetovo stanje mogu da dožive zadovoljstvo, uživanje i vezu sa svojim detetom. To ne znači da oni i dalje neće osećati distres u vezi sa detetovim stanjem, ali ta osećanja neće biti tako jaka ili preokupirajuća kao što je to slučaj na početku, u periodu koji sledi neposredno nakon saznavanja dijagnoze. Neki roditelji koji imaju dete sa smetnjama u razvoju se relativno brzo adaptiraju, ali to nije univerzalan ishod za sve porodice. Pokazatelji da roditelji imaju probleme u prihvatanju detetovog stanja i

prilagođavanju na izazove koji su pred njima su različiti. Kod nekih roditelja mogu da dominiraju negativne reakcije povezane sa saznanjem detetove dijagnoze. Taj roditeljski intenzivni emotivni doživljaj sugerise da se oni ponašaju kao da su informacije o detetu nedavno dobili, iako su u realnosti možda prošle i godine. Neki drugi roditelji mogu da odbijaju bilo kakva negativna osećanja ili razočaranja koja su mogla biti izazvana saznanjem detetove dijagnoze. Oni čak mogu da izgledaju kao da idealizuju dete i svoju ulogu kao staratelja (Barnett et al., 2003).

Da zaključimo, dijagnoza koja se odnosi na trajni nedostatak kod deteta je informacija koja zahteva reorganizaciju roditeljskih predstava o svom detetu, ali i o sebi kao roditelju tog deteta. Uspešna reorganizacija se može desiti jedino onda kada su roditelji sposobni da slobodno doživljavaju osećanja u vezi sa traumatskim doživljajem izazvanim saznanjem detetove dijagnoze i da kognitivno restruktuišu predstavu svog deteta, prihvatajući onu koja uvažava realnost. U slučaju ometenosti kod deteta, to znači uzimanje u obzir novih očekivanja za dete koja će se realno slagati sa detetovim stanjem i novo razumevanje toga šta znači biti roditelj tog deteta. Pretpostavlja se da roditelji takođe moraju da se izbore sa činjenicom da je njihova evolutivna starateljska uloga kao zaštitnika deteta direktno pod izazovom (pošto roditelji nisu u stanju da zaštite dete od dijagnoze i njenih posledica), a u isto vreme se njihova sadašnja uloga kao staratelja i možda njihova buduća uloga takođe moraju revidirati kada se sretnu sa zahtevima i izazovima drugačijim od onih koji imaju roditelji zdrave dece (Pianta et al., 1996). Razrešenje u odnosu prema dijagnozi je uspešno kada su roditeljska razmišljanja, osećanja i aktivnosti koherentni i usmereni na aktuelnu brigu o detetu sa smetnjama u razvoju ili hroničnom bolešću.

Razrešen odnos prema detetovoj dijagnozi ukazuje da je roditelj uspeo da emotivno i kognitivno prihvati i pozitivne i negativne aspekte stanja svog deteta. On uspeva (barem u izvesnoj meri) da prevaziđe intenzivna, distresirajuća osećanja izazvana saznanjem dijagnoze kod svog deteta, te lakše ostvaruje svoju starateljsku ulogu, ali i uspešnije funkcioniše na ličnom, porodičnom i širem socijalnom planu. Tako razrešen roditeljski odnos možemo posmatrati kao protektivni faktor jer pomaže da neki oblik detetove disfunkcije ne utiče na stvaranje „disfunkcionalne porodice“. Ono što je važno ponoviti jeste da se o razrešenju može govoriti onda kada roditelj primećuje promenu i olakšanje u odnosu na početni period kada su saznali dijagnozu svog deteta (Pianta & Marvin, 1993).

Marvin i Pianta (1996) su pružili empirijsku potvrdu validnosti majčine razrešenosti poredeći njen status razrešenosti sa detetovim statusom afektivne vezanosti. Njihovi nalazi ukazuju da je 82% majki klasifikovanih kao razrešeno imalo sigurno afektivno vezanu decu.

Uspešnost razrešenja roditeljskog doživljaja tuge, nakon saznanja da njihovo dete ima dijagnozu koja upućuje na hronične zdravstvene probleme predstavlja varijablu uspešnosti roditeljstva i važna je implikacija za odnos roditelj-dete (Marvin & Pianta, 1996). Marvinova i Piantina studija je bila prva koja je pokazala da je majčino razrešenje tuge važno za formiranje sigurne afektivne veze i dala je jasne implikacije za potrebu pružanja ranih intervencija za porodice koje imaju dete sa hroničnim zdravstvenim stanjem (Thomson, Kennedy, & Kuebli, 2011).

Intervju o reagovanju na dijagnozu

Da bi ispitali roditeljski odnos prema detetovom zdravstvenom stanju Marvin i Pianta su razvili Intervju o reagovanju na dijagnozu (RDI: Reaction to Diagnosis Interview; Pianta & Marvin, 1992). Cilj Intervjua je usmeren na procenu da li su roditelji uspeali da prevaziđu i “razreše” sa traumom koja je povezana sa saznanjem da njihovo dete ima smetnje u razvoju ili ozbiljnu hroničnu bolest. Intervju o reagovanju na dijagnozu uključuje pet pitanja kojima se od roditelja traži da opišu svoja osećanja i razmišljanja u vezi sa detetovom dijagnozom. Tokom Intervjua roditelji pokušavaju da se epizodično prisete događaja i iskustava u periodu neposredno nakon saznavanja dijagnoze, emocija povezanim sa tim iskustvom, promenama u emotivnom stanju i razmišljanjima od momenta dobijanja dijagnoze, kao i o svojim traganjima za razlozima i uzrocima detetovog stanja.

Prvo pitanje zahteva da roditelji opišu kada su primetili da dete ima neke poteškoće i šta su oni tada primetili. Ovo pitanje pomaže da se roditelj vrati i usmeri na svoja inicijalna razmišljanja i brige, čak i pre nego što je data zvanična dijagnoza. Drugo pitanje je usmereno na osećanja roditelja u vezi sa detetovim teškoćama. Roditelji treba da opišu svoje emotivno reagovanje i doživljavanje kada su primetili ili saznali da dete ima određene zdravstvene teškoće. Treće pitanje usmerava roditelje da detaljno opišu svoja osećanja, razmišljanja i preduzete akcije u periodu nakon saznanja zvanične, formalne dijagnoze. To pitanje, koje mnoge roditelje vraća u veoma težak period njihovog života, pokušava da rasvetli njihovo reagovanje na dijagnozu neposredno nakon što je ona data. Roditelji bi trebalo da opišu kako su se osećali, o čemu su razmišljali, kako je to saznanje uticalo na njihov život i šta su činili da pomognu detetu, kao i sebi samom. Četvrto pitanje je izuzetno značajno, tzv. “pitanje promene”, kada se roditelj izjašnjava o tome da li su se desile promene u njihovim osećanjima od momenta saznavanja dijagnoze do danas. Konačno, peto pitanje zahteva od roditelja da daju svoje mišljenje o razlozima zašto njihovo dete ima određenu dijagnozu.

Time se roditeljima omogućuje da iskažu različite ideje usmerene na objašnjavanje mogućih razloga i uzroka detetovog stanja (Oppenheim et al., 2007). Roditeljski odgovori na pitanja odslikavaju predstave samih sebe kao staratelja, zatim predstave svoga deteta i svog odnosa sa njim, uzimajući u obzir doživljenu traumu izazvanu saznanjem detetove dijagnoze. Te predstave sadrže elemente razrešenja i odsustva razrešenja, za koje se pretpostavlja da su u okviru starateljskog sistema organizovane kao roditeljski razrešen, odnosno nerazrešen odnos prema detetovoj dijagnozi (Pianta et al., 1996).

Razrešen odnos roditelja prema detetovoj dijagnozi

Ključni elementi razrešenja uključuju sledeće:

1. *Prepoznavanje promene od vremena dobijanja dijagnoze.* Priznaju se teškoće u periodu dijagnostike, udruženo sa naglaskom na tome da su se osećanja promenila. Izvestan stepen tugovanja se može nastaviti, ali se polazna linija teškog emotivnog stanja izmenila. Roditelj uočava razliku između prošlosti i sadašnjosti. Majka deteta od 6 godina, koje ima cerebralnu paralizu, između ostalog kaže:

“...pa ne mogu da kažem da smo se pomirili sa tim, sa tim se valjda nikad nećemo pomiriti... kada su nam rekli o čemu se radi to je bio sav naš život, samo smo pričali o cerebralnoj, plašili se da nešto ne propustimo, neki tretman, neko čudo...sada je ipak mnogo drugačije, ustvari je lakše, ponekad danima zaboravim da mislim o tome, o njegovom stanju, igramo se, vodimo ga u školicu, na vežbe, živimo normalan život...”

2. *Potvrda o promeni u životu.* Nakon perioda žaljenja i krize postoji ponovno uspostavljanje uobičajenih aktivnosti. „Radiš ono što moraš da radiš“ ili „Morali smo da nastavimo sa našim životima.“ su rečenice koje odslikavaju ovu strategiju. Postoji potvrda o suočavanju sa situacijom i orijentacija na sadašnjost i budućnost.

3. *Odlaganje potrage za razlogom.* Uprkos opštoj potrebi da se zna zašto dete ima smetnje u razvoju ili hroničnu bolest, ili zašto roditelj mora da podiže dete sa smetnjama u razvoju ne postoji duže aktivno traganje za odgovorom na ta pitanja. Roditelj svesno odlaže potragu prepoznajući da to odvlači pažnju od sadašnje realnosti. Otac dečaka sa autizmom izjavljuje:

“...u jednom momentu smo shvatili da ne možemo da se izborimo sa internetom i silnim informacijama koje govore o uzrocima autizma, a sa kojima više misimo znali šta da radimo i stali smo...sada slušamo psihologa, savete koje dobijamo, trudimo se da i mi naučimo šta naše dete želi, a ne samomi njega da podučavamo...”

4. *Tačna predstava o detetovim sposobnostima.* Opis detetovih sposobnosti je saglasan sa opservacijama deteta ili sa opštim znanjem o ometenosti. Prisutna su visoka, ali ne nerealistična očekivanja. Takođe je prisutna i nesigurnost o posledicama.

5. *Balansirane izjave koje se tiču dobiti od iskustva za sebe.* Prepoznaje se ambivalentnost u iskustvu podizanja deteta sa zdravstvenim problemima. Mogu se pomenuti dobiti („Postao sam strpljiviji i više prihvatajući roditelj.“), ali zajedno sa izjavama o teškoćama izazvanim detetovim stanjem ili navođenjem toga da detetova dijagnoza nije vredna dobiti za roditelje. Roditelj je u stanju da se usmeri i na pozitivne i na negativne aspekte iskustva. Tako jedna majka kaže:

“Ja nikada nisam pomislila da nešto može da pođe po zlu...Al’ đavo ne spava...i shvatite desilo se i šta ćete ...naučila sam toliko o toj njenoj bolesti, knjigu bih mogla da napišem, povezala sam se sa dugim roditeljima, upoznala divnih ljudi spremnih da pomognu, bila svuda sa njom, sve su to neka iskustva, al’ da je teško, teško je...”

Iako se kod roditelja sa razrešenim odnosom prepoznaju elementi razrešenja, oni se međusobno razlikuju u opsegu u kome je prisutan jedan od tri prepoznata vida razrešenja. Tako u okviru glavne kategorije razrešenih razlikujemo sledeće subkategorije: orjentisani na osećanja, orjentisani na akciju i orjentisani na mišljenje.

1. ***Orientisani na osećanja.*** Roditelji su usmereni na njihova osećanja u vezi sa traumatskim događajem koji predstavlja saznavanje dijagnoze i pokazuju da je izražavanje osećanja i suočavanje sa njima bilo ključno u prevladavanju traume vezane za saznanje dijagnoze.

2. ***Orientisani na akciju.*** Roditelji prevladavaju teškoće povezane sa dijagnozom koncentrišući se na akciju i obezbeđivanje nege detetu, koja je prikladna i prilagođena njegovom oštećenju.

3. **Orjentisani na mišljenje.** Roditelji koriste kognitivne strategije koje im pomažu da prihvate dijagnozu, u čemu su im od primarnog značaja informacije o detetu i njegovom zdravstvenom problemu. Takođe pokazuju tendenciju da na pitanja o osećanjima odgovaraju u terminima uverenja i razmišljanja.

Nerazrešen odnos roditelja prema detetovoj dijagnozi

Ključni elementi nerazrešenja uključuju sledeće:

1. *Kognitivne distorzije.* Uključuju nerealistična uverenja, poricanje i insistiranje na realnosti koja je željena. Kognitivne distorzije možemo operacionalizovati kao potragu za različitom dijagnozom u smislu traženja kontradiktornih dokaza, postojanje uverenja da će dete prerasti oštećenje ili iznošenje nerealističkih očekivanja za dete. Majka devojčice sa mentalnom retardacijom između ostalog kaže:

“...ona će već na sledećem testu inteligencije pobiti svoju dijagnozu i dokazati kako je taj zastoj u njenom razvoju bio trenutni...”

2. *Aktivno traganje za razlozima.* Proces uključuje aktivno traganje za razlozima detetovog problema. Pažnja je sa realnosti detetovog stanja premeštena na potragu za uzrokom, stoga odvlači roditelje od suočavanja sa bolnim emocijama. Potraga je aktivna čak i kada se roditelju više puta ponavlja da nema razloga za time i da saznanje uzroka detetove dijagnoze neće promeniti prognozu. Majka koja godina ne može da se odvoji od traganja za uzrokom detetovog stanja izjavljuje:

“Sav sam internet pregledala i svaki dan tražim nešto novo, da vidim šta ima, zašto se to desilo...kako mi niko nije rekao da li je on ostao bez kiseonika, a posle tako ispalo na magnetnoj...ići ćemo mi i na novi magnet, nije mi teško i u inostranstvo da ga vodim samo da vidim o čemu se tu radi, je li to ostao stvarno bez kiseonika kako sad doktor pretpostavlja ili ne znam šta već...”

3. *Zaglavljani u prošlosti.* Pažnja je usmerena na prošlost, a ne na sadašnjost na neki od sledećih načina:

1) Tugovanje je aktivno i nadolazeće. Sadašnje vreme se koristi kada se priča o prošlosti, a o prošlosti se diskutuje sa žaljenjem i bolom „kao da je bilo juče“.

2) Preokupiranost ljutnjom je veza između sadašnjosti i prošlosti. Ljutnja zbog detetove dijagnoze je aktivna tema i u sadašnjosti.

3) Pogled na sebe je transformisan. Postoji pogled na sebe kao bespomoćnog i roditeljev identitet je definisan preko traume zbog detetove dijagnoze.

4. *Isključenost iskustva dijagnoze.* Postoji insistiranje na odsustvu sećanja na emotivni doživljaj nakon saznanja dijagnoze. Sećanje je adekvatno za događaje i detalje, ali je iskaz o emocijama minimalan ili minimiziran (npr. To saznanje mi nije smetalo.“). Ta mentalna strategija odvaja emocije između selfa i detetove dijagnoze, čak i kad je sećanje na događaj odlično.

“...nisam imala nikakv poseban doživljaj, znam da je doktorica morala da stavi nešto na papir, to je njen posao, a niko ne može da kaže kako će se nešto kasnije odvijati i ja nisam ni htela da obraćam pažnju na to...ja znam moje dete i znam šta ona može i koliko je već naučila...”

5. *Konfuzija i mentalna dezorganizacija.* Odgovori se daju sa nekoherentnošću i dezorijentacijom tako da je teško razumeti priču. Taj proces uključuje gubitak toka misli, teškoću dolaska do odgovora (npr. oscilacija između jedne i druge karakterizacije) i kontradikciju samog sebe. To predstavlja znak odsustva organizovanih mentalnih strategija za prihvatanje dijagnoze.

U okviru glavne kategorije nerazrešenja razlikujemo sledeće subkategorije: emocionalno preplavljeni, preokupirani ljutnjom, neutralizirani, depresivni/ pasivno-rezignirani, sa distorzijama i konfuzni.

1. Emocionalno preplavljeni. Ti roditelji često postanu uzbuđeni tokom Intervjua, izražavaju tugu i bol i jasno je da je doživljaj u vezi sa saznavanjem dijagnoze još uvek aktivna emocionalna kriza. Može se osetiti da pokušavaju pridobiti intervjuerovo saosećanje.

2. **Preokupirani ljutnjom.** Ljutnja je istaknuta tema Intervjua i usmerena na mnoge ciljeve, uključujući stručnjake, dijagnozu ili druge ljude koji tretiraju dete na način koji se ne dopada roditeljima. Trude se da pridobiju intervjuerovo odobrenje sopstvenog besa.

3. **(Emocionalno) Neutralizirani.** Roditelji se mogu setiti detalja događaja u vezi sa dijagnozom, ali se ne sećaju emocija. Oni izgledaju kao da nemaju ličnih emocionalnih reakcija u vezi sa dijagnozom i izbegavaju bilo kakvo izjašnjavanje o negativnim emocijama. To se može videti kroz aktivno izbegavanja (npr. "Ne sećam se." ili „Ne osećam ništa.“), ali i u mnogo sofisticiranijem (i komplikovanijem) vidu kada je sećanje za detalje odlično, ali ne i za emocije ili pokazivanje emocija (negativnih) tokom intervjuja.

4. **Depresivni/ pasivno-rezignirani.** Roditelji deluju tužno, ravnodušno ili pasivno tokom Intervjua. Daju minimalne izjave o osećanjima i događajima vezanim za saznanje detetove dijagnoze. Deluju bespomoćno protiv ekstremne tuge koju osećaju i nesposobno da se bore sa teškoćama izazvanim potrebom za vođenjem brige o svom detetu i zadovoljavanjem njegovih potreba. Preplavljeni su strahom za dete i izražavaju malo nade za budućnost.

5. **Sa distorzijama.** Roditelji imaju jasno iskrivljena očekivanja koja se tiču detetovog stanja ili njegove budućnosti. Iskazuju nebalansirana opažanja, npr. idealizacija s obzirom na dobit nasuprot ceni iskustva.

6. **Konfuzni.** Intervjui tih roditelja su nekoherentni. U sadržaju ili načinu iznošenja postoji kontardiktornost ili konfuzija, gube ideju vodilju, često osciliraju između polarizovanih opažanja vezanih za detetovo stanje.

Razrešenje dijagnoze i klinička praksa

Intervju o reagovanju na dijagnozu može biti od velike koristi u kliničkoj praksi. Sama primena metode intervjuja u kliničke svrhe omogućuje prikupljanja podatka i može pružiti bogate i različite informacije o roditeljskim razmišljanjima, uverenjima, osećanjima, interakcijama (Ödman, Richt, & Öberg, 2009). Kada je u pitanju standardizovani intervju, kao što je Intervju o reagovanju na dijagnozu taj nivo informacija može biti smanjen, ali ako ga implementiramo u klinički intervju, on nas neće ograničiti u saznavanju važnih informacija. Idealno bi bilo kada bi psihološka procena roditeljskih reakcija bila integrisana

kao neizostavna komponenta kliničke procene deteta sa nekim hroničnim zdravstvenim stanjem. Sistematska evaluacija roditeljskih reakcija prema dijagnozi njihovog deteta mogla bi biti vodič profesionalcima u boljem razumevanju roditelja. Rana identifikacija problema bi mogla da ih usmeri na pravu interpretaciju izvora problema ukoliko se proceni da su oni povezani sa roditeljskim odnosom prema detetovoj dijagnozi. Informacije o tome na koji način i koliko uspešno se porodice dece sa smetnjama u razvoju i ozbiljnim hroničnim bolestima adaptiraju na saznanje o detetovim zdravstvenim problemima i na podizanje tog deteta, ima veoma veliki značaj za svakodnevnu praksu. Ukoliko profesionalci budu sposobni da prepoznaju porodice koje su pod rizikom za problema u adaptaciji, oni će moći da se usmere na kreiranje terapijskih intervencija i obezbeđivanje servisa podrške prilagođenih porodičnim potrebama (Rentinck, Ketelaar, Jongmans, & Gorter, 2007).

Iako je Intervju o reagovanju na dijagnozu struktuiran, može se uočiti da njegovom primenom saznajemo različite lične priče. One nas usmeravaju na razmišljanja o porodičnoj situaciji i roditeljskim pogledima na nju. Koristeći pitanja otvorenog tipa, kao što je slučaj u primeni Intervjua o reagovanju na dijagnozu mnogo lakše otkriva široki dijapazon emocionalnih reagovanja i suptilnih razlika među njima, nego što bi bio slučaj korišćenjem upitnika sa ponuđenim odgovorima (Leedy & Ormrod, 2001). Kao i uvek u kliničkom radu, senzitivnost koju pokažemo prema roditeljima i pokušaj da razumemo svaku pojedinačnu roditeljsku perspektivu ima veliki značaj za roditelje, ali i za stručnjake koji rade sa decom, odnosno njihovim roditeljima. Roditelji dece sa smetnjama u razvoju sarađuju sa mnogim profesionalcima koji pomažu njihovom detetu u različitim oblicama dijagnostičkog i terapijskog delovanja (npr. lekari različitih specijalnosti, psiholozi, defektolozi, fizioterapeuti). Njima veoma znači podrška i razumevanje od stručnjaka, ali se često dešava da se sami profesionalci osećaju ugodnije praktikujući isključivo biomedicinski pristup usmeren isključivo na dete i njegovo funkcionisanje, a zanemarujući roditelje (Bamm & Rosenbaum, 2008). Podizanje svesnosti svih profesionalaca koji rade sa decom u vezi sa razumevanjem procesa razrešenja može biti veoma korisno. Takva svesnost prvenstveno može da pomogne da se bolje razumeju neke reakcije roditelja. Npr. razumevanje toga da izraženo iskazivanje bola, krivice, ljutnje zbog saznanja detetove dijagnoze mogu biti očekivane reakcije tuge koje roditeljima na neki način mogu pomoći da lakše dođu do razrešenja. Intervju o reagovanju na dijagnozu se može koristiti u kliničkoj praksi da ohrabri roditelje da direktno pričaju o detetovoj dijagnozi i u vezi sa time izražavaju svoja osećanja. Pitanja nose poruku da osećanja i razmišljanja u vezi sa dijagnozom nisu samo tu da bi roditelj razjasnio koje bi intervencije bile potrebne za dete. Diskusija o osećanjima bi pre

trebala da bude deo intervencija sa detetom i roditeljima i obezbeđuje važnu oblast za diskutovanje, na obostranu korist (Oppenheim et al., 2007). Usmerenost i na roditeljsku poziciju predstavlja pomak od tradicionalnog medicinskog pristupa koji je usmeren samo na dete i njegov razvoj, takođe i na roditelje, njihov lični razvoj i interakciju između roditelja i deteta. Da bi terapijski rad sa detetom bio što uspešniji važna je kvalitetna saradnja između terapeuta i roditelja. Istraživanje na roditeljima dece sa autizmom je pokazalo da roditeljsko razrešenje utiče na sposobnost roditelja da razviju čvrst radni savez sa terapeutima koji rade programe edukacije sa njihovom decom (Berry, Siller, Hutman, & Sigman, 2010). Razrešenje pojačava roditeljske kapacitete da pomognu detetu da maksimizira svoje razvojne potencijale u okviru granica uslovljenim smetnjama u razvoju. Sledeće poglavlje je usmereno na neke od mogućih oblika rada sa porodicama koje imaju dete sa smetnjama u razvoju ili nekom ozbiljnom hroničnom bolešću.

Individualne terapijske intervencije

Intervencije sa roditeljima na prvom mestu zahtevaju pravilnu procenu njihovog odnosa prema detetovoj dijagnozi. Ono što je važno istaći da sama primena Intervjua o reagovanju na dijagnozu zahteva malo vremena (oko 15 minuta) i može se relativno jednostavno uklopiti u širi aspekt kliničke procene. Mnogi kliničari pitaju roditelje o nekim detaljima vezanim za početak detetovog zdravstvenog stanja, ali ne idu korak dalje, da ispituju njihova razmišljanja i osećanja u vezi sa time, kao i njihova razmišljanja o razlozima detetovog stanja. Ta pitanja su zapravo ključna da bi se saznalo ne samo o roditeljskim emocionalnim reakcijama, već i o procesu kroz koji su roditelji prošli od momenta saznavanja dijagoze, što predstavlja ključni aspekt razumevanja razrešenja (Oppenheim et al., 2007).

Rezultati istraživanja opravdavaju primenu kognitivnih intervencija jer se pokazalo da su majke sa razrešenim odnosom najčešće orjentisane na mišljenje, odnosno usmerene na kognitivne strategije u prevladavanju stresa izazvanog podizanjem deteta sa smetnjama u razvoju (Krstić, 2013). To se kroz terapijske intervencije može sprovoditi putem predavanja, video prezentacija, interaktivnih diskusija o pitanjima vezivanja i afektivne veze, poteškoćama u razvoju sigurne afektivne veze, ciklusima tuge, procesu adaptacije i prilagođavanja, zdravim mehanizmima prevladavanja, detetovom razvoju, emotivnom zanemarivanju deteta (npr. Orme, 2005). Informacije o detetovom razvoju u terminima razvoja jezičkih, kognitivnih, socio-emocionalnih sposobnosti, takođe i razvoja fine i grube

motorike, mogu biti veoma korisne i daju roditeljima priliku da razumeju tipičan razvoj, ali i konkretno razvoj svog deteta. Roditelji dece sa smetnjama u razvoju takođe treba da budu informisani o neformalnim i formalnim sistemima podrške koji su im dostupni, a koji im mogu pomoći u adaptaciji na detetovo stanje.

Preporučljivi su i drugi tipovi intervencija kao što su npr. vežbe vizuelne metafore, kada roditelji slikama ili rečima opisuju svoje iskustvo podizanja deteta sa smetnjama u razvoju (Yuan, 2003). Roditelji doživljavaju taj način korisnim za izražavanje vlastitih emocija (Orme, 2005). S obzirom da je nerazrešeno stanje problem koji može negativno da utiče i na roditelja i na dete i njihov odnos, bilo bi preporučljivo da se nakon prepoznavanja roditelja sa nerazrešenim odnosom njima omogući individualni terapijski program, a zatim kombinovati individualnu i grupnu psihoterapiju.

Od individualnih programa razvijenih specifično za rad sa roditeljima dece sa smetnjama u razvoju možemo izdvojiti „*Stepping Stones Triple P – Program pozitivnog roditeljstva*“ (Sanders, Mazzucchelli, & Studman, 2004) koji nudi modele i primere kako 27 različitih roditeljskih veština mogu biti primenjene u različitom opsegu bihevioralnih problema i situacija. Obrazloženje potrebe za terapijskim delovanjem je bilo usmereno na učestalost ozbiljnih bihevioralnih teškoća kod dece sa smetnjama u razvoju, a posledično na povećanje stresa kod njihovih roditelja. Program je razvijen sa ciljem da se:

- 1) osnaže roditeljske veštine u bavljenju sa različitim tipovima bihevioralnih i razvojnih problema kod deteta;
- 2) podstiču roditelje da konstruktivno i pozitivno odgovaraju na interakcije koje inicira dete;
- 3) poboljšaju roditeljske lične veštine prevladavanja i redukovanja stresa;
- 4) pojača komunikacija roditelja o ishodima roditeljstva i da se pomogne roditeljima da jedan drugog podrže u njihovim roditeljskim ulogama; i
- 5) razviju nezavisne roditeljske veštine rešavanja problema.

U individualno organizovanim sesijama, roditelji dobijaju informacije o pitanjima vezanim za roditeljske veštine, kao i povratnu informaciju o karakteristikama njihovih roditeljskih strategija. Intervencije su usmerene prema individualnim potrebama i željama roditelja. Npr., mnogi roditelji žele da dobiju jednostavne praktične savete o tome kako da se opohode po pitanju specifičnih razvojnih ishoda ili određenih problema u detetovom ponašanju, kao što su neposlušnost, izlivi besa, problemi sa spavanjem ili hranjenjem. Neki roditelji, čija deca ispoljavaju značajan broj teškoća u funkcionisanju trebaju i intenzivnije terapijske intervencije. Sve to se mora prilagoditi i razlikama među roditeljima u pogledu

njihovog obrazovanja, motivacije, prethodnih iskustava, otvorenosti za podršku, različitih izvora roditeljskog stresa (npr. nezaposlenost, samohrano roditeljstvo, nizak socioekonomski status). Neke od strategija koje se koriste u intervencijama se odnose na: provođenje kvalitetnog vremena sa detetom, iniciranje komunikacije sa detetom, pokazivanje emocija, korišćenje opisnih pohvala, pružanje pažnje, omogućavanje nagrađivanja, obezbeđivanje privlačnih aktivnosti, pravljenje rasporeda aktivnosti, davanje dobrog primera, davanje jasnih instrukcija, učenje dece da izražavaju svoje želje itd. Evaluacija ovog programa je pokazala smanjenje problema u ponašanju kod deteta, poboljšanje majčinog i očevog roditeljskog stila i niže nivoa majčinog stresa (Roberts, Mazzucchelli, Studman, & Sanders, 2006).

Grupne terapijske intervencije

Grupni susreti su izuzetno korisni, ne samo zbog svoje ekonomičnosti već i stoga što roditelji sa razrešenim odnosom mogu da pomognu nerazrešenim u procesu razrešenja, deleći sa njima svoja iskustva i nudeći sugestije i podršku. Možemo izdvojiti program od Barnetta i sar. (Barnett et al., 2003), koji je, jedan od retkih, kreiran specifično za roditelje dece sa smetnjama u razvoju. Navedeni program, kao i Intervju o reagovanju na dijagnozu nalaze teorijski oslonac u teoriji afektivne vezanosti. Taj program nazvan „*Stvaranje novih snova*“ se sprovodi tokom 8 susreta u trajanju od po 90 minuta. Uključuju se 2 do 4 porodice (oba roditelja), uz uslov da roditelji najmanje 6 meseci znaju dijagnozu svog deteta. To je period, za koji autori smatraju, da je potrebno da prođe da bi roditelji prošli fazu početnog šoka i u kome bi trebalo da su uspeali da više nauče i saznanju o karakteristikama detetovog stanja. To vreme je takođe potrebno da bi roditelji na grupnim sesijama bili spremni da diskutuju sa profesionalcima i sa drugim roditeljima. Primarna usmerenost programa je na roditeljsku ili porodičnu psihosocijalnu adaptaciju na dete, a ne na rad direktno sa detetom. Program je usmeren na: pospešivanje roditeljske adaptacije putem prepoznavanja različitih osećanja i roditeljskih snaga, kao i jačanja veština prevladavanja stresa kod roditelja, kada roditelji „stvaraju“ nove snove usmerene na svoje dete; ohrabrivanja uzajamne podrške i podele informacija među članovima grupe; pospešivanje sagledavanja dostupnih izvora podrške, kao i unapređivanje kvaliteta važnih odnosa, uključujući i bračne; jačanje veština usmerenih na traženje informacija i resursa s obzirom na detetovo zdravstveno stanje; i promovisanje roditeljske senzitivnosti i veština uspešnog roditeljstva. Pored toga što ističu uticaj kognitivnih i bihejvioralnih faktora u procesu roditeljske adaptacije, autori ne zanemaruju ni emocionalne faktore, gde su intervencije usmerene na izražavanje negativnih emocija i

nalaženje adaptivnih načina za prevazilaženje istih. Autori, za svaki od 8 susreta daju smernice za rad, od kojih su najvažnije sledeće:

1) *Međusobno upoznavanje*. Cilj je da se stvori opuštena, prijateljska atmosfera, puna povrenja, u kojoj će učesnici moći da slušaju jedni druge i da dele lična iskustva. Roditelji se podstiču da ispričaju nešto o sebi, svojoj porodici i svom detetu sa smetnjama u razvoju. Takođe se ohrabruju da izraze svoja očekivanja od učešća na grupnoj terapiji.

2) *Upoznavanje sa pitanjima*. Cilj je da se pomogne roditeljima da razjasne pitanja koja imaju o svom detetu, o svom odnosu sa njim, kao i da razumeju svoj pristup u radu sa profesionalcima i nalaženju informacija, resursa i servisa za podršku.

3) *Upoznavanje sa snovima*. Cilj je da se iznesu, potvrde i podrže roditeljski prošli i aktuelni snovi vezani za njihovo dete.

4) i 5) *Davanje vremena sebi*. Cilj ovih susreta je da se pomogne roditeljima da prihvate svoje reakcije u vezi sa detetovim stanjem, da razviju realistična očekivanja i da prepoznaju izazove koji su pred njima. Mnogi roditelji pokušavaju da izbegavaju ili negiraju svoje negativno emocionalno reagovanje u vezi sa detetovim stanjem, ali to može da otežava proces adaptacije. Nasuprot tome, preporučuje se normalizacija roditeljskih reakcija i distresa i ohrabrivanje da se ta osećanja istražuju, a ne izbegavaju.

6) *Lagano ponovno stvaranje novih snova*. Cilj je da se roditelji ohrabre da prave nove pomake u adaptaciji na detetovo stanje. Roditelji bi trebalo da prepoznaju svoje snage, navodeći šta su dobro uradili i koje su imali dobiti od tih iskustava. Međusobno razmenjuju svoje priče o nadanjima i napretku. Počinju da ispituju nove snove za svoje dete i sebe kao roditelje tog deteta.

7) *Odnosi sa drugima*. Cilj ovog susreta je da se obezbede informacije koje će ojačati strategije prevladavanja stresa i odnose roditelja sa porodicom i prijateljima. Susret je usmeren na brigu koja se odnosi na uticaj detetovih smetnji u razvoju i potreba proisteklih iz toga na roditelje, kao i na bračne i šire porodične odnose. Razmatra se stres, konfliktna razrešenja, postavljanje prioriteta i drugi izazovi vezani za porodične odnose.

8) *Odnosi sa svojim detetom*. Cilj je da se ohrabri i ojača senzitivno roditeljstvo. Takođe se istražuje značaj roditeljskog ponašanja i emocionalnih reakcija na razvoj osećaja poverenja i sigurnosti kod deteta. Roditelji se ohrabruju da uče jedinstvene načine komunikacije koji su prikladni za njihovo dete. Na ovom susretu se formalno završava grupni rad i učesnici iznose impresije o tome šta je za njih bilo korisno i šta planiraju sledeće da rade.

Možemo izdvojiti i program koji koristi kognitivne intervencije, a koji je prilagođen za rad u malim grupama. Program se izvodi tokom 6 nedelja po sledećoj strukturi sesija:

- 1) Ciklus tuge i adaptacije;
- 2) Afektivna vezanost;
- 3) Razvoj deteta. Zadatak za roditelje je da kod kuće naprave razvojno prikladnu igračku za dete koja će poboljšavati njegov kognitivni, motorički, govorni, socio-emocionalni ili vizuelni razvoj;
- 4) Veštine pozitivnog prevladavanja stresa; Unutrašnje kognitivne strategije prevladavanja: redefinisane i pasivna procena;
- 5) Zlostavljanje dece i prevencija; Učestalost zlostavljanja i zanemarivanja dece sa smetnjama u razvoju;
- 6) Predstavljanje igračke pravljenе za dete. Evaluacija programa (Orme, 2005).

U proces roditeljske adaptacije na podizanje deteta sa smetnjama u razvoju ili ozbiljnim hroničnim bolestima su uključeni mnogi procesi: socijalni, kognitivni, emocionalni, bihevioralni. Stoga je važno da terapijske intervencije budu usmerene na određene faktore povezane sa svakim od tih procesa (Barnett et al., 2003). Na socijalnom nivou je važno uključivanje socijalne podrške i supružničkih odnosa. Emocionalni nivo podrazumeva intervencije koje naglašavaju izražavanje negativnih emocija i nalaženje adaptivnih načina prevladavanja tih osećanja. Kognitivni i bihevioralni faktori imaju takođe veoma važnu ulogu u roditeljskoj adaptaciji i stoga im je potrebno posvetiti pažnju u grupama za roditelje. Naglašava se znanje o detetovom razvoju, senzitivno roditeljstvo i strategije prevladavanja stresa. Intervencije koje naglašavaju veštine i kompetencije roditelja dece sa smetnjama u razvoju poboljšavaju funkcionisanje deteta i roditelja, ali i interakciju među njima (Singer et al., 1993).

Bez obzira što se grupni oblik rada sa roditeljima pokazao kao veoma uspešan i omogućava da roditelji međusobno dele svoja iskustva, važno je naglasiti da neki roditelji ne žele ili se ne osećaju dobro da svoja doživljavanja iznose pred drugima. U svakom slučaju, potrebno je uvažavati roditeljske preferencije i omogućiti im terapijski pristup koji će na najbolji način olakšavati roditeljsku adaptaciju na podizanje deteta sa smetnjama u razvoju ili hroničnim bolestima.

Literatura:

- Bamm, E. L., & Rosenbaum, P. (2008). Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1618-1624.
- Barak-Levy, Y., & Atzaba-Poria, N. (2013). Paternal versus maternal coping styles with child diagnosis of developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2040-2046.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., & Fialka, J. (2003). Building new dreams: supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants and Young Children*, 16, 184-200.
- Berry, K. K., Siller, M., Hutman, T., & Sigman, M. (2010). *Parental reactions to their child's autism diagnosis predict the working alliance between parent and intervention providers*. Paper presented at 9th Annual International Meeting for Autism Research (IMFAR), Philadelphia.
- Bonnano, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Fortier, L.M., & Wanlass, R. L. (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*, 33, 13-24.
- Gallagher, P. A., Fialka, J., Rhodes, C., & Arceneaux, C. (2002). Working with families: rethinking denial. *Young Exceptional Children*, 5 (2), 11-17.
- Hedderly, T., Baird, G., & McConachie, H. (2003). Parental reaction to disability. *Current Pediatrics*, 13, 30-35.
- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (2), 159-171.
- Howe, D. (2006). Disabled children, maltreatment and attachment. *British Journal of Social Work*, 36 (5), 743-760.
- Krstić, T. (2013). Majke hronično ometene dece: prihvatanje dijagnoze i prevladavanje stresa. *Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet*.
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2001). *Practical research: Planning and design*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Leerkes, E. M., & Burney, R. V. (2007). The development of parenting efficacy among new mothers and fathers. *Infancy*, 12, 45-67.
- Marvin, R. S. & Pianta, R. C. (1996). Mothers' reactions to their child's diagnosis: relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 436-445.
- Ödman, P., Richt, B., & Öberg, B. (2009). Parents' conceptions of intensive group training. The case of cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 31 (4), 293-301.
- Oppenheim, D., Dolev, S., Koren-Karie, N., Sher-Censor, E., Yirmiya, N., & Salomon, S. (2007). Parental resolution of the of the child's diagnosis and the parent-child relationship. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice* (pp.109-136). New York: Guilford Press.
- Orme, D. M. (2005). A qualitative examination of mothers' resolution or non-resolution of their children's disability of Down syndrome or autism using a cognitive intervention. *The Qualitative Report Volume*, 10 (3), 561-592. Retrieved [on February 25, 2012], from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR10-3/orme.pdf>
- Pelchat, D., Bisson, J., Ricard, N., Perreault, M., & Bouchard, J. M. (1999). Longitudinal effects of an early family programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 465-477.
- Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (1992). *The reaction to diagnosis interview*. Unpublished

- materials. University of Virginia, Charlottesville.
- Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (1993). *Manual for classification of the reaction to diagnosis interview*. University of Virginia.
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., Britner, P. A., & Borowitz, K. C. (1996). Mothers' resolution of their children's diagnosis: organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17, 239-256.
- Rentinck, I., Ketelaar, M., Jongmans, M., & Gorter, J.W. (2007). Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. *Child: Care, Health and Development*, 33, 161-169.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 180-193.
- Singer, G. H. S., Irvin, L. K., Irvine, B., Hawkins, N E., Higeness, J., & Jackson, R. (1993). Helping families adapt positively to disability: Overcoming demoralization through community supports. In G. H. S. Singer & L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions* (pp. 221-238). Baltimore, MD: Brookes.
- Teel, C. S. (1991). Chronic sorrow: analysis of the concept. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1311-1319.
- Thomson, N. R., Kennedy, E. A., & Kuebli, J. E. (2011). Attachment formation between deaf infants and their primary caregivers: is being deaf a risk factor for insecure attachment. In D. H. Zand & K. J. Pierce (Eds.), *Resilience in deaf children: adaptation through emerging adulthood* (pp. 27-65). New York: Springer Science + Business Media.
- Turnbull, A., & Turnbull, A. (2001). *Families, professionals, & exceptionality: collaborating for empowerment*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Wikler, L., Wasow, M. & Hatfield, E. (1981). Chronic sorrow revisited: parent vs. professional depiction of the adjustment of parents of mentally retarded children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 63-70.
- Yuan, S. (2003). Seeing with new eyes: Metaphors of family experience. *Mental Retardation*, 41 (3), 207-211.

UČEŠĆE PREDŠKOLSKIH USTANOVA U PODRŠCI PORODICAMA DECE SA

SMETNJAMA

Ivana Mihić, Filozofski fakultet, Novi Sad

Izabela Halas, PU Radosno detinjstvo, Novi Sad

Nataša Lukić, PU Detinjstvo, Žabalj

Olgica Stojić, DU Dečja radost, Irig

Milana Rajić, Centar za podršku ranom razvoju i porodičnim odnosima „Harmonija“, Novi Sad

Istraživanja u vrtićima ukazuju na to da je 61 % roditelja dece sa hroničnim bolestima ili razvojnim smetnjama koja su uključena u vrtić razrešeno. Ovi roditelji se, od strane vaspitača, percipiraju kao „saradljiviji“ i uključeni u život vrtića. Roditelji koji su nerazrešeni se, sa druge strane, percipiraju kao neko ko je manje zainteresovan za život i napredak deteta, ko ima izražen stres koji preliva u odnos sa vaspitačem i čini da je vaspitač odgovoran za njegovo blagostanje, ko može biti prezaštićujući, ili pak odbacujući prema detetu, ko odbija savete vaspitača, ljut je, rigidan ili generalno zbunjen i neodlučan oko toga šta dete može ili ne da radi ili razvije. Vaspitači takođe izveštavaju da je teško ostvariti kontakt i saradnju sa ovim roditeljima, te da su efekti planiranih aktivnosti (praćeni standardnim formama saradnje sa roditeljima i podrške roditeljima)- veoma mali (Mihić, Halas, Jocović Delić, Lukić, Stojić, Rajić i Krstić, 2015).

U okviru projekta Vrtić kao sigurna baza su, kao odgovor na ovakvo stanje, razvijani su i pilotirani oblici saradnje sa porodicama dece sa smetnjama u razvoju temeljeni na proceni odnosa roditelja prema dijagnozi hronične bolesti ili razvojne smetnje deteta.

Rezultati primene ovih pilotiranih oblika rada, ukazuje na pravilnost da zimanje u obzir reakcije roditelja na dijagnozu značajno menja pristup i vaspitača i stručnog saradnika porodici, kao i ciljeve rada sa porodicom. Savetodavni rad sa porodicom koji je temeljen na procenjenom odnosu prema detetovoj smetnji ili hroničnoj bolesti prepoznaje se kao preduslov ostvarivanja saradnje sa roditeljima i zajedničkog delovanja vrtića i porodice u cilju napretka deteta (Mihić, Krstić, Lukić i Rajić, 2015; Mihić i Krstić, 2015). Individualni planovi podrške razvijani za roditelje sa razrešenim statusom odnosili su se pre svega na podršku i razvoj senzitivnog staranja o detetu i upućivanje na potrebe deteta za emotivnom podrškom i osećanjem sigurnosti u relaciji sa roditeljem. Cilj ovakve podrške bio je „zadržavanje“ roditelja u starateljskoj poziciji usmerenoj pre svega na razvoj deteta, umesto u „terapeutskoj“ poziciji usmerenoj više na tretman i eliminaciju simptoma. Individualni planovi podrške za roditelje čiji je odnos prema dijagnozi koju dete ima procenjen kao nerazrešen, bazirali su se na dodatnom individualnom radu sa roditeljima (usmerenom na kategoriju nerazrešenosti) sa ciljem prepoznavanja potreba deteta i razvoja veština senzitivnije brige o detetu, a obuhvatao je kako rad u predškolskoj ustanovi, tako i rad u domu (u okviru kućnih poseta).

Podrška procesu razrešenja pokazala se značajnom za rad sa detetom u vrtiću (Stojić, Krstić i Mihić, 2015; Mihić, Krstić, Lukić i Rajić, 2015), ali i pri planiranju podrške za tranziciju iz predškolske ustanove u školu (Halas, Krstić i Mihić, 2015).

Kao poseban izazov za rad prepoznati su procesi u porodicama u kojima je odnos jednog roditelja prema dijagnozi procenjen kao razrešen, a drugog-ne. U ovakvim porodicama uočen je visok stepen stresa roditeljstva, koji, uz nizak kvalitet koroditeljske saradnje i podrške među roditeljima (Mihić, Damjanović i Radovanović, 2013; Rajić, Mihić, Branković i Kopunović-Torma, 2015), teško može da bude snižen u koroditeljskom odnosu. Jedan od roditelja u tim porodicama neretko biva preuključen u brigu o zdravlju deteta, što dodatno jača tenziju unutar porodice. U okviru projekta su, kao odgovor na ove prepoznate potrebe, realizovani programi podrške za parove roditelja (multiporodične grupe) sa ciljem jačanja koroditeljske saradnje i veštine porodice da osnažen koroditeljski sistem bude podrška za adekvatnu roditeljsku ulogu oca i majke (Lukić, Mihić, Krstić i Rajić, 2015; Lukić, 2012).

Ono što je prepoznato kao neophodan korak je kontinuiran rad stručnog saradnika sa vaspitačem na odnosu samog vaspitača prema dijagnozi deteta iz grupe. Status sasvim nalik razrešenom statusu kod roditelja, prepoznaje se kao preduslov empatske pozicije prema roditeljima i porodici i razvoja osetljivosti na specifične potrebe porodice za podrškom i osnaživanjem kvaliteta staranja o detetu. Tek vaspitač koji i sam može da odustane od traženja razloga, imena za stanje deteta i pozicije „popravljanja“ detetovog stanja, može da bude vaspitač koji je, „defokusiran“ sa problema kojou dete ima, spreman za realizaciju oblika saradnje sa porodicom kakva je potrebna da bi se partnerstvo vrtića i porodice razvilo radi podrške razvoju deteta (Mihić i sar, 2015; Mihić i Krstić, 2015). Ipak, istraživanja dosledno ukazuju na ambivalentne ili negativne stavove prema procesu inkluzije i doživljaju niske kompetentnosti vaspitača za rad sa decom sa smetnjama i njihovim porodicama (Klemenović, 2014). U osnovi ovakvih rezultata, potencijalno stoji odnos prema smetnji iz medicinskog modela, gde se naglasak stavlja na angažman u cilju eliminacije simptoma ili smetnje. Dominacija ovakvog modela vidljiva je u odabiru oblika realizacije saradnje sa porodicama dece sa smetnjama, planiranim aktivnostima koje predškolska ustanova realizuje za porodice, te informisanje i usavršavanje vaspitača uglavnom usmereno na smetnju, a ne na potrebe deteta ili porodice. Socijalni model ukazuje na značaj participacije i uobičajenih porodičnih rituala, dostupnosti svih elemenata uobičajenog socijalnog i porodičnog funkcionisanja za zdravlje i razvoj i deteta i porodice. Rezultati istraživanja ukazuju na to da ima puno prostora za napredak vrtića u oblasti podrške porodicama na ovaj način. Da bi mogao da podrži razvoj deteta sa smetnjama i veštine porodice da ga prihvate i o njemu se brinu adekvatno, vrtić bi trebalo značajno da izmeni svoju poziciju. Istraživanja ukazuju na nisko učešće predškolskih ustanova u sistemu podrške porodicama dece sa smetnjama i relativno malo fokusa na socijalnu inkluziju ovih porodica, te se kao smernice za unapređivanje rada u predškolskim ustanovama izdavaju:

- rad na redefinisaju pristupa deci i porodici sa dominantno medicinskog ka socijalnom modelu
- podrška kapacitetima predškolskih ustanova da kreiraju i usmere plan podrške porodicama i deci i van obrazovnog konteksta (dakle ka potrebama iz domena socijalne uključenosti i podrške snagama porodice i adekvatnijoj brizi o detetu)
- rad na podizaciju informisanosti i svesti svih zaposlenih u predškolskim ustanovama o uslugama za decu i porodicu koje se nude u lokalnoj zajednici, i konačno
- rad na jačanju kapaciteta i svesti zaposlenih u predškolskim ustanovama o neophodnosti otvaranja vrtića prema lokalnoj zajednici i pružanju podrške porodicama dece sa smetnjama u razvoju bez obzira na to da li su deca uključena u vrtić ili ne, sa ciljem većeg obuhvata ove dece i podrške prihvatanju deteta od strane roditelja i jačanju kvalitetnije brige o detetu u porodici (Mihić i Rajić, 2015).

Na ovaj način, vrtić zaista može da bude resurs koji podržava razvoj deteta i porodice u celini.

Literatura:

- Halas I., Krstić T., Mihić I. (2015). Planiranje tranzicije iz vrtića u školu za decu sa smetnjama u razvoju: značaj roditeljskog razrešenja. Saopštenje na Devetim stručnim susretima stručnih saradnika i saradnika predškolskih ustanova, Zlatibor, 15-18.10.2015.godine. Mihić I. (ur). Zbornik radova (elektronski izvor) ISBN 978-86-919235-0-1*
- Klemenović J. (2014). Spremnost za školu u inkluzivnom kontekstu. Novi Sad: Filozofski fakultet.*
- Lukić N. (2012). Jačanje senzitivnosti roditelja: primena teorije afektivne vezanosti u savetovanju roditelja dece sa smetnjama u razvoju. Zbornik radova sa savetovanja za stručne saradnike: Mogućnosti primene teorije afektivne vezanosti u savetodavnom radu sa porodicama. Novi Sad: Filozofski fakultet, str.88-96.*
- Lukić N., Mihić I., Krstić T., Rajić M. (2015). Podrška roditelja u prihvatanju dijagnoze razvojne smetnje deteta: izazovi porodica sa različitim stepenom razrešenja. Saopštenje na Devetim stručnim susretima stručnih saradnika i saradnika predškolskih ustanova, Zlatibor, 15-18.10.2015.godine. Mihić I. (ur). Zbornik radova (elektronski izvor) ISBN 978-86-919235-0-1*
- Mihić I., Damjanović D., Radovanović M. (2013), Relacije kvaliteta roditeljskog saveza i funkcionalnog statusa deteta: procena očeva i majki. Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, 38-2,97-110.*
- Mihić I., Krstić T. (ur). (2015). Vrtić kao sigurna baza: primena teorije afektivne vezanosti u planiranju podrške roditeljima dece sa smetnjama u razvoju. Zemun: Publik Praktikum.*
- Mihić I., Krstić T., Lukić N., Rajić M. (2015). Procena reagovanja roditelja na dijagnozu hronične bolesti ili razvojne smetnje deteta- značaj za planiranje saradnje sa roditeljima. Pedagoška stvarnost, 61 (3), 481-495.*
- Mihić I., Rajić M. (2015). Usluge u lokalnoj zajednici za porodice dece sa smetnjama u razvoju: uloga predškolskih ustanova. u: Z. Kuburić, M. Zotović, M. Škorić, A.Kišjuhas (ur). Istraživanja u oblasti socijalnog rada, socijalne zaštite i socijalne politike. Novi Sad: Filozofski fakultet, 157-178.*
- Mihić, I., Halas, I., Jocović-Delić, B., Lukić, N., Stojić, O., Rajić, M., Krstić, T. (2015). Podrška porodicama dece sa smetnjama u razvoju: značaj roditeljskog odnosa prema dijagnozi. Rad prezentovan na 6. Međunarodnoj naučnoj konferenciji „Inkluzija u predškolskoj ustanovi i osnovnoj školi- Izazovi unapređivanja politike i prakse inkluzivnog obrazovanja“, Sremska Mitrovica, Srbija (12.6.2015.), u: N. Gutvajn, M.Stančić, J. Stanišić (ur). Zbornik rezimea, 67.*
- Rajić, M., Mihić, I., Branković, J., Kopunović-Torma, D. (2015). Socioemocionalna posvećenost majki dece sa smetnjama u razvoju: efekti roditeljskog stresa. Usmeno saopštenje na 63. Naučno-stručnom skupu Društva psihologa Srbije, 27.-30.maj 2015. Knjiga rezimea, str.141-142.*
- Stojić O., Krstić T., Mihić I. (2015). Potreba za individualizacijom plana podrške porodicama dece sa smetnjama u razvoju: indikacije na osnovu RDI protokola. Saopštenje na Devetim stručnim susretima stručnih saradnika i saradnika predškolskih ustanova, Zlatibor, 15-18.10.2015.godine. Mihić I. (ur). Zbornik radova (elektronski izvor) ISBN 978-86-919235-0-1*

SAVETODAVNI RAD SA PORODICAMA DECE I MLADIH SA PSIHIJATRIJSKIM POREMEĆAJIMA

Jasminka Marković, Jelena Srdanović Maraš

Klinika za dečju i adolescentnu psihijatriju, Klinički centar, Novi Sad

Psihijatrijski poremećaji dece i mladih su u porastu u poslednje dve decenije i procenjuje se da oko 10%-20% mladih ima probleme mentalnog zdravlja koji zahtevaju pomoć stručnjaka (Marković, 2014). Epidemiološke studije pokazuju da su kod adolescenata najučestaliji poremećaji ponašanja, poremećaji prilagođavanja, depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, zavisnost od psihoaktivnih supstanci i poremećaji ishrane (Marković, Mitrović, Ivanović-Kovačević, i Vasić-Zarić, 2009). Kod dece mlađeg uzrasta su to: hiperkinetski poremećaj, poremećaji ponašanja, specifični razvojni poremećaji (dislalija, disgrafija, disleksija i dr), pervazivni razvojni poremećaji (autizam) i poremećaji separacione i fobične anksioznosti u detinjstvu (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Porodica kao baza za rast i razvoj dece ima ključnu ulogu u procesu dijagnostike i tretmana dece i mladih sa psihijatrijskim problemima. Gotovo da je nezamislivo baviti se tretmanom dece i mladih bez uključivanja porodice. Ovo je posebno izraženo kada su u pitanju deca mlađeg uzrasta. Njih obično roditelji dovode na terapiju, po pravilu ne dolaze sami. Isto tako njihov „problem” definiše neko drugi, roditelji, staratelji, vrtić ili škola. Dete je u početku prilično pasivno u čitavom procesu, a roditelji očekuju da budu uključeni u svaki segment tretmana, od uspostavljanja kontakta, preko dijagnostike, do specifičnih terapijskih intervencija. U našoj kulturi to je najčešće majka.

Kada se radi o mlađoj deci (predškolski i rani školski uzrast) važno je napomenuti da ona često imaju poteškoća da verbalizuju svoje tegobe. Što su deca manja, manje i govore u terapiji. Očigledno je da su roditelji veoma važni saradnici u terapiji, a iskustvo govori da uključivanje porodice omogućava i brže promene. Iz svega rečenog proizilazi da su terapijske intervencije u slučaju mlađe dece često više usmerene na savetovanje roditelja. Cilj je da im se pomogne da uvide kako promenom sopstvenog viđenja problema i svog ponašanja mogu uticati na poteškoće dece.

Primer:

Majka dovodi dečaka, 5 godina, sa žalbama da vrlo često ima temper tantrume. Na svako osujećenje reaguje tako što vrišti, tuče majku, razbija stvari po kući. I tokom intervjua dete sa kojim je s početka ostvaren adekvatan verbalni kontakt, na prvo osujećenje počinje da udara majku rukama po licu, glavi, da je šutira nogama, vrišti, baca se na pod. U ovakvoj situaciji potrebno je u prvom koraku intervenisati u cilju umanjivanja maladaptivnog obrasca ponašanja. Plan tretmana podrazumeva obučavanje majke da adekvatno razume situaciju i celishodno reaguje kada do nje dođe. Na primer da u situaciji temper tantruma obrgli dete kako bi ga sprečila da povredi sebe i druge, da bude dosledna i da ga ne pušta dok se ne smiri, da ne udovolji zahtevu čije osujećenje je bilo povod za temper tantrum.

U ovoj situaciji terapijska procena je da ne bi bilo efikasno raditi individualno sa detetom u pravcu bolje kontrole impulsa ponašanja, već su intervencije bihejvioralne i fokusiraju se na roditelja i promenu njegovog ponašanja, što će uticati na ponašanje deteta. Dalji tok terapije bi svakako išao u pravcu rada sa roditeljskim parom kako bi se razumela funkcija simptomatskog ponašanja deteta, uočavanje disfunkcionalnih obrazaca, koji zahtevaju terapijsku intervenciju.

Mnogim terapeutima je ovakav način rada blizak i „udoban“, ali uloga dece u porodičnoj terapiji ne mora biti pasivna i sekundarna. Naprotiv! I pored toga što deca u terapiji malo govore ili teško verbalizuju svoje, i probleme u porodici, ona o svemu tome mogu da komuniciraju na drugačiji način. Ako se dobro pridružimo detetu, približimo im se u prostoru, prilagodimo jezik, i izaberemo da ih ne smeštamo u pasivnu poziciju, stvari se u terapiji odvijaju na drugačiji način. Važno je da način rada prilagodimo uzrastu deteta i tada možemo dobiti dragocene podatke o njegovim emocijama, kao i o relacijama u porodici, o tome kako se stvari uobičajeno odvijaju između deteta i roditelja (Gammer, 2009). Zapravo deca nam potpuno kompetentno mogu opisati svoje iskustvo o relacijama u porodici. Čak i trogodišnjak može u terapiji da odigra sekvencu ili da, na primer, komentariše događaje u sobi.

U radu sa decom upotreba specifičnih tehnika može im pomoći da se aktivnije uključe u proces. Različite sistemske art tehnike, kao što je crtanje, zapravo daju „glas“ detetu, pomažu mu da izrazi ono što mu se „mota po glavi“ ili ono što se ne usuđuje da izgovori. Korisno je da čitava porodica učestvuje u takvom zadatku, na način da svako crta za sebe, ili da svi zajedno crtaju jedan crtež. Pri čemu se porodici naglasi da umetnički kvalitet crteža nije bitan. Cilj ovakvog zadatka nije interpretacija crteža već pomoć porodici da prošire komunikaciju među sobom. Zadatak može biti „nacrtajte svoju porodicu“; „nacrtajte svoju

porodicu kako nešto radi“, „nacrtajte sliku nedavnog događaja kada ste se kao porodica svi zajedno dobro zabavljali“. Crtež može da se koristi i u cilju razjašnjavanja terapijskog cilja „nacrtaj sebe kako bi želeo da izgleda i kako bi želeo da porodica izgleda kada se terapija završi“. Ili kao način da se prikaže problem u porodici „nacrtaj problem u porodici“, „nacrtaj kako tvoja porodica izgleda posle razvoda“, „nacrtaj kako se porodica promenila od kako je problem došao u vaš život“ (Lowenstein, 1999).

Izazov u radu sa adolescentima je drugačije prirode. Sami adolescenti se često opiru uključivanju porodice u tretman smatrajući to narušavanjem njihovog integriteta, individualnosti, privatnosti. Sa druge strane, roditelji poziv na porodičnu terapiju često doživljavaju kao optuživanje. Pretpostavljaju da ih profesionalci smatraju odgovornim za psihijatrijski problem njihovog deteta. Često izbegavaju da dođu na porodično savetovanje, a kada dođu, neretko pribegavaju prebacivanju krivice na partnera, društvo, vršnjake, na samog adolescenta. Imaju paradoksalna očekivanja da bi terapeut i terapija trebalo da promene, „poprave“ adolescenta koji ispoljava određena disfunkcionalna ponašanja a da se oni ne menjaju i da sve ostalo u porodici ostane isto.

Roditelji sebe prikazuju u socijalno poželjnom svetlu, demonstriraju zbunjenost, bespomoćnost. Neke porodice puno čute, neke opet pričaju živo i detaljno, ali o nevažnim stvarima. Mnogi roditelji su napeti, anksiozni, osećaju se nelagodno. Sigurno je da se većina roditelja kada se pojave prvi put na porodičnom savetovanju oseća nesigurno, zapravo nemaju ideju kako bi trebalo da se ponašaju i šta se očekuje od njih. Upravo su to razlozi zbog kojih je u prvom susretu od najvećeg značaja pridružiti se porodici, ne osuđivati, razumeti ih, zadobiti poverenje. Mnogi terapeuti veruju da je ključno za terapijski proces da porodica posle prvog susreta izađe iz ordinacije sa osećanjem nade da je promena moguća i da oni imaju moć da je sprovedu (Milojković, Srna, Mićović, 1997).

U radu sa adolescentima i njihovim porodicama ključno je zadržati poziciju neutralnosti. Odoleti „pozivima“ za pravljenje koalicija, te naći način da se pridružimo svakom članu sistema, uz stvarno uvažavanje njihovih ličnosti i dosadašnjih napora da se problem reši. Takođe je značajno prepoznati porodične snage i motivisati članove porodice da prepoznaju odgovornost koju imaju za proces promene.

Primer:

Tokom seanse dati zadatak porodici: “Šta svako od vas može da uradi do sledećeg susreta kako bi situacija u vašoj porodici bila bolja?”. Svaki član porodice u seansi eksploriše šta bi mogao da bude njegov zadatak i obavezuje se da ga izvrši do sledeće seanse. Time se podstiču porodične snage ali i odgovornost svakog člana u procesu promene.

Porodični terapeuti koji rade u medicinskom setingu imaju specifičnu poziciju koja podrazumeva višestruke uloge i često kontradiktornu poziciju. Neretko je kliničar istovremeno i u ulozi psihijatra/psihologa/defektologa/socijalnog radnika i u ulozi porodičnog terapeuta. Jedna osoba ordinira terapiju, radi dijagnostiku, individualnu psihoterapiju i porodičnu terapiju, što utiče na, i otežava terapijski proces. Kroz sve ove uloge se prelamaju dve dominantne paradigme. Naime, medicinski model podrazumeva linearno shvatanje uzroka psihičkih poremećaja, dok je osnova sistemske paradigme cirkularnost. Ove dve paradigme su naizgled nespojive, te su porodični terapeuti u medicinskom setingu često u situaciji da procenjuju koji je pristup u tom trenutku najlekovitiji za klijenta.

Primeri:

Adolescent koji ima shizofreni poremećaj hospitalizovan je na odeljenju dečije i adolescentne psihijatrije. Terapija prvog izbora je tretman lekovima. U ulozi dečijeg psihijatra kliničar je vrlo direktivan, preuzima odgovornost za izbor terapije, razgovori sa roditeljima i adolescentom podrazumevaju psihoedukaciju, bez psihoterapijskih intervencija. Nakon povlačenja shizofrenih simptoma, adolescent se sprema za prvi vikend kod kuće, stiču se uslovi i za primenu porodične terapije, obzirom da je uočeno da postoje brojni disfunkcionalni porodični obrasci koji mogu doprineti pogoršanju bolesti tokom boravka kod kuće. Započinje se sa porodičnom terapijom, sada je dečiji psihijatar u ulozi porodičnog terapeuta gde je pozicija terapeuta neutralna a ne direktivna, pristup eklektičan (umesto biološko-medicinski), porodica je ta koja definiše problem (ranije je kliničar definisao poremećaj, postavljao dijagnozu), terapeuta pomaže porodici da nađe rešenja (ranije informisao porodicu o terapijskim procedurama). Lako je zamisliti da se u ovoj situaciji kliničar nekada oseća kao glumac koji treba da pređe iz jedne u drugu ulogu, često je čak i porodici neobična ta promena pristupa. Najprihvatljivije bi, naravno bilo, da kliničar koji vodi terapiju lekovima ne bude i porodični terapeut porodici, što je često neizvodljivo zbog ograničenih kadrovskih resursa. U ovim situacijama može pomoći promena konteksta (promeniti prostor kada se radi porodična terapija), koterapijski rad, jasno upoznavanje porodice na početku seanse o specifičnostima porodične terapije, sa naglaskom na razlikama u odnosu na medicinski pristup.

Adolescentkinji sa anoreksijom nervozom tokom hospitalnog tretmana neophodna je i individualna i porodična psihoterapija. Ovoga puta se psiholog nalazi u dvostrukoj ulozi individualnog psihoterapeuta i porodičnog terapeuta. Glavni izazov je kako ostati neutralan tokom seanse porodične terapije kada se tokom individualnog tretmana već uspostavio transfer sa identifikovanim pacijentom? Često se roditelji obraćaju psihologu kao nekome ko

“jako dobro” poznaje njihovo dete, fantaziraju da je “čuvar tajni”, da zna uzrok poremećaja, nekada ga smatraju rivalom, ulaze u kompeticiju ili ga diskvalifikuju.

Poremećaj ponašanja

Od 2%-8% dece i adolescenata ima poremećaj ponašanja, češće se javlja kod dečaka (4 do 10 puta) u odnosu na devojčice. Prognoza ovog poremećaja je ozbiljna, posebno su u riziku deca kod kojih poremećaj počne pre 8. godine (Marković, Srdanović Maraš, Šobot, Ivanović-Kovačević, i Martinović-Mitrović, 2011). Istraživanja govore da 50% dece kasnije ima probleme u odraslom dobu: razvijaju antisocijalni poremećaj ličnosti, imaju probleme u spektru bolesti zavisnosti (posebno u smislu zloupotrebe alkohola), probleme sa zdravljem, školovanjem, adaptacijom na poslu, bračnom stabilnošću i socijalnom integracijom, karakterišu ih različite teškoće psihološke prirode (Scott, 2012; Šobot, Ivanović-Kovačević, Marković, Srdanović Maraš, i Mišić-Pavkov, 2010).

Porodična terapija je jedan od najefikasnijih tretmana mladih sa poremećajima ponašanja (Marković, Mitrović, Ivanović-Kovačević, Šobot, i Srdanović, 2008). Postoje različiti modaliteti porodične terapije kao što su funkcionalna porodična terapija, multisistemska terapija, bihejvioralna porodična terapija, trening roditeljskih veština (Scott, 2012). Kada se radi o poremećajima ponašanja uočava se trend da porodični terapeuti u svoj rad integrišu i intervencije iz kognitivnih ili bihejvioralnih terapijskih pravaca (Crisp & Knox, 2009), uz naglasak da simptomi imaju svoju funkciju u porodičnom sistemu.

Kliničko iskustvo, ali i veliki broj istraživanja govore o tome da je rad sa poremećajima ponašanja obično dugotrajan i da mnogi adolescenti sa ovom dijagnozom imaju lošu prognozu uprkos primenjenom tretmanu.

Da bi se povećala efikasnost potrebno je da porodična terapija mladih sa poremećajima ponašanja traje kontinuirano minimalno godinu dana (Scott, 2012). Bazična pretpostavka jeste da ako se svim članovima porodice zajedno može pomoći da promene problematične obrasce ponašanja i ukoliko se može poboljšati nedostatak nadzora, kontrole i discipline da će se i ponašanje adolescenta sa poremećajem ponašanja poboljšati. Čini se da je u slučaju poremećaja ponašanja najviše izraženo očekivanje roditelja da samo mlada osoba mora da se menja, jer je problematično ponašanje upadljivo disfunkcionalno (krađe, tuče, bežanje iz škole, zloupotreba psihoaktivnih supstanci). Ovo je jedan od izazova u terapijskom procesu jer je za dugotrajne promene neophodno motivisati sve članove porodičnog sistema na promenu, a terapija se najčešće u porodicu uvodi kao način da se svi bolje slažu. Osnovni cilj je promena percepcije da je promena moguća i da se porodica održi u tretmanu.

Karakteristike porodice:

U trenutku kada se pojave na porodičnoj terapiji radi se o upadljivo diskfunkcionalnim porodicama. Pokušaćemo da opišemo neke njihove karaktersitike, kao i atmosferu koja se oseća tokom rada sa njima.

- Roditelji imaju problem da postave granice, kao i da istraju u postavljenim zahtevima. Pravila su u porodičnom sistemu nejasna, ali i posledice za njihove kršenje. Radi se o haotičnim porodičnim sistemima. Ovo je potvrđeno i istraživanjima u našoj sredini gde je čak 83% porodica koje imaju dete sa poremećajem ponašanja na skali FACES III bilo u kategoriji haotičnih (Marković i sar., 2008).

- Komunikacija u sistemu je agresivna, konfliktni su, svako je protiv svakoga, svađaju se viču jedni na druge u terapiji, upadaju u reč, glasni su. Ljutnja je dominantni afektivni ton.

- Krivica za probleme se prebacuje sa jednog člana na drugog. Uočava se trend da prave promenjive koalicije (dva člana se udruže protiv trećeg) u koje pokušavaju da uvuku terapeuta. Najčešće je „na tapetu“ mlada osoba koja ima dijagnozu poremećaja ponašanja.

- Siromašna je upotreba verbalnih simbola, ali veoma dobro razumeju konkretne primere, intelektualizacije i apstrakcije nisu korisne u radu sa ovakvim porodicama.

- Retko se dešava da provode zajedničko vreme, nemaju porodične rituale (npr. nikad ne ručaju zajedno, ne zabavljaju se zajedno i sl). Kohezivnost ovih porodica je vrlo niska, opisuju se kao razjedinjene na dimenziji kohezivnosti.

- Izražena je borba za moć, na različitim nivoima, između mlade osobe i roditelja, između samih roditelja, među sibličima, sa terapeutom.

- Transgeneracijska transmisija agresivnosti, odrasle osobe sa istorijom poremećaja ponašanja imaju veću šansu da njihova deca razviju poremećaj ponašanja. Često u terapiji vidimo roditelje koji su imali poteškoća tokom adolescencije, slično kao njihovo dete danas; npr roditeljski par je kombinacija „slabe“/depresivne majke i agresivnog oca koji je nepredvidivog i nedoslednog ponašanja, a zajedno postavljaju nejasne zahteve (jednom je u redu da se zakasni iz noćnog izlaska, a sledeći put za isto ponašanje sledi fizička kazna).

- U radu sa ovim porodicama, kao i sa drugim porodicama koje su izrazito disfunkcionalne izrazit je otpor promeni.

Terapijski proces:

Očekuje se da svi članovi porodice prisustvuju sastancima (svi koji žive pod istim krovom). Obično dolaze razjedinjeni, roditelji se osećaju bespomoćno, ljuti su jedni na druge, često svako vidi problem u porodici na različit način, ali se uobičajeno slažu u tome da je mlada osoba sa poremećajem ponašanja „glavni krivac, „nepopravljiv“, „sebičan“, „loš“. **Etiketiranje** je veoma izraženo i otuda je jedna od osnovnih intervencija **reuokviravanje**. Praktično se koristi od prvog terapijskog susreta. Cilj je da pomognemo porodici da vide mladu osobu kao osobu koja ima problematično ponašanje, a koja nije intrinzično loša. Tek ako se tako sagledaju stvari može se javiti i ideja da je promena moguća, da se ponašanje može promeniti. Na sličan način se na primer preterano kontrolišuće ponašanje roditelja može reuokviriti kao briga npr. ako se adolescent žali da majka stalno zvoca terapeut može da uradi reuokviravanje na sledeći način: „Izgleda mi da tvoja majka dosta brine za tebe“.

Na promenu specifičnih oblika ponašanja adolescenta, ali i roditelja fokusiramo se tek kada postoji motivacija za promenu. Često se u tom smislu koristi **ugovor** gde roditelji nude adolescentu privilegije u zamenu za poštovanje pravila i ispunjavanje obaveza. Uvodi se u porodični sistem kao način da svako od članova porodice dobije nešto, i da za uzvrat učini neki kompromis. Roditelji i mlada osoba se pitaju šta bi želeli da se promeni kod „druge strane“, koje ponašanje drugog da se promeni. Ovi zahtevi čine nukleus budućeg ugovora. Da bi se pomoglo članovima porodice da naprave ugovor terapeut služi kao model, pregovarač, ohrabrivatelj jasne komunikacije sadržaja i osećanja, jasne prezentacija zahteva i pregovaranja sa svakom osobom i dobijanje nečeg za uzvrat kada napravimo kompromis.

Specifični terapijski ciljevi:

- Jedan od osnovnih ciljeva je razvijanje adaptivnijeg funkcionisanja, smanjivanje nivoa disfunkcionalnosti u porodici.
- Porodica i roditelji se podstiču da odustanu od neefikasnih rešenja. Često porodice u nedogled ponavljaju iste mehanizme za rešenje problem, koji su neefikasni.
- Modifikacija haotičnih obrazaca ponašanja, uvođenje jasnih pravila, dogovor o posledicama ako se pravila prekrše, doslednost, blaže kazne.
- Poboljšanje monitoringa dece (u smislu proveravanja i nadzora, ali primereno uzrastu deteta). Ako je adolescent u pitanju i izostajao je iz škole, primereno je da roditelji imaju pojačan kontakt sa školom, da provere da li je redovan

na nastavi, ali nije primereno da ga više puta u toku večeri zovu mobilnim telefonom dok je sa društvom u izlasku).

- Podrška jačanju roditeljskog subsistema (ako roditelji imaju jasne dogovore i drže ih se, mlada osoba će imati manje prostora za manipulaciju), konzistentnost u vaspitanju. U tom cilju povremeno se mogu organizovati susreti samo za roditeljski par.

- Modifikaciju komunikacijskih obrazaca koji održavaju antisocijalno ponašanje, psihoedukacija roditelja o važnosti potkrepljivanja prosocijalnih oblika ponašanja.

- Podsticanje porodice da razviju nove načine interakcije, nove porodične rituale koji su usmereni na podsticanje bliskosti u porodici. Istraživanje na uzorku iz naše populacije je pokazalo da se upravo kohezivnost može smatrati protektivnim faktorom u porodicama sa visokim rizikom za razvoj poremećaja ponašanja (Marković i sar., 2008).

Poremećaji ishrane: anoreksija nervosa

Poremećaji ishrane imaju manju učestalost u odnosu na neke druge psihijatrijske poremećaje mladih, ali su vrlo čest uzrok hospitalizacije na odeljenjima za dečiju i adolescentnu psihijatriju (Šobot, Marković, Srdanović Maraš, i Mitrović, 2010). Iako se opisuje kao bolest modernog vremena ili kao bolest zapadne kulture, istraživanja govore da je anoreksija nervoza prisutna u svim kulturama a opisi bolesti su nađeni u dokumentima starim nekoliko stoleća (Morris, 2012). Anoreksiju nervozu karakterišu namerni gubitak telesne mase, intenzivni strah od debljanja, poremećaj telesne sheme i gubitak menstruacije (kod devojaka). Termin anoreksija znači „bez gladi” što je upravo obrnuto od iskustva obolelih od ovog poremećaja, gde je kontrola gladi ono čime su oni preokupirani veći deo vremena.

Iako neka savremenija istraživanja pokazuju da ne postoji specifična porodična disfunkcionalnost koja bi vodila baš u razvoj poremećaja ishrane, ipak se u ovim porodicama mogu prepoznati različiti ekstremni oblici relacionih stilova (Srdanović Maraš, Šobot, Marković i Telečki, 2010) od kojih se neki posledica samog poremećaja ishrane.

Karakteristike porodica:

- Ove porodice su često hiperprotektivne, rigidne te na taj način obeshrabruju individualnost članova porodice (Srdanović Maraš i sar., 2010)

– Izrazita je umreženost koja otežava ostvarivanje razvojnih zadataka postizanja autonomije i separacije. Umrežene porodice podrazumevaju visok stepen bliskosti, upućenost članova jednih na druge, davanje prednosti zajedništvu više nego individualnim potrebama. Međutim odrastanje u njima je veoma teško, svaka različitost doživljava se kao izdaja od strane drugih, pritisci su izuzetno snažni.

– Uobičajeno je da se konflikti izbegavaju, a postojanje problema se negira. Ulažu ogromni naponi da se održi iluzija skladne porodice u kojoj nema konflikata.

Terapijski proces:

U klasičnoj porodičnoj terapiji savetuje se da roditelji smanje pritisak vezano za ishranu i da odgovornost oko nje prepuste pacijentu. Neki noviji pravci takođe podržavaju koncept preuzimanja odgovornosti pacijenta za hranu, ali tek u kasnijim fazama tretmana. Smatra se da je u početnim fazama važno ohrabriti roditelje da nahrane svoje dete. Ovaj pristup podrazumeva i psihoedukaciju roditelja o zdravoj ishrani, o poremećaju, o uticaju poremećaja na porodicu (Lock & Le Grange, 2013). Terapeut se postavlja više kao savetnik i saradnik porodice, nikako kao ekspert i jako se vodi računa da se porodica osnažuje da koristi svoje zdrave resurse i snage. Preporučuju se nedeljni susreti koji se stabilizacijom poremećaja proređuju, ali je potrebno praćenje i do godinu dana. Kontrola režima ishrane je najhitniji cilj. Radi se takođe na roditeljskim kompetencijama, redukovanju straha, bespomoćnosti i ljutnje. Ističu se opasnosti bolesti, za razliku od krivice koja je neproaktivna, anksioznost podstiče na akciju. Roditelji se osnažuju da zajedno smisle strategiju kako da nahrane svoje dete. Nekada se u porodičnoj seansi organizuje **porodični ručak**, kome prisustvuju i terapeuti. Hranu mogu da donesu roditelji ili da terapeuti obezbede neke grickalice. Cilj je u tome da se terapeuti, najčešće se radi koterapijski, pridruže porodici, da osete atmosferu, da posmatraju dinamiku i interakcije vezano za hranu. Na osnovu ovih uvida terapeuti mogu da intervenišu u samoj seansi i da sugerišu roditeljima kako da se koriguju u ponašanju i budu efikasniji u podsticanju deteta da uzme hranu. Važan deo terapijskog procesa je razgraničavanje bolesti od pacijenta, veoma efikasna intervencija koja se može koristiti u tu svrhu je **eksternalizacija**. Ovo je tehnika koju su razvili narativni terapeuti Michael White i David Epston (1990). Najpre se pronade etiketa/oznaka za prezentujući problem koja sugeriše da je problema *nešto*-spoljašnji agens, izvan identifikovanog pacijenta i ostalih članova porodice (Gammer, 2009). Na primer problem je anoreksija, a ne ćerka koja odbija da jede. Takvo

označavanje problema omogućava terapeutu i članovima porodice da o njemu govore na slobodniji način, bez okrivljavanja i kritiziranja. Možemo pitati: “Kada se anoreksija pojavila u porodici?”, “Kako je anoreksija promenila odnose u porodici?”. Autonomija se u ovim porodicama doživljava kao pretnja, a poremećaj ishrane daje adolescentu iluziju kontrole i autonomije. Insistira se na tome da postoje jasne granice u kontroli ishrane, a u drugim aspektima funkcionisanja se podstiče razvojno adekvatna autonomija. Konačno u daljim fazama rada podstiče se pacijent da preuzme odgovornost za ishranu.

Specifični terapijski ciljevi:

- Defokusiranje i stavljanje problema u relacioni kontekst.
- Rad na detriangulaciji hroničnih i brojnih trouglova u porodici.
- Rad na komunikaciji i jasnijem definisanju granica između sistema u porodici.
- Ukoliko je uočena bračna disfunkcionalnost otvara se i ova tema.
- Otklanjanje straha od separacije, vezano za odrastanje dece.

Primer:

Porodicu čine identifikovana pacijentkinja (18), roditelji, brat (13 godina) i očeva majka. Radi se o proširenoj porodici koja aktuelno funkcioniše kao jednoroditeljska zbog očevog odlaska na rad u drugu zemlju. Brak roditelja je od početka disfunkcionalan. Majka je u vanbračnoj vezi poslednjih deset godina. Roditelji navode da imaju blizak odnos sa decom. Porodični sistem je haotičan, ne postoje jasne granice između sistema. Uloge su promenljive i nedovoljno definisane. U nekim segmentima majka funkcioniše kao jedan od siblija ne preuzimajući na sebe roditeljsku ulogu, pogotovo u periodu pre pojave bolesti. Opisuje kako je počela da kuva za porodicu i brine o domaćinstvu tek nakon što se ćerka razbolela, a do tada je o domaćinstvu vodila računa baba, očeva majka. Visoka je i umreženost, na jednoj od prvih

seansi majka se rasplakala dok je govorila kako joj je teško što je ćerka bolesna, brat počinje da plače kad je video da majka plače, identifikovana pacijentkinja se rastužila i govori kako se oseća krivom što oni plaču. Majka zauzima poziciju žrtve, jer je ulaskom u brak morala da se odrekne mnogih ambicija, ostanak u nesrećnom braku pravda time da su deca to od nje tražila i očekivala. Često govori kako će čim ćerka ozdravi otići iz porodice i otpočeti život sa partnerom sa kojim ima višegodišnju vanbračnu vezu. Na osnovu ovakve izjave terapeuti hipoteziraju tome koja je funkcija simptoma u porodici: očuvanje braka roditelja.

U prvoj fazi tretmana, u terapiji su bili identifikovani pacijentkinja, majka i brat, otac nije bio tu. Porodični problem se smeštao samo u identifikovanu pacijentkinju. Mama je krivi za bolest, nerado dolazi na porodične tretmane, ne veruje da će bilo koji tretman dovesti do uspeha, jer prethodni nisu. Sklona je da odustane i povuče se iz svega. Jedino što je minimalno motiviše je strah da će joj ćerka umreti od anoreksije. Tokom terapijskih susreta razdvaja se poremećaj od identifikovane pacijentkinje, čime se problem eksternalizuje. Pružaju im se informacije vezano za prirodu bolesti i tretman koji je pred njima. Majka se podstiče na čitanje literature o poremećaju. U ovoj fazi tretmana, fokus je bio na kreiranju kvalitetnog odnosa sa porodicom, pridruživanju i naglašavanju snaga porodičnog sistema. Tokom tretmana postepeno se na mesto krivice uvodi koncept odgovornosti. Proveravanja majke šta i koliko identifikovana pacijentkinja jede se preuokviravamo (reframing) kao brigu, a ne kontrolu. Naglasak je na važnosti dobijanja na telesnoj težini. Majku osnažujemo i jača se njena posvećenost i rešenost da ostvari zadatak i nahrani svoje dete. Pacijentkinja prihvata da majka odlučuje o veličini porcije za obrok, ali se unapred dogovaraju o vrsti hrane koju će majka pripremiti.

Povratak oca u grad praćen je promenama u porodičnom sistemu koji je postao relativno stabilan. Bilo je neophodno uključiti ga u tretman, što je on odbijao, smatrajući da njegova ćerka nema nikakav problem. Kako bi dalji porodični tretman bez njega bio teren za stvaranje koalicija, napisali smo mu pismo o važnosti njegovog prisustva. Otac dolazi na terapiju i aktivno se uključuje u proces. Komunikacija u porodici nije direktna, dosta toga je nedorečeno, nejasno i prikriveno. Ovakva komunikacija kod svih članova porodice stvara osećanje nesigurnosti i nelagode. Jedna od važnijih tema koja je na ovaj način tretirana u porodici je i brak roditelja. Pominju se neodređeni termini kada će mama otići, kad pacijentkinja ozdravi, kad brat upiše srednju školu, ali se razvod ne pominje. Podstičemo roditelje da preuzmu svoje roditeljske odgovornosti, da definišu svoj odnos i da tokom narednih meseci donesu odluku gde će živeti i kakav će njihov odnos biti u budućnosti (problem braka i budućeg zajedničkog života vraća se roditeljima-supružnicima i time se detrianguliraju deca).

U sledećoj fazi, fokus je na tome da pacijentkinja preuzme odgovornost za sopstvenu ishranu. Ona povremeno priprema samostalno obroke i sama odlučuje o količini hrane koju unosi. U završnoj fazi tretmana porodica se ohrabruje da obezbedi autonomiju primerenu godinama. Granice između subsystema su jasnije. Deca su se distancirala u odnosu na brak roditelja, tu temu i problem doživljavaju kao nešto što pripada roditeljima i čime bi roditelji trebalo da se bave. Međutim roditelji i dalje žive u istoj kući, distancirani, ali se ne svađaju.

Nisu spremni da rade na svom odnosu. Zadovoljni su postignutim i procenjuju da dalje mogu sami da funkcionišu. Pacijentkinja je uspostavila normalnu telesnu težinu koju je održavala i tokom redovnih kontrola narednih šest meseci. Ona bolje socijalno funkcioniše, upisala je fakultet i planira samostalan odlazak na letovanje. Porodica se reintegrisala oko uobičajenih razvojnih zadataka koji su bili prekinuti zbog anoreksije.

Primer preuzet iz članka: Porodična terapija anoreksije nervoze - prikaz slučaja. Srdanović Maraš, Šobot, Marković, i Telečki (2010)

Literatura:

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Crisp, B., & Knox, D. (2009). *Behavioral Family Therapy*. Durham NC: Carolina Academic Press.
- Gamer, C. (2009). *The Child's Voice in Family Therapy: a systemic perspective*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Lock, J., & LeGrange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Lowenstein, L. (1999). *Creative Interventions for Troubled Children & Youth*. Toronto: Champin press.
- Marković, J. (2014). Teorija i praksa epidemioloških istraživanja u dečijoj psihijatriji. *Psihijatrija danas*, 46(1), 5-19.
- Marković, J., Mitrović, D., Ivanović-Kovačević, S., i Vasić-Zarić, V. (2009). Depresivni poremećaji u adolescenciji. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 17(3-4), 64-71.
- Marković, J., Mitrović, D., Ivanović-Kovačević, S., Šobot, V., i Srdanović, J. (2008). Karakteristike porodične strukture i komunikacija u porodicama sa decom sa poremećajem ponašanja. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 16(3-4), 24-31.
- Marković, J., Srdanović-Maraš, J., Šobot, V., Ivanović-Kovačević, S., & Martinović-Mitrović, S. (2011). Neke psihološke karakteristike kao protektivni, odnosno rizični faktori za pojavu poremećaja ponašanja. *Psihologija*, 44(2), 167-185.
- Milojković, M, Srna, J, i Mićović, R. (1997). *Porodična terapija*. Beograd: Centar za brak porodicu.
- Morris, J. (2012). Eating disorders. U J.M. Rey (Ur.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Scott, S. (2012). Conduct disorders. U J.M. Rey (Ur.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Srdanović Maraš, J., Šobot, V., Marković, J., i Telečki, T. (2010). Porodična terapija anoreksije nervoze - prikaz slučaja. *Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline*, 32(3), 95-100.
- Šobot, V., Ivanović-Kovačević, S., Marković, J., Srdanović-Maraš, J., & Mišić-Pavkov, G. (2010). Maloletnička delinkvencija. *Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline*, 32(3), 53-61.

Šobot, V., Marković, J., Srdanović-Maraš, J., & Mitrović, D. (2010). Obeležja ličnosti adolescentkinja sa poremećajem ishrane. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 18(3), 54-59.

DRAFT

SAVETODAVNI RAD SA PORODICAMA ADOLESCENATA NAKON POKUŠAJA SAMOUBISTVA

Jelena Srdanović Maraš

Klinika za dečju i adolescentnu psihijatriju, Klinički centar, Novi Sad

Činjenica da imate čitavu porodicu na istom mestu u istom trenutku,
gde otvoreno ispoljavaju svoje misli i emocije samo po sebi je
moćna terapijska intervencija (Jurich, 2008)

Samoubistvo se nalazi na drugom ili trećem mestu kao najčešći uzrok smrti među mladima (WHO, 2004; WHO, 2006). Svakog dana 250 adolescenata izvrši, a 10000 njih pokuša samoubistvo (WHO, 2002). Kao što se vidi iz navednih brojki, učestalost pokušaja samoubistva je znatno veća od izvršenih samoubistava, a poslednjih decenija registruje se povećanje stope pokušaja samoubistava među mladima. Savremena razmatranja u suicidologiji zauzimaju poziciju da je važno proučavati i razumeti čitav opseg suicidalnog ponašanja koje uključuje suicidalnu ideaciju, samopovređivanje, pokušaje samoubistva, manjeg i većeg stepena letalnosti i sam suicid koji podrazumeva smrtni ishod (McKeon, 2009). Suicidalna ideacija, samopovređivanje, pokušaji suicida i izvršeni suicidi (*Tabela 1*) jesu različiti oblici suicidalnog ponašanja (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a), hijerarhijski su povezani i moguće ih je posmatrati kao sukcesivne delove kontinuuma suicidalnosti (Wilde, 2000).

Ko su mladi koji pokušavaju samoubistvo?

U adolescentnoj populaciji suicidalna razmišljanja su relativno uobičajena, pokušaji samoubistva su nešto ređi, dok je suicid, zapravo, redak događaj. 15% adolescenata ima suicidalnu ideaciju, a oni koji pokušaju samoubistvo izveštavaju da su suicidalne misli bile nametljive i frekventne. Tranzicija od suicidalne ideacije do prvog pokušaja se u 60% slučajeva dešava u prvoj godini od pojave suicidalne ideacije (Nock i sar., 2008).

Tabela 1 Različiti oblici suicidalnog ponašanja

Suicidalna ideacija	Odnosi se na razmišljanja o samoubistvu (Ostamo, 2001). Pojavljuje se u rasponu od pasivnih misli do specifične ideacije sa namerom i planom, u osnovi je izvršenih (Brent, Perper, Mority, Baugher, & Allman, 1993) i pokušanih samoubistava (Andrews & Lewinsohn, 1992; Brent i sar., 1993). Procenjuje se tokom intervju a i primenom različitih upitnika (Silverman i sar., 2007a).
Samopovređivanje	Potencijalno povređujuće ponašanje za koje postoje eksplicitni ili implicitni dokazi da osoba nije želela da umre (Silverman i sar., 2007b), nije povezano sa namerom osobe da umre (McKeon, 2009). Po nekim autorima, samopovređivanje u smislu seckanja, rezanja – jeste ponašanje koje je pre u vezi sa visokim nivoom distresa, nego sa pokušajem suicida (Sakinofsky, 2000), repetitivno je, ne prati ga suicidalna ideacija i namera i oštećenja koja izaziva su blaga do umerena (Guertin, Lloyd-Riscardon, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001). Istovremeno, mnogobrojne studije ukazuju na to da samopovređivanje uvećava rizik za pokušaje suicida i za suicid (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005).
Pokušaj samoubistva	Definiše se kao potencijalno samopovređujuće ponašanje sa ishodom koji nije fatalan, gde postoji dokaz, implicitan ili eksplicitan, da je osoba na nekom nivou imala nameru da se ubije (Ostamo, 2001; Silverman i sar., 2007a). Kod pokušaja samoubistva metodi, nivoi letalnosti i namera mogu se veoma razlikovati, što proizvodi različite posledice. Mnogobrojne retrospektivne i prospektivne studije ukazuju da pokušaji samoubistva uvećavaju rizik za buduće pokušaje suicida i za suicid (Fergusson i sar., 2005). procenjuje se da je 30-40% osoba koje izvrše suicid ranije već imalo pokušaj samoubistva (Hawton, 2005).
Suicid	Definiše se kao smrt od povrede, trovanja ili ugušenja, gde postoji eksplicitan ili implicitan dokaz da je povredu osoba sama sebi nanela i da je nameravala da se ubije (Silverman i sar., 2007b).

U suicidologiji se smatra pogrešnim izjednačavanje izvršenih suicida i nefatalnih suicidalnih pokušaja (McKeon 2009). Devojke više pokušavaju, a mladići izvršavaju samoubistvo (Hawton & Fortune, 2008). Većina pokušaja se dogodi kod kuće najčešće posle akutne krize kao što je interpersonalni konflikt (svađa sa roditeljima, partnerom, prijateljima, praćena doživljajem odbačenosti), disciplinska mera, seksualni napad ili gubitak. Intoksikacija psihoaktivnim supstancama, koja često prati ovakve krize može biti okidač za pokušaj suicida kod adolescenta koji je preplavljen osećanjima stida, poniženja ili frustracije. Koriste se sredstva sa niskim nivoom letaliteta, često je prisutan i prethodni nagoveštaj, najava (Srdanović Maraš i sar., 2013). Razlozi za pokušaj samoubistva mogu biti veoma različiti: oslobađanje od nepodnošljivog psihičkog stanja, beg od nerešivih situacija, pokušaj da navedu druge da se zabrinu, osveta, pokušaj da utiču na drugu osobu da promeni mišljenje, demonstracija ljubavi prema nekom, traženje pomoći (Wenar, 2003). Postoji opšte slaganje da je cilj pokušaja suicida da se promeni život, a ne da se on okonča (Biro, 1981). Istraživanja

ukazuju da svega polovina mladih koji pokušaju suicid, stvarno želi da umre. Pokušaj samoubistva se najčešće izvršava bez planiranja (Srdanović, 2009; Srna, 1997), prethodni pokušaj je snažan faktor rizika za neki naredni pokušaj, koji neretko tada biva fatalan. Statistički podaci pokazuju da su adolescenti koji izvrše suicid uglavnom mladići koji koriste visoko letalna sredstva. Mladići koji izvrše suicid za sredstvo najčešće biraju vešanje i vatreno oružje, dok devojke skaču sa visine ili uzimaju letalne doze lekova.

Stariji adolescenti imaju veću stopu izvršenih sucida nego mlađi adolescenti. Stope suicida se konstantno povećavaju od detinjstva prema adolescenciji. Smatra se da je deo objašnjenja u činjenici da je u adolescenciji veća prevalenca psihopatologije, posebno kombinacije poremećaja raspoloženja i zloupotrebe supstanci. Adolescenti su takođe kognitivno spremniji da planiraju i izvrše letalni suicidalni pokušaj i kod njih se registruju snažnije suicidalne namere u odnosu na mlađe adolescente. Stariji adolescenti, takođe, imaju veću autonomiju i roditelji ih manje nadziru, što povećava verovatnoću za njihovo izolovanje, usled čega je rizik za suicid okolini manje očigledan (Hawton & Fortune, 2008).

Literatura nudi različite modeli koji objašnjavaju suicidalno ponašanje adolescenata na različite načine, a u najširem smislu suicidalno ponašanje se smatra rezultatom interakcije socio-kulturnih, razvojnih, psihijatrijskih, psiholoških i porodičnih faktora (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). U Tabeli 2 (*Tabela 2*) dat je pregled najvažnijih faktora rizika za suicidalno ponašanje adolescenata koji se konzistentno pojavljuju u različitim i mnogobrojnim istraživanjima.

Porodični faktori i suicidalno ponašanje

Posebno ćemo se osvrnuti na porodične karakteristike, kao i na ulogu koju porodica ima u suicidalnom ponašanju mlade osobe, ali i u terapijskom procesu, nakon pokušaja samoubistva.

Kod mladih osoba porodica predstavlja bitan činilac u *prenosu* pokušaja samoubistva i suicida i to nezavisno od prisustva drugih psihijatrijskih poremećaja u porodici (Apter, 2010). Porodični faktori rizika za pokušaje samoubistva su: roditeljska psihopatologija (Brent i sar, 1993), veća stopa suicidalne ideacije kod bližih srodnika (Pfeffer, Zuckerman, Plutchik, Mizruchi, 1984), veći broj pokušaja i izvršenih samoubistava u porodici (Marušić, Roškar, & Hughes, 2004), godine roditelja (mlađi od 20 godina u vreme kada se adolescent rodio), nizak obrazovni nivo roditelja, loša materijalna situacija, jednoroditeljske porodice, gubitak sibringa, porodični nesklad (Brent, Perper, & Goldstein, 1996; Srdanović, Marković, Dukić, Biro, 2011).

Opisuje se da se u porodicama mladih osoba koje ispoljavaju suicidalno ponašanje sreće nizak nivo podrške (Kerr, Preuss, & King, 2006), nedostaci u sferi međugeneracijskih granica (Pfeffer, 2000), disfunkcionalni obrasci komunikacije (Leenaars, 2004) i visok nivo hostilnosti (Jurich, 2008). Međutim izgleda da se ipak ne može govoriti o karakteristikama koje su specifične za porodice u kojima adolescent pokuša samoubistvo, one se ne razlikuju od porodica u kojima adolescent ima neki drugi psihijatrijski simptom. Zapravo radi se o manje funkcionalnim porodicama koje adolescenti opažaju kao disfunkcionalne na različitim nivoima (Srdanović, 2009). Važno je napomenuti da su adolescenti depresivniji, imaju niži stepen samopoštovanja i intenzivniju suicidalnu ideaciju kada svoju porodicu opažaju kao nekompetentnu (Srdanović Maraš i sar., 2011). Podsetimo se da su sve ovo faktori rizika, kako za pokušaje samoubistva, tako i za sam suicid.

Suicidalno ponašanje mladih je multifaktorijalno uslovljeno, a prethodni pokušaj samoubistva i psihopatološke poteškoće adolescenta predstavljaju najsnažnije faktore rizika za pokušaje samoubistva (Srdanović Maraš, Kolundžija, Dukić, Šobot, & Marković, 2010). Uloga porodičnih faktora možda nije presudna u dinamici suicidalnog ponašanja (Srdanović Maraš, Marković, Šobot, Dukić, 2011), ali se ona ne sme zanemariti. Jedno je sigurno: porodica je od neprocenjivog značaja u tretmanu i oporavku adolescenta nakon pokušaja samoubistva.

Tabela 2 Faktori rizika za suicidalno ponašanje adolescenata

Prethodni pokušaj	Najsnažniji faktor rizika i to nezavisno od prisustva psihopatologije. Uvećava rizik za suicid 10-60 puta (Brent i sar., 1996). Rizik za ponovno suicidalno ponašanje je najveći u prvih 3 do 6 meseci od pokušaja, ali je značajno povećan u periodu od sledeće dve godine (Bridge i sar., 2006).
Poremećaji raspoloženja	60% mladića i 44% devojaka koji su pokušali suicid imaju simptome umerene i teže depresivnosti (Von Knorring & Kristiansson, 1995).
Zloupotreba supstanci	1/3 mladih osoba koje su hospitalizovane zbog pokušaja samoubistva zloupotrebljavali su alkohol u vreme pokušaja (Hawton i sar., 2003). Adolescenti koji pokušaju suicid češće zloupotrebljavaju supstance od onih koji imaju suicidalnu ideaciju, što ukazuje da zloupotreba supstanci potpomaže tranziciju od ideacije do ponašanja.
Komirbiditet	Često prisustvo komorbidnih poremećaja; najčešće se radi o interakciji mentalnog poremećaja, zloupotrebe supstanci i interpersonalnih teškoća (Hawton & Fortune, 2008)
Beznadežnost, samopoštovanje	Adolescenti koji pokušavaju samoubistvo često imaju sniženo samopoštovanje (Srdanović, 2009; Wilde, 2000), postoji povezanost beznadežnosti i pokušaja i izvršenih suicida (Stewart i sar., 2005)
Psihološke karakteristike adolescenta	Neke psihološke karakteristike povezane su sa suicidalnim ponašanjem: dihotomno mišljenje (Pfeffer, 2000), loše veštine rešavanja problema (Speckens &

	<p>Hawton, 2005) i generalizovana <i>autobiografska memorija</i> (Williams & Pollock, 2000). Suicidalne osobe imaju poteškoća da se prisete događaja iz lične istorije u detalje. Imaju tendenciju da se događaja prisećaju uopšteno, pri čemu su sećanja obojena depresivnošću i beznadežnošću (Williams, Crane, Barnhofer, & Duggan, 2005). Adolescenti koji pokušaju samoubistvo su često socijalno izolovani, slabije su integrisani u vršnjačkoj grupi, osećaju se usamljeno. Imaju deficitarne veštine rešavanja problema i interpersonalnih konflikata. Karakteriše ih rigidno mišljenje i doživljaj da nemaju kontrolu nad svojom okolinom (Wenar, 2003).</p> <p>Određene crte ličnosti kao što je impulsivnost, agresivnost, anksioznost i iritabilnost povezane su sa pokušajima samoubistva (Bridge i sar., 2006).</p>
Suicidalno ponašanje prijatelja i prikazi suicida u medijima	<p>Rizik za pokušaj samoubistva i suicidalnu ideaciju povećava se za mladu osobu čiji je prijatelj pokušao suicid prethodne godine (Evans, Hawton, Rodham, 2004). Jedno od mogućih objašnjenja jeste modelovanje, dok bi alternativno objašnjenje moglo biti u visokom nivou stresa usled izloženosti suicidalnom ponašanju (Wilde, 2000). Medijski izveštaji utiču na suicidalno ponašanje, posebno kada mada osoba može da se identifikuje sa modelom po godinama, polu i nacionalnosti, kao i kada se radi o suicidima poznatih i slavnih (Hawton & Williams, 2005).</p>
Metod	<p>Smrtnost se može povećati ili smanjiti u zavisnosti od dostupnosti određenog metoda. U mnogim zemljama prevencija suicida podrazumeva kontrolu dostupnosti letalnih sredstava za suicid, kao što su vatreno oružje i pesticidi (Hawton & Fortune, 2008).</p>

Rad sa porodicom nakon adolescentnog pokušaja samoubistva prikaz terapijskih intervencija

Nije nikakvo preterivanje kada kažemo da je od vitalnog značaja razvijanje najefikasnijeg mogućeg tretmana za suicidalne mlade osobe. Kao što je već rečeno adolescenti koji su pokušali suicid su u većem riziku da ga izvrše, pogotovo u prvih 12 meseci od pokušaja (Barry, 2009). Uvremenjen tretman posle pokušaja samoubistva može prevenirati kasniji suicid. Važno je napomenuti da se u periodu posle pokušaja mnoge mlade osobe nalaze u intenzivnom distresu i imaju različite probleme prilagođavanja, poteškoće u školi, probleme pažnje, ponavljanje pokušaja, depresivni su i osećaju se beznadežno. Sa njima je efikasno raditi na dva fronta, u smislu individualne psihoterapije i porodičnog savetovanja. Ukoliko postoje određene psihopatološke poteškoće (depresivnost, psihotičan poremećaj, zloupotreba supstanci i sl.) važno ih je tretirati. Kod adolescentnih pokušaja samoubistva je važno raditi timski, psiholog-psihijatar, i zajednički proceniti suicidalni rizik i potrebu za uvođenje psihofarmaka.

Prvi terapijski izazov i zadatak jeste pridruživanje porodici. Pridruživanje je moćna terapijska intervencija koja se radi tokom čitavog procesa, a najintenzivnije na samom početku, kada se upoznajemo sa porodicom. Rukujemo sa svakim, trudimo se da upamtimo

svako ime, prilagođavamo govor / jezik i oblačenje kontekstu u kome radimo i socijalnom miljeu iz koga dolaze klijenti. Radimo na tome da izgradimo odnos sa svakim članom porodice. Pažljivo slušamo, ne zauzimamo stranu. Sve ovo činimo da ciljem da nas porodica prihvati, da joj se približimo i onda bolje razumemo atmosferu, procese, emocije i kreiramo terapijske intervencije (Juric, 2009; Rivet & Street, 2009).

Kada član porodice pokuša samoubistvo to je traumatičan događaja koji utiče na svakog člana sistema. U susretu sa porodicama adolescenata koji su pokušali samoubistvo upadljivo je prisustvo ekstremnih reakcija. Naime, postoje roditelji koji su posle pokušaja samoubistva svog deteta preplašeni, preplavljeni osećanjem krivice „Kako nismo prepoznali znake?“, „Zašto smo olako uzimali najave?“. Sada sumnjaju u sebe i svoje roditeljske veštine i potpuno se oslanjaju na profesionalce u strahu da preuzmu bilo kakvu odgovornost, nespreni da postavljaju granice. S druge strane, postoje roditelji koji su besni na svoje dete „Kako je mogla to da nam uradi?“, „Zašto sa mnom nije razgovarao o tome kako se oseća, zašto se meni nije obratio?“. Kao i oni koji veruju da je sve što se dogodilo samo manipulacija deteta, način da skrene pažnju na sebe. Većina ovih ekstremnih emocija predstavlja normalnu reakciju na traumatičan događaj, ali je važno da roditelji razumeju da ovakva osećanja neće pomoći da njihovo dete prestane da bude suicidalno. Očigledno je da je u radu sa svim ovim porodicama neophodno da terapeut bude izrazito delikatan. Potrebno je da uvaži osećanja roditelja, a da istovremeno razume i zaštititi adolescenta. Terapeut u ovom zadatku može da uspe samo ako se dobro pridruži porodici i adolescentu.

Klinička praksa, kao i relevantna literatura nas opominje da je veoma važno OZBILJNO shvatiti svaki pokušaj samoubistva (McKeon, 2009). Ako roditelji olako shvataju pokušaj ili ga doživljavaju kao manipulaciju efikasna strategija je da se iskoristi autoritet profesije, pozivanje na istraživanja koja govore o tome da je svaki pokušaj rizik za neki naredni i da se nikad ne zna šta će biti ishod, „Adolescent može slučajno da uzme baš *pravu* kombinaciju lekova iako mu nije bila namera da umre“. Timski pristup o kome smo govorili, roditeljima šalje poruku da je profesionalac ozbiljno shvatio pokušaj suicida. Čak i kada je pokušaj samoubistva manipulativan i ima za cilj privlačenje pažnje ili ostvarivanje neke dobiti, on se može razumeti kao poziv okruženju da se uključi u rešavanje problema koje adolescent ima.

Veoma je važno da terapeut ne zacementira sebe u ekspertsku poziciju i ne „oduzme“ roditeljima autoritet. Roditeljima često treba pomoć da se osnaže i ponovo preuzmu svoju roditeljsku ulogu i odgovornost za donošenje odluka u vezi sa sopstvenim detetom.

Najočigledniji primer potrebe za zaštitom adolescenta je kada se susretnemo sa ljutim roditeljima, koji kritikuju, osuđuju. Tada je korisna strategija da se suicidalno ponašanje redefiniše kao „Način za rešavanje (ili beg) od problema“, koji je disfunkcionalan. Cilj tretmana je da adolescent osvesti da je to pogrešan način i da razvije efikasnije strategije za rešavanje problema. Ili da se suicidalno ponašanja reframira kao *porodični problem* (Barry, 2009).

Terapijski rad sa suicidalnim adolescentom koji nije hospitalizovan veoma je provokativan i izazovan, a u cilju zaštite adolescenta od njega samog često se pravi antisuicidalni ugovor. To je jedna od najkontraverznijih tema vezano za brigu o suicidalnom pacijentu. Veliki broj terapeuta se oseća sigurnije kada ovakav ugovor postoji, iako nema jasnih dokaza da je on zaista delotvoran (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunny, 2002). Antisuicidalni ugovor je terapijski ugovor i podrazumeva dogovor sa klijentom da se neće ubiti ili na neki drugi način dovesti sebe i svoj život u opasnost. Može biti usmen ili u pisanoj formi i tada ga potpisuju adolescent i terapeut. U početku se pravi na period do sledećeg susreta. Pravljenje ugovora podrazumeva kliničku procenu o stepenu suicidalosti. Ukoliko klijent na ovaj način ne može da se obaveže da se neće ubiti predlaže se hospitalizacija. Ugovor ima posebnu vrednost ukoliko je njegovo kreiranje proces koji podrazumeva identifikaciju okolnosti koje prethode pokušaju ili intenzivnoj suicidalnoj ideaciji, uz analizu hipotetičke situacije „Šta ako se ista stvar/situacija ponovi?“ (Tabela 3).

Tabela 3 Ilustracija sekvence u savetodavnom radu sa suicidalnim adolescentom

Terapeut: Čini mi se da si imala težak vikend.
Adol: Da.
Terapeut: Bila si uznemirena što se tata nije javio za tvoj rođendan?
Adol: Bolje da me nema...
Terapeut: Sada razmišljaš o samoubistvu?
Adol: Da.
Terapeut: Kada si počela da razmišljaš o samoubistvu?
Adol: Sada, pre minut.
Terapeut: Šta se dešavalo baš pre nego što si počela da razmišljaš o samoubistvu?
Adol: Pomenula si mog tatu.
Terapeut: Kada sam pomenula da si bila uznemirena jer se tata nije javio, ti si odmah počela da razmišljaš o samoubistvu?
Adol: Da.
Terapeut: Šta misliš o tome da ja ponovim šta sam rekla i da se ti koncentrišeš na osećanja koja se pojave i da mi ih onda opišeš. Može?
Adol: Pokušaću.
Terapeut: Bila si veoma uznemirena kada ti se tata nije javio za rođendan?
Adol: Da.

Terapeut: Šta si primetila, kako si se osećala kada sam ja to izgovorila?

Adol: Besno!

Važna komponenta antisuicidalnog ugovora koja pojačava njegovo *dejstvo* je sigurnosti plan, koji podrazumeva šta sve osoba može da uradi kada se oseća suicidalno (McKeon, 2009). Zajedno sa adolescentom tačno se definišu (obično i napišu) stvari koje može da uradi, zatim osobe kojima će se obratiti (najmanje 3 odrasle osobe, od poverenje, ne moraju to uvek biti roditelji, može razredni starešina, rođak...) ukoliko bude suicidalna. Takođe se naglasi koji telefonski broj ili službu za intervenciju u krizi može da pozove za pomoć. Ako ništa od toga ne pomogne da se suicidalna osećanja umanje predviđa se javljanje u bolnicu (*Tabela 4*).

Kada se antisuicidalni ugovor pravi u sklopu porodičnog savetovanja obavezno se dodaje i deo u kome se savetuje da roditelji sklone sve opasne stvari (pištolj, pesticidi, lekovi), da obezbede neku vrstu nadzora nad adolescentom, nekad i da ga ne napuštaju. Često adolescentima smeta prevelika pažnja roditelja pa se opet prave dogovori oko prave mere nadzora (koji smanjuje anksioznost roditelja) i slobode adolescenta. Definiše se i sa kojim vršnjacima može da kontaktira, koji nisu problematičnog ponašanja, i na koji način.

Tabela 4 Primer antisuicidalnog ugovora koji sadrži bezbednosni plan

Antisuicidalni ugovor	
Ako se budem osećala suicidalno, neću se ubiti, niti ću uraditi bilo šta što bi moglo biti štetno za mene. U slučaju se osetim suicidalno preduzeću sledeće korake:	
1. razgovaraću o svojim osećanjima sa XY, ako ne mogu da dođem do XY, razgovaraću sa ZF ili MN	
2. SOS, Centar Srce broj	
3. slušaću muziku/ otići ću u šetnju sa mamom/ aerobik/ crtanje	
4. Ako ništa ode prethodnog ne pomogne doći ću u bolnicu	
Ugovor važi do sledećeg susreta	
_____	_____
Klijent	Terapeut

U procesu pravljenja ovako kompleksnog antisuicidalnog ugovora koji sadrži i sigurnosni plan osnovni princip je da se ništa ne podrazumeva (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunny, 2002). Iskustvo pokazuje da se u velikom broju slučajeva ponovni

pokušaj smouibistva dešava u porodičnoj kući i sa lekovima koji su na dohvat ruke suicidalnom adolescentu. Dakle, sve mora biti transparentno i veoma jasno definisano. Pravi se u kontekstu i atmosferi brige za adolescenta, na način koji podrazumeva ideju da porodica ima kapacitet da izađe na kraj sa teškoćama koje se dešavaju. Na svakom sledećem susretu se proverava da li je ugovor *ispoštovan*, revidira se i produžava na period za koji se dogovore i odluče terapeut, adolescent i porodica, a što je u vezi sa procenom suicidalnog rizika.

U savetodavnom radu sa porodicom neophodno je fokusirati se na snage porodice. O tome pitamo porodicu. „Zamoliću vas da razmislite o teškim situacijama kroz koje ste prolazili?“, nakon par minuta ih pitamo: „Koje su snage vaše porodice?“. Važno je da članovi porodice osveste snage i da odu od terapeuta sa idejom i nadom da mogu zajedno da prevaziđu ovu teškoću. Često tražimo od roditelja da kažu 3 pozitivne stvari o adolescentu (ako im ne ide, ne puštamo ih, insistiramo, provociramo). Tražimo i od adolescenta da kaže 3 pozitivne stvari o roditeljima / porodici. Priča o snagama porodice je važna jer govori o tome na šta će se porodica osloniti u ovom kriznom periodu. Isto tako ovaj deo razgovora smanjuje anksioznost i provocira pozitivna osećanja pripradnosti porodice. Joiner (2005) govori o tome da su dva glavna razloga zašto se ljudi ubijaju doživljaj da su teret drugima i da nigde ne pripadaju. Osećanje povezanosti sa porodicom, prijateljima ili zajednicom ima protektivnu ulogu kada je u pitanju suicidalno ponašanje (McKeon, 2009). Ponovno povezivanje sa porodicom je veoma dragocena intervencija.

Tokom savetodavnog rada nezaobilazna tema je i komunikacija u porodici. Možemo je opservirati tokom savetodavnog rada, što je pravo mesto i vreme za intervenisanje. Adolescenti opisuju komunikaciju u porodicama kao konfliktnu i sa tendencijom za uzajmna okrivljavanja (Srdanović, 2009). Na primer često se dešava da tokom prvog susreta, gde uobičajeno razgovaramo o tome šta svaki član prepoznaje kao problem u porodici, bude upadljivo da svi dolaze sa jasnom idejom o tome ko je kriv za suicidalno ponašanje adolescenta. Cilj savetodavnog rada je da se tokom čitavog procesa rada sa porodicom uspostavi jasnija, otvorenija, direktnija komunikacija u porodičnom sistemu, pri čemu terapeut na svakom susretu ima priliku to da demonstrira. Još jedan od važnih terapijskih ciljeva je unapređenje veština rešavanja problema u porodici kroz rad na konkretnim problemima koje imaju (Jurich, 2008). Jedna od prvih tema koja se nameće je vezana za suicidalna osećanja koja adolescent ima i rizik koji to nosi. Važno je da se povećaju kapaciteti porodice da se nosi sa rutinskim problemima, ali i da može da prevenira buduće pokušaje suicida (Miller, Borus, Piacentini, Graae, & Castro - Bianco, 1992).

Savetodavni rad sa porodicom uobičajeno ima elemente psihoedukacije. Naime, članovi porodice moraju da razumeju i informišu se o faktorima suicidalnog rizika, kao i da znaju koji su specifični znaci suicidalnog rizika za njihovo dete (*Tabela 5*).

Tabela 5 Znaci suicidalnog rizika

Znaci suicidalnog rizika
Dugotrajno depresivno raspoloženje
Samopovređivanje
Promene u navikama
Izostajanje iz škole, slabo školsko postignuće
Izolacija od vršnjaka i bližnjih
Pripreme za smrt, poklanjanje odeće, dragocenih predmeta
Verbalni znaci upozorenja
Prethodni pokušaj
Bolan raskid
Nagomilavanje problema, doživljaj da ne mogu da ih reše

Svi ljudi žele da veruju da su njima bliske osobe bezbedne i da nisu u riziku da sebi oduzmu život. Mnogi roditelji isto tako razmišljaju kada njihovo dete posle pokušaja samoubistva bude pušteno kući iz bolnice. Nažalost, suicidalne ideje i suicidalni rizik mogu da fluktuiraju. O tome se otvoreno razgovara. Roditelji se podstiču da o svojim brigama razgovaraju otvoreno sa adolescentom, da provere kako se oseća, da pitaju da li je suicidalan (*Tabela 6*). Terapeut takvu komunikaciju demonstrira tokom susreta da njima, proveravajući suicidalni rizik: „Kako si se osećao prethodne nedelje?“, „Da li je bilo suicidalnih misli?“, „Kada?“, „Kako si se izborila sa njima?“, „Šta je pomoglo?“, „Da li si sada suicidalna?“. Važno je razuveriti roditelje vezano za to da razgovor o suicidalnoj ideaciji povećava rizik za suicid. Naprotiv, otvorena komunikacija, bez osuđivanja, dovodi do rasterećenja, smanjenja anksioznosti osobe (Shneidman, 1996). Istraživanja govore o tome da je visoka anksioznost faktor rizika za suicid (Busch, Fawcett, Jacobs, 2003).

Tabela 6 Preporuke za reagovanje u razgovoru sa suicidalnom osobom

Šta činiti ako nam se osoba poveri da razmišlja o samoubistvu?
Aktivno slušanje
Nemojte pokazivati čuđenje, strah
Ne obavezujte se na čuvanje tajne, zajednički potražite dalju pomoć
Ne osuđujte, ne pridikujte

U sklopu psihoedukacije često se bavimo i mitovima koje adolescent i njegova porodica imaju o suicidalnom ponašanju. Jedan od čestih je da osoba koja je stvarno rešena da se ubije će to i uraditi. Još je Shneidman (Shneidman, 1996) ukazivao na to da je suicidalna osoba tipično ambivalenta vezano za umiranje. Opisana ambivalencija može da se produži do same smrti. U kliničkoj praksi je uobičajeno da se suočavamo sa osobama koje pošto uzmu prekomernu dozu lekova pozovu pomoć. Ovakva situacija se često pogrešno interpretira kao znak da pokušaj suicida nije ozbiljan. Ipak, najtačnije ju je interpretirati kao manifestaciju ambivalencije koja je uobičajena za suicidalne osobe (McKeon, 2009).

Neke porodice zbog osećanja krivice i stida izbegavaju da se uključe u tretman i zatraže pomoć. Reakcija društva na pokušaj suicida ili suicid u porodici je neretko okrivljavajuća: „Nešto sigurno nije u redu sa ovom porodicom kada je mlada osoba rešila da se ubije. Mladi ljudi imaju toliko razloga za život!“. Neke porodice se nalaze u dvostruko negativnoj poziciji, jer pored osude društva imaju i lična, unutrašnja kolebanja, *nezavršene poslove*. U genogramima ovih porodica se često registruju suicidi, od kojih su mnogi predstavljali porodičnu tajnu, prikazivani kao nesrećni slučajevi. Može se reći da je mit u koji veruju o tome da je pokušaj suicida znak mentalne bolesti ili je znak da je porodica loša / bolesna. Ove porodice čak i od svoje najbliže okoline sakrivaju podatak o tome šta se dogodilo, čime sebe i svoje dete lišavaju podrške i pomoći u redukciji stresa koji izrazito visok posle pokušaja samoubistva (Beautrais, 2004). Ako se podsetimo da je pokušaj suicida snažan faktor rizika za neki novi pokušaj, onda znamo da je upravo situacija posle pokušaja pravo vreme za reagovanje i preveniranje budućeg maladaptivnog ponašanja. Jedan od elemenata pridruživanja porodici jeste i demonstracija empatije za njihova osećanja i razmišljanja. Kada članovi porodice razumeju da ih ne krivimo, i da ih prihvatamo, biće spremniji da čuju profesionalca i da razumeju da neka od njihovih razmišljanja i ponašanja nisu efikasna u brizi za dete. Naime, osim redukcije porodičnog stresa cilj psihoedukacije jeste da roditelji razumeju i nauče šta je efikasno, a šta nije efikasno u brizi za dete vezano za umanjeње suicidalnog rizika adolescenta. (Tabela 7).

Tabela 7 Preporuke za roditelje suicidalne osobe o efikasnim / neefikasnim oblicima reagovanja (Bryan, 2006)

Efikasno / Primenjivati	Neefikasno / Ne primenjivati
Ukloniti iz kuće vatreno oružje i ograničiti pristup letalnim sredstvima, koliko je to moguće	Dozvoliti adolescentu da sam kontroliše uzimanje lekova
Pronaći terapeuta, uključiti se u porodično savetovanje	Ignorisanje problema i nadanje da će <i>sve to</i> proći samo od sebe
Primenjivati skaliranje emocija ili misli (usamljenost, depresija, suicidalne razmišljanja) što pomaže da bolje razumemo kako se adolescent oseća i da li mu je potrebna pomoć	Reći svima da je u pitanju porodična stvar ili sakrivati pokušaj, kao sramotu
Članovima porodice je potrebna podrška za njihove emocije, uključite prijatelje za pomoć i podršku	Potpuno fokusiranje na suicidalno dete i isključivanje ostale dece
Informišite se o suicidu i mentalnim bolestima, najbolje od profesionalca sa kojim ste u kontaktu	Okrivljavanje člana porodice koji je pokušao suicid
Vodite računa o sebi	Okrivljavanje sebe
Rečenice kao što su: „Žao mi je što si se tako osećala, volela bih da sam mogla da ti pomognem“, „Žao mi je što nisam shvatala koliko patiš“, „Želim da ti pomognem, reci mi šta mogu da uradim da ti pomognem“	Misliti da se to nikad više neće ponoviti
	Rečenice kao što je „Kako si mogao to da mi uradiš?“, „O čemu si uopšte razmišljala!?“

Vezano za suicidalno ponašanje adolescenta između dva susreta potkrepljuje se svaki korak u pravcu funkcionalnog i konstruktivnog razrešavanja problemskih situacija ili izlaženja na kraj sa negativnim uverenjima o sebi ili drugima (Barry, 2009). U porodičnom setingu terapeut često to čini na životan, dinamičan i iskren način „Bravo!“; „To su sjajne vesti“; „Svaka čast!“.

Porodice adolescenta koji pokušaju samoubistvo su veoma različite, neke su manje, a neke više disfunkcionalne, u nekima postoji više, negde manje sibliinga. Neke porodice su upadljive po intenzitetu i dubini bračnog nesklada između roditelja. Razlikuju se i po stepenu i vrsti psihopatoloških ispoljavanja kod adolescenata i kod roditelja, ali i po tome koliko su motivisani za tretman, rad na sebi i porodičnim relacijama. Od svega toga zavisi kako, sa

kojim članovima porodice i koliko dugo ćemo raditi sa porodicom. U prethodnom tekstu su date preporuke i uopštena uputstva, teme kojima se bavimo tokom savetovanja porodica nakon adolescentnog pokušaja suicida. U najgrubljim crtama može se govoriti da se porodično savetovanje odvija u nekoliko faza:

1. Faza podrazumeva pridruživanje porodici, definisanje porodičnog problema, pravljenje antisuicidalnog ugovora
2. Faza podrazumeva eksploraciju porodičnih snaga i psihoedukaciju
3. Faza podrazumeva rad na komunikaciji i veštinama rešavanja problema
4. Faza je umerena na završavanje savetodavnog procesa, pravljenje planova za budućnosti, eksploracija potencijalnih kritičnih tačaka u narednim fazama životnog ciklusa porodice, kao i strategija za njihovo prevladavanje

Uobičajeno se preporučuje 3 do 5 susreta porodičnog savetovanja, nakon čega se proces evaluira, procenjuje suicidalni rizik i planira nastavak ili završetak savetovanja. Sa nekim porodicama savetovanje traje i više meseci.

U praksi je situacija takva da veliki broj terapeuta nastoji da uključi porodicu adolescenta u tretman posle pokušaja samoubistva. Tome u prilog ide činjenica da porodica adolescenta koji je pokušao suicid želi neku vrstu savetovanja kako bi pomogli detetu (Beautrais, 2004). Ne postoji čarobni štapić koji bi mogao da odagna suicidalne misli. Ne može se sa sigurnošću predvideti koliko je vremena potrebno da se mlada osoba ponovo počne osećati dobro. Svako ima svoj ritam. Oporavak ne može da se forsira i požuruje bez obzira koliko to želimo. Neka istraživanja ukazuju na to da su suicidalni adolescenti koji su prošli kroz iskustvo porodičnog tretmana imali pozitivniju sliku o sebi i veći stepen zadovoljstva sobom i svojom porodicom u odnosu na one koji su išli na individualnu terapiju (Jurich, 2008).

Suicidalno ponašanje adolescenta je kompleksan fenomen i najčešće se razume kao poslednja tačka puta na kome je osoba bila izložena različitim negativnim životnim događajima i iskustvima. Porodični terapeuti ga razumeju kao porodični problem i kao priliku da se nagomilane teškoće razgrnu, da se revidiraju odluke, pravila i da se porodica ujedini i tako pomogne adolescentu da napravi nove izbore koji će ga voditi u pravcu autonomije i funkcionalnog i ispunjenog života.

Literatura:

- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 622–655.
- Apter, A. (2010). Suicidal Behavior in Adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 271–274.
- Barry, M.W. (2009). *Suicidal Behavior in Children and Adolescents*. New Haven, CT, USA: Yale University Press.
- Beautrais, A. (2004). *Suicide Postvention*. Christchurch, NZ: Christchurch School of Medicine & Health Services.
- Biro, M. (1981). *Faktori suicidalnog rizika i mogućnost njihove evaluacije u kriznoj intervenciji*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Brent, D. A., Perper, J. A., & Goldstein, C. E. (1996). Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581–588.
- Brent, D. A., Perper, J., Mority, G., Baugher, M., & Allman, C. (1993). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 494–500.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47, 372–394.
- Bryan, H. (2006). *After An Attempt: The Emotional Impact of a Suicide Attempt on Families*. Feelin Blue Prevention Council: Pennsylvania.
- Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (1), 14-19.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., & Beautrais, A.L. (2005). Suicidal behavior in adolescence and subquent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 983-993.
- Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A., & Bunney, W. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: National Academies Press.
- Guertin, T, Lloyd-Riscardon, E., Spirito, A, Donaldson, D., Boergers, J. (2001). Self-Mutilative Behavior in Adolescents who Attempt Suicide by Overdose. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 9.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and Treatment of Suicidal Behavior*. New York: Oxford University Press.
- Hawton, K., & Fortune, S. (2008). Suicidal Behavior and Deliberate Self-Harm. U M. Rutter i sar., (Ur), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (str. 648-670). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., i sar. (2003) Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1191–1198.
- Hawton, K., Williams, K., 2005. Media influences on suicidal behaviour: evidence and prevention. U K. Hawton (Ur.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice* (str. 293–306). Oxford University Press, Oxford.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jurich, A. R. (2008). *Family Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Routledge.

- Kerr, D. R., Preuss, L., & King, C. A. (2006). Suicidal Adolescents Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 103–114.
- Leenaars, A. A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people – A person centred approach*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Marušić, A., Roškar, S., & Hughes, R. H. (2004). Familial Study of Suicidal Behavior Among Adolescents in Slovenia. *Crisis*, 25, 74–77.
- McKeon, R. (2009). *Suicidal Behavior*. Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Miller, E.M.(2000).Homosexuality, birth order, and evolution: Toward an equilibrium reproductive economics of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 1–34.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Ostamo, A. (2001). *Attempted suicide in Helsinki during 1989–1997*. (Unpublished doctoral dissertation). National Public Health Institute, Helsinki.
- Pfeffer, C. R. (2000). Suicidal Behavior in Children: An Emphasis on Developmental Influences. U K. Hawton & K.Van Heeringer (Ur.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (str. 237–248). Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Pfeffer, C. R., Zuckerman, S., Plutchik, R., & Mizruchi, M. S. (1984). Suicidal behavior innormal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 416–423.
- Rivet, M., & Street, E. (2009). *Family Therapy: 100 Key points and techniques*. East Sussex: Routledge.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behavior. U K. Hawton & K.van Heringen (Ur.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (str. 249–261). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O’Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O’Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 2:Suicide related ideations, communications, and behaviors.. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Speckens, A.E.M., & Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 365-387.
- Srdanović-Maraš, J., Kolundžija, K., Dukić, O., Šobot, V., & Marković, J. (2010). Suicidalno ponašanje kod psihijatrijske populacije adolescenata. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 18(3), 60-64.
- Srdanović Maraš, J., Marković, J., Dukić, O., & Biro, M. (2011). Family and Individual Factors of Suicidal Ideation in Adolescents. *Psihologija*, 44(3), 245-260.
- Srdanović Maraš, J., Kolundžija, K., Dukić, O., Marković, J., Okanović, P., Stokin., B., Mitrović, D., Ivanović-Kovačević, S.(2013) Some psychological characteristics of adolescents hospitalized following a suicide attempt. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, 50-54.
- Srdanović, J. (2009). *Suicidalne porodice-Povezanost karakteristika porodica i pokušaja samoubistava kod adolescenata*. Magistarski rad. Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Srdanović Maraš, J., Marković, J., Šobot, V., Dukić, O. (2011). Specifičnosti funkcionisanja porodica sa suicidom. U I. Mihić i M. Zotovic (urednici), *Porodice u Vojvodini-Razvoj porodicnih uloga*. Filozofski fakultet, Novi Sad.

- Srna, J. (1997). *Biti ili ne biti-Studija samoubilaštva mladih*. Beograd: Institut za psihologiju Žarko Albulj.
- Stewart, S. M., Kennard, B. D., Lee, P. W. H., Mayers, T., Hughes, C., & Emslie, G. (2005). Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 364-372.
- Von Knorring, A. L., & Kristiansson, G. (1995). Depression and suicidal behavior in young people. U J. Beskow (Ur.). *Right to life, desire for life. On suicidal behavior in children and adolescents* (str. 35–43). Stocholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research.
- Wenar, C.(2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*, Zagreb: Naklada slap.
- WHO (2002). *Suicide prevention (SUPRE)*. Preuzeto decembar 19, 2011, sa www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- WHO (2004). *The Health of Children and Adolescents in Europe*. Preuzeto januar 21, 2008, sa www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0605e.pdf
- WHO (2006). *Suicide prevention (Supre)*. Preuzeto januar 20, 2012 sa www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Wilde, E. J. (2000). Adolescent suicidal behaviour. U K. Hawton & K.van Heringen (Ur.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (str. 249–261). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. S. (2005). Psychology and suicidal behaviour: Elaborating the entrapment model. U K. Hawton (Ur.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice* (str. 71–89). Oxford: Oxford University Press.
- Williams, J.M.G. & Pollock, L.R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. U K. Hawton & K. van Heeringen (Ur.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (str. 79-93). Chichester: John Wiley & Sons.

OBLICI I CILJEVI SAVETODAVNOG RADA SA RODITELJIMA SA MENTALNIM POREMEĆAJEM

Saveta Draganić Gajić, Desanka Nagulić, Goran Gajić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Mentalni poremećaji predstavljaju široku grupu poremećaja, uglavnom hroničnih, koji najčešće u značajnoj meri utiču ne samo na obolelu osobu već i na sve sfere njegovog / njenog života – porodicu i porodične odnose, socijalne relacije, profesionalnu sposobnost i kompetentnost, kao i na ono što se u literaturi naziva “životne veštine” (Ciarrochi et al, 2003). Smatra se da su porodice u kojima jedan od roditelja ima neki mentalni poremećaj najvulnerabilnija grupacija jednog društva (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Ove porodice najčešće prolaze kroz iskustvo socijalne izolacije, finansijskih teškoća, bračnih problema ili razvoda, što u značajnoj meri povećava rizik za funkcionalan psihosocijalni razvoj njihove dece. Istraživanja, naime, potvrđuju da su deca sa mentalno obolelim roditeljem pod kumulativnim povišenim rizikom koji je povezan sa genetskim, psihološkim i socijalnim faktorima odrastanja (Walsh, 2003).

Klinička istraživanja i terapijsko iskustvo rada sa osobama koje imaju mentalne poremećaje ukazuju na postojanje značajne povezanosti tih poremećaja sa različitim oblicima disfunkcionalnosti porodičnog sistema, posebno sa kvalitetom i funkcionalnošću roditeljstva. O povezanosti i uzajamnom uticaju mentalnih poremećaja i porodične dinamike, u literaturi se prevashodno diskutuje u kontekstu značaja disfunkcionalnih porodičnih odnosa u nastanku mentalnih poremećaja, najčešće onih najtežih, psihotičnih poremećaja. Na značaj ustanovljene povezanosti relacionih procesa i kvaliteta mentalnog zdravlja pojedinca (Whisman & Uebelacker, 2006) poslednjih godina su ukazivale i diskusije o mogućnostima uključivanja kategorije „relacionih poremećaja“ u zvanični klasifikacioni sistem mentalnih poremećaja (Lebow & Gordon, 2006) kao i posebno pridavanje značaja socijalnom kontekstu u poslednjoj DSM klasifikaciji mentalnih poremećaja (DSM- 5, 2012/2013).

Pojedinačna bolest predstavlja specifični izazov i problem za porodicu. Izvesni autori (Rolland, 1984) iznose neku vrstu psihosocijalne tipologije medicinskih bolesti koja je organizovana po karakteristikama bolesti (na primer, početak, tok i prognoza) i koje predstavljaju specifične izazove za porodicu. U ovom modelu, posledice bolesti na datu

porodicu su rezultat interakcije pojedinačnih zahteva te bolesti i stepena razvoja porodice obolelog.

Studije potvrđuju da porodice mentalno obolelih osoba navode da se često osećaju bespomoćno i opterećeno (Lewis et al, 1976), pri čemu su određeni faktori, kao što su težina bolesti i vreme koje se dnevno provodi sa obolelim, direktno povezani sa stepenom opterećenja porodice (Ostman & Hansson, 2004). Budući da je većina mentalnih poremećaja hroničnog toka, nije iznenađujuće što izvesni autori bolest sagledavaju u okvirima teorijske perspektive gubitka i žalovanja, budući da dugotrajne bolesti i jesu svojevrsni gubitak za čitavu porodicu. Autori (Tuck et al, 1997) ukazuju na fenomenološku transformaciju porodičnog sistema u suočavanju sa gubitkom kada je postavljena dijagnoza hroničnog mentalnog poremećaja kod roditelja, što iziskuje i reformulaciju "roditeljskog identiteta" obolele osobe, odnosno prilagođavanje na novonastala ograničenja i promene u roditeljskoj ulozi koja su povezana sa bolešću i dodatno predstavljaju mogući izvor stresa za kompletan porodični sistem.

Iskustvo rada sa ovakvim porodicama, kao i istraživanja (Walsh, 2003) potvrdili su značaj strategija prevladavanja stresa za funkcionalno prilagođavanje zdravih članova porodice na bolest. Prihvatanje, ignorisanje bolesti i, generalno, manje emocionalan način reagovanja pokazali su se kao funkcionalniji načini u odnosu na tzv. „*dezorganizovani način prevladavanja*“ koji podrazumeva visoku emocionalnu fokusiranost na obolelog člana ili samooptuživanje, što predstavlja prediktore distresa čitave porodice.

Značajan je broj studija koje su se bavile ispitivanjem uticaja bolesti na ostale, zdrave članove porodice. Čak 30% članova porodice mentalno obolelih osoba i samo ispoljava neke od psihijatrijskih simptoma, najčešće stres, anksioznost, depresiju, negiranje ili rezignaciju (Shankar & Rao, 2005), pri čemu je taj uticaj najveći u porodicama sa shizofreno obolelim članom. Chakrabarti i Kulhara (1999) nalaze da je u takvim porodicama čak 30-60% drugih članova ispoljavalo neki oblik distresa. Fadden i sar. (1987) nalaze da je, uprkos tome što su pozitivni simptomi dramatičniji i teški za članove porodice, uticaj negativnih simptoma na porodicu intenzivniji, s obzirom na to da su ovi simptomi skoro stalno prisutni i vremenom se intenziviraju. Autori zaključuju da je u proceni uticaja na porodicu od izuzetnog značaja način opažanja i razumevanja bolesti od strane svakog od članova porodice (Barrowclough, 2005), odnosno da su strategije prevladavanja stresa, u ranijem tekstu navedene, povezane sa manjim distresom kod zdravih članova.

Najčešće reakcije na postavljenu dijagnozu psihotičnog mentalnog poremećaja su relativno slične u različitim porodicama, barem na samom početku bolesti i uglavnom

obuhvataju sledeće obrasce ponašanja: odbijanje dijagnoze – ”to ne može nama da se desi”; neprihvatanje da je bolest hronična – “on/ona samo prolazi kroz krizu”; povlačenje od uobičajenih socijalnih relacija; doživljaj usamljenosti – “niko ne zna kroz šta prolazimo”; ogorčenost – “zašto baš mi?” ; ekscesivno traženje mogućih objašnjenja; nesposobnost da se razgovara o bilo čemu osim o bolesti; ekstremna ambivalencija u odnosu na obolelog člana; pojava disfunkcionalnih konstelacija kao što su bračni problemi, razvod ili psihopatoloških ispoljavanja kod drugih članova porodice, najčešće depresija, anksioznost, alkoholizam, ili poremećaj spavanja.

Poslednjih trideset godina ispitivanje povezanosti mentalnih poremećaja i porodične dinamike fokusira se na fenomen tzv. *emocionalne ekspresije* (EE) u porodicama obolelih. Emocionalna ekspresija odnosi se na ključne aspekte bliskih interpersonalnih odnosa u porodici i podrazumeva nivo kriticisma, hostilnosti i emocionalno preangažovanog stava članova porodice u odnosu na bolesnog člana (Barrowclough, 2005). Jedna od značajnih razlika između porodica sa niskom i visokom EE (kakve su porodice sa članom obolelim od shizofrenije ili poremećaja raspoloženja) jeste u tome da se porodice sa visokom EE odlikuju visokim stepenom nepoverenja između članova, česte su kritike koje se uzajamno upućuju i postoji pretežno neslaganje vezano za različite teme (Barrowclough, 2005). Porodice sa niskom EE, međutim, više su angažovane u primerenoj brizi oko pacijenta i trude se da u konfliktnim situacijama nađu konstruktivno rešenje postojećeg problema. Kada je reč o reakciji na bolest, takođe, postoje razlike između porodica. Zdravi članovi porodice sa niskom emocionalnom ekspresijom ispoljavaju zabrinutost, ali ne i preteranu anksioznost i imaju sposobnost da ublaže krizu, dok zdravi članovi porodice sa visokom emocionalnom ekspresijom reaguju ispoljavajući anksioznost, dramatizaciju i preteranu identifikaciju sa obolelim (Barrowclough & Hooley, 2003).

Generalno, porodice sa visokom EE, kakve su, neretko, disfunkcionalne porodice sa članom obolelim od psihotičnog poremećaja, odlikuju se sledećim zajedničkim karakteristikama: *Stav prema pacijentu*: insistiraju na kontaktu, skloni su narušavanju njegove privatnosti, teraju ga na aktivnosti, daju netražene savete; *Stav prema bolesti* - problem vide kao defekt ličnosti bolesnika, smatraju da može da kontroliše simptome, nekritično pacijentovu realnost prihvataju kao svoju; *Očekivanja u odnosu na funkcionalnost pacijenta* - ne menjaju svoja visoka očekivanja od pacijenta i u tom smislu vrše stalni pritisak na njega; *Emocionalna reakcija na bolest* - reaguju preterano, sa emocionalnom identifikacijom sa obolelim članom. Studije potvrđuju uticaj EE na tok bolesti, visok nivo EE

povezan je sa češćim i bržim recidivima bolesti (Barrowclough, 2005) a, takodje je i prediktor lošije prognoze bolesti (Butzlaff & Hooley, 1998).

Kada je reč o roditeljstvu osoba sa mentalnim poremećajem, očekivano je, a i studijama potvrđeno, da postoji značajan uticaj na decu u ovakvim porodicama. Deca mentalno obolelih osoba često ispoljavaju osećanje krivice, opterećenje bolešću roditelja i efekte stigme od strane sredine i društva u kojem žive (Schubert & Mc Neil, 2003).

U daljem tekstu biće reči o specifičnostima porodica osoba obolelih od shizofrenije i poremećaja raspoloženja.

Porodica i shizofrenija

Shizofrenija predstavlja jedan od najtežih, hroničnih psihičkih poremećaja. U većini slučajeva početak bolesti je postepen, „sporošunjajući“, uglavnom pre 25.godine i u nastanku bolesti sudejstvuje niz različitih faktora: nasleđe (rizik oboljevanja u opštoj populaciji iznosi oko 1%, ukoliko je jedan od roditelja oboleo od shizofrenije 13%, a ukoliko su oba roditelja obolela, čak 36%) (Morgan et al, 2012); biološka disfunkcija; psihološki činioci, kao što su deprivacija od strane majke tokom najranijeg detinjstva, obrnuta roditeljska uloga i disfunkcionalna porodica (visoka EE) (Walsh, 2003).

Rizici za decu su, takodje, značajni ukoliko je roditelj oboleo od shizofrenije. Podaci upućuju da je smrtnost novorođenčadi veća među majkama obolelim od Sch, kod dece čija su oba roditelja obolela od shizofrenije postoji rizik za razvoj mentalnih poremećaja 68%, kao i povećan rizik za razvoj poremećaja ponašanja (Liu & Morgan, 2010; Gottesman et al, 2010). U najčešće moguće posledice kod dece ubrajaju se češći kognitivni deficit i niži opšti uspeh u školi, što se pripisuje genetskim faktorima (Jundong et al, 2012) i lošija samoprocena („self-concept“) u odraslom dobu (Kuhn & Lenz, 2008). Opšti je zaključak da ova deca imaju veći rizik za razvijanje različitih psihijatrijskih poremećaja, pri čemu je ustanovljeno da taj rizik postoji, kako u ranom adolescentnom periodu, tako i kasnije, među odraslim potomcima (Schubert & Mc Neil, 2003). Deca roditelja obolelih od shizofrenije, već svojim genetskim opterećenjem, zahtevaju dodatnu i posebnu pažnju i predstavljaju dodatni izazov roditeljstvu. Izloženi su i posebnoj vrsti tereta koji se odlikuje velikim brojem stresogenih situacija koja ne uspevaju da kontrolišu, npr. usled naglog odvajanja od roditelja zbog njihove hospitalizacije.

Istraživanje povezanosti razvoja mentalnih poremećaja i kvaliteta roditeljstva upravo je i počelo ispitivanjem povezanosti shizofrenije i roditeljske funkcionalnosti. Prve analitičke studije Fride From Rajhman (Goldenberg & Goldenberg, 2004) naglašavale su ulogu majke

u razvoju shizofrenije kod deteta, pri čemu je majka opisivana kao „hladna, dominantna i otuđena“. Lidz i saradnici (1957) opisivali su specifičnu dinamiku koja je prepoznata između roditelja obolele dece a koja se karakterisala neprijateljstvom, nedoslednošću i postojanjem kontradiktornosti između roditelja.

Majke sa shizofrenijom i njihova odojčad imaju siromašnije interaktivno ponašanje u odnosu na majke sa poremećajima raspoloženja i njihova odojčad (Wan et al, 2007), pri čemu deficit nije bio povezan sa dužinom trajanja bolesti, dozama lekova, niti sa bračnim statusom majke. Studije pokazuju da su ove majke češće gubile starateljstvo nad svojom decom i češće same prijavljivale da nisu u stanju da zadovolje osnovne potrebe svoje dece (Wan et al, 2007). Roditelji obolelih od shizofrenije doživljavaju svoju roditeljsku ulogu ambivalentno, istovremeno i kao izvor zadovoljstva, ali i kao izvor stresa. Većina njih svesna je činjenice da je njihova roditeljska sposobnost povremeno smanjena i da im je potrebna dodatna pomoć, međutim, sa druge strane, toj pomoći često pristupaju skeptično i ne prihvataju je.

Deca roditelja obolelih od shizofrenije suočavaju se sa roditeljskom bolešću, ali, i sa reagovanjem društvene okoline na roditeljsku bolest, što najčešće predstavlja dodatni izvor stresa za njih, uzimajući u obzir značajan udeo stigmatizacije mentalno obolelih osoba u društvu, bez obzira na stepen njegove razvijenosti. Sa druge strane, i sami oboleli, zapravo su roditelji dece koja zahtevaju veću pažnju, i sami bivaju izloženi multiplim nivoima stresa i dodatnim zahtevima za prilagođavanje. Značajan broj roditelja sa shizofrenijom je, ipak, u stanju da svojoj deci pruži uglavnom adekvatno detinjstvo, posebno ukoliko im u tome pomažu šira porodica, društvo i profesionalci, bilo u formi savetovanja ili pomoći, posebno u prvim mesecima staranja o detetu (Jungbauer et al, 2010).

Porodica i depresivni poremećaj

Smatra se da poremećaji raspoloženja predstavljaju najveći izazov roditeljskoj kompetentnosti, kada je reč o mentalnim poremećajima. Pri tome, roditeljstvo je kao domen funkcionisanja najviše ugrožen upravo poremećajem raspoloženja, prevashodno simptomima kao što su iritabilnost, anhedonija i odbacivanje.

S obzirom na specifičnost i težinu ispoljene simptomatologije, često prisutan rizik od suicidalnog ponašanja, očekivano je da postoje određene specifičnosti u roditeljstvu obolelih osoba, kao i njihov uticaj na razvoj dece. Studije upućuju na značajan rizik od toga da dete može biti „utrougljeno“ u roditeljski konflikt, ili može internalizovati ulogu „spasioca“ roditelja i biti uvereno

da bi se roditelji bez njega razveli, bili nesrećni, ili izvršili samoubistvo (Jacob et al, 1987). U adolescenciji, ova deca mogu imati snažno osećanje krivice i doživljaj odgovornosti za roditelja kada postane depresivan. Studije upućuju da kao odrasle osobe, često i sami izbegavaju da uspostave trajniju partnersku relaciju ili, ukoliko su u braku, češće se razvode. U jednoj od longitudinalnih studija koja je pratila grupu dece čije su majke bile depresivne potvrđen je visok rizik razvoja fobičnih ispoljavanja i zloupotrebe supstanci kasnije, u odraslom dobu (Marmostein et al, 2004). Osim navedenog, izostanak adekvatne socijalne podrške porodici i zanemarivanje njenih potreba jedan je od ključnih prediktora pojave psiholoških problema i kod zdravih članova porodice (Song et al, 1997).

U perspektivi sistemske porodične terapije i njenih teoretskih okvira na specifičan način se mogu razumeti karakteristike konteksta i relacija koje se razvijaju u porodici kada roditelj oboli od poremećaja raspoloženja. Smatra se da je svaka osoba „živi organizam“ koji je postojan u kompleksnoj, dinamičkoj socijalnoj mreži. Kada se poremećaj raspoloženja razvije kod pojedinca, može se reći da se on istovremeno „događa“ i u interpersonalnom kontekstu, tako da se, odražava na porodicu, prijatelje, i šire društvene sisteme. S obzirom na navedeno, od velikog značaja je senzibilnost stručnjaka koji se bave pružanjem pomoći osobama obolelim od poremećaja raspoloženja, da budu u stanju da prepoznaju i uvažavaju psihosocijalni kontekst afektivnog poremećaja, odnosno interpersonalno okruženje unutar kojeg simptomi poremećaja i nastaju. U tom smislu, od velikog značaja su i spremnost i veština stručnjaka da prepoznaju disfunkcionalne sheme interpersonalne reakcije koje su udružene sa simptomima poremećaja raspoloženja, kao i sa socijalnom mrežom koja može služiti kao struktura koja podržava oporavak obolele osobe (Lucksted et al, 2012).

Poslednjih decenija istraživanja potvrđuju da su i u porodicama sa depresivnim članom značajni aspekti EE. Za razliku od porodica sa članom obolelim od shizofrenije, kod porodica sa depresivnim članom ne postoji emocionalna upletenost, već upravo redukcija kontakata. Studije ukazuju da postoji specifična porodična, odnosno bračna dinamika u tom smislu da su partneri kritički raspoloženi prema depresivnom članu, teže ga prihvataju, češće izražavaju neslaganje, dok se depresivni partner povlači, manje govori o sebi i pokušava da se neverbalno neutralno ponaša (Vukov-Goldner, 1988). Nivo EE utiče i na tok bolesti. Rezultati studije ukazuju da je u jednogodišnjem periodu nakon uspostavljene remisije iz grupe visoko emocionalno ekspresivnih brakova recidiviralo je 59% depresivnih bolesnika, za razliku od grupe nisko ekspresivnih brakova u kojima nije bilo recidiva (Butzlaff & Hooley, 1998). Očekivano je, uzimajući u obzir značaj roditeljskog saveza za kvalitet

roditeljstva i razvoj dece, da se u situacijama kada se povećava rizik partnerskog konflikta, istovremeno povećava rizik disfunkcionalnog roditeljstva oba roditelja.

Uopšteno uzevši, *funkcionalne karakteristike porodice depresivnih osoba* bile bi sledeće: socijalna izolacija porodice, stigmatizacija, nedostatak društvene svesti o značaju depresije, izostanak socijalne podrške, pojava depresije kod zdravih članova porodice. Studije, naime, ukazuju da čak 30% zdravih članova porodice počinje da ispoljava psihijatrijsku simptomatologiju (stres, anksioznost, depresiju), negiranje, rezignaciju, redukciju socijalnih kontakata (71%), deca osećaju krivicu, opterećenje bolešću roditelja, efekte stigme, porodica teško prihvata nužnu promenu životnog stila (Walsh, 2003).

Istraživanja ukazuju da postoje određene specifičnosti roditeljstva obolelih osoba. Roditeljstvo depresivnih osoba odlikuje više kritičizma, manje gratifikacije deteta, niža konzistentnost - od "odbacivanja" do intruzivnosti, senzitivnost na "loše" ponašanje deteta, tendencija ka punitivnom stilu disciplinovanja, manjak inicijative za verbalnom komunikacijom, emocionalno prenaplašeno reagovanje na stres (Oyserman et al, 2009). Sa time povezane kao najčešće posledice kod dece javljaju se: viši rizik za psihijatrijski morbiditet u detinjstvu (poremećaji ponašanja, depresija, poremećaj pažnje, somatski simptomi), izraženiji trend ka fobičnim ispoljavanjima i zloupotrebi supstanci u odraslom dobu, „depresivna pozicija« u odraslom dobu, specifičan izbor partnera (najčešće depresivni partner), kao i češći razvodi.

Porodica i bipolarni poremećaj raspoloženja (BAP)

Hronična bolest kao što je bipolarni poremećaj raspoloženja (BAP), sa smenjivanjem epizoda nekada velikom brzinom, predstavlja zasigurno specifični set izazova za porodicu. Istraživanja potvrđuju, takodje, značaj EE i u ovim porodicama, naime, visoko "izražena osećanja" u porodičnom okruženju potvrđena su kao pretpostavka za ponovnu epizodu depresije (Hooley & Campbell, 2002), posebno u sadejstvu sa specifičnim merama interaktivnog „afektivnog stila“ i pretpostavljaju veći rizik za relaps (Miklowitz & Tylor, 2006). Značaj socijalne i porodične podrške za tok i ishod epizode BAP-a je izuzetno veliki.

Po svojoj prirodi, bipolarni poremećaj je epizodičnog toka i dugotrajni „produžeci“ epizoda bolesti češće su pravilo nego izuzetak (Coryell et al, 1993). Stoga je fleksibilnost svih članova porodice neophodna jer se uloge menjaju za svakog člana u porodici kada je pojedinac, naročito roditelj, u maničnoj ili depresivnoj fazi. U takvoj porodičnoj konstelaciji, roditeljske funkcije moraju biti „podeljene“ u okviru šire porodice ili porodica mora da

potraži pomoć spolja, iz okolnih sistema podrške. Često se dešava da u fazi dekompenzacije, dete starijeg uzrasta preuzima privremeno ulogu roditelja tj. biva parentifikovano. Odgovornost za donošenje svakodnevnih odluka je redefinisana a hijerarhija autoriteta se menja. Kada se epizoda završi, sve ove funkcije vraćaju se nazad, kao da je oboleli pojedinac ponovo vraćen u funkcionalnu organizaciju u porodici. Ovaj proces je najčešće veoma stresan za čitavu porodicu jer iziskuje česte promene i skoro istovremeno prilagođavanja svih članova porodice na njih. Situacija je posebno zahtevna za porodicu kada postoji tzv. „brzociklirajuća“ forma kod obolelog člana porodice (Lee et al, 2010).

Takodje, s obzirom na to da BAP predstavlja bolest koja se ispoljava prevashodno u domenu afekta, a da je jedno od ključnih svojstava afekta činjenica da je „zarazan“, ovo je od izuzetnog značaja za dinamiku porodice. Interakcija sa članom porodice koji je depresivan, neretko predstavlja visoko depresivno iskustvo za ostale članove porodice. U maniji, euforija i ushićenje mogu biti najpre „zarazni“, ali, nakon kratkog vremena, iritiranost i ljutnja koji se često javljaju u maniji, bivaju teško doživljavani od strane drugih članova porodice. Janowsky (1970) je opisao značajne uticaje koje osoba koja je u maničnoj epizodi može imati u okviru njenog socijalnog sistema, pre svega porodice.

Neki autori (Lansky, 1988) čak smatraju da je uticaj manije na porodicu toliko veliki i snažan da navode kako „nijedna druga teškoća, čak ni samoubistvo u porodici, nemaju tako visok stepen stalnog porodičnog haosa, a ni tako visoku verovatnoću da porodica neće biti u mogućnosti da toleriše pacijenta i da će odustati od nega ili nje kao manija“. Ova „zaraznost“ afekta čini članovima porodice ekstremno teškim da održe distancu i izbegnu preterivanja u ponašanju depresivne ili manične osobe. To, takođe, podrazumeva da će emocije biti najverovatnije kontinuirano intenzivnije u porodičnom sistemu, ispoljavajući se kroz uznemirenost svih članova i osećanje krize tokom eskalacije epizode.

Ispitivanja roditeljskih stilova osoba obolelih od poremećaja raspoloženja upućuju da se tzv. stil zavistan od raspoloženja najčešće javlja kod osoba obolelih od depresije ili bipolarnog poremećaja raspoloženja (Chambliss & Mc Leer, 2009). Roditelji oboleli od depresije skloni su da ispoljavaju manje susretljivosti u odnosu na potrebe dece mlađeg uzrasta, dok su u relacijama sa decom starijeg uzrasta skloni iritabilnoj direktivnosti uz nedovoljno empatije prema detetu.

Istraživanja upućuju da se, tokom vremena, određeno stanje tzv. hronične hiperopreznosti može razviti u porodici obolelog (Moltz, 1993). Strah od nove epizode može voditi ka daljem posmatranju i proceni iskustava, osećanja i ponašanja obolelog, koja se upoređuju sa prodromalnim manifestacijama. a i emocionalnim odgovorima koji su usmereni

ka pokušaju prevencije eskalacije. Studije porodica sa bipolarnim poremećajem koje su ispitivale uticaj bolesti na odrastanje dece i razvoj zdravih članova porodice (Alloy et al, 2005) ukazivale su na probleme u odrastanju i razvoju članova. Bilo koja hronična bolest svakako će uticati na porodicu na načine koji ometaju njen razvoj. Ipak, čini se da bipolarni poremećaj postavlja specifične izazove pred porodicu. Odrastanje i promena zahtevaju toleranciju za isprobavanje novih ponašanja i ideja, proces koji se često karakteriše velikim intenzitetom i nestabilnošću u porodici.

Veliki broj istraživanja potvrđuje značaj funkcionalne komunikacije za održavanje balansa između stabilnosti i promene u porodicama (Walsh, 2003). Ove veštine posebno su značajne u periodima kriza koje prate porodice sa članom obolelim od poremećaja raspoloženja. Studije upućuju da su ove veštine naročito slabo razvijene u porodicama sa članom obolelim od BAP-a (Moltz, 1993).

U porodicama sa članom obolelim od BAP-a koja se suočavala sa nizom promena, stresova i potencijalnim dezorganizujućim efektima ponavljanih epizoda bolesti, kohezivnost može postati visoko vrednovana, kao i jake granice i kontinuitet. Zdravi članovi porodice mogu biti „pozvani“ da održe porodični život, tako da svaki pokret ka nezavisnosti i autonomiji može biti shvaćen kao nelojalnost, kao ostavljanje potrebe pojedinca ispred potreba porodice. Zbog navedenog, porodica sa članom obolelim od bipolarnog poremećaja može imati velike poteškoće oko pregovaranja o razvojnim tranzicijama i načinima zaštite rasta i razvoja pojedinih svojih članova. Pri tome, potvrđen je značaj kumulativnog efekta stresora (npr. depresivnost majke, kriminalno ponašanje očeva, razvod roditelja) na razvoj budućeg poremećaja ličnosti kod deteta, kroz razvijanje specifičnog tipa emocionalne vezanosti deteta (Brennan & Shaver, 1998).

Na kraju, često se postavlja pitanje ili dilema – da li roditelj sa mentalnim poremećajem može predstavljati ili već »predstavlja« rizik za dete? Podaci iz literature o ovoj temi ukazuju da se iznose podaci o zlostavljanju deteta u porodicama sa roditeljem obolelim od mentalnog poremećaja, od prijave (13%) do fatalnog ishoda (32%) (Falkov, 2004). Međutim, malo je prediktivnih studija da bi se donosili konačni stavovi. Postoji povećan rizik razvoja psihopatoloških fenomena kod dece, kao najčešći pominju se usporen psihomotorni razvoj, razvoj nesigurnog obrasca vezivanja (attachment), teškoće u socijalnom funkcionisanju, problemi u edukativnoj sferi, kao i psihijatrijski morbiditet (Morgan et al, 2012).

Važno je naglasiti, kada je reč o povezanosti mentalnog poremećaja i roditeljstva, da na kvalitet roditeljstva utiče i niz drugih faktora kao što su: značaj konteksta, vrsta, težina,

trajanje mentalnog poremećaja, uvid obolelog roditelja u bolest (po nekim autorima od izuzetnog, presudnog značaja za kvalitet roditeljstva), karakteristike ličnosti roditelja i njihovi roditeljski kapaciteti, socijalni kontekst, podrška socijalne mreže u kojoj porodica živi, kao i karakteristike same dece (starost, temperament) (Oyserman et al, 2009) .

SAVETODAVNE INTERVENCIJE

Savremena praksa ističe značaj integrativnog pristupa u pružanju pomoći i savetodavne podrške porodici sa mentalnim poremećajem. U prvom planu su multiperspektivnost, multidisciplinarnost i uključivanje širih socijalnih sistema. “ Fokus intervenisanja” nisu samo dete i roditelj, već se nastoji da se što je više moguće uključe i drugi članovi porodice, porodica kao sistem, službe koje su usmerene na zaštitu porodice, škole i društvo u celini. Mada ciklična priroda mentalnog poremećaja može predstavljati privremenu nesposobnost za preuzimanje brige o deci, ciljevi rada sa mentalno obolelim roditeljima danas se zasnivaju na modelu kompetencije i na zahtevu da razvijamo spremnost i sposobnost da opažamo ono za šta je porodica kompetentna. Stari modeli, ipak još uvek prisutni, uglavnom su bili zasnovani na deficitu, tačnije uočavanju slabosti porodice. Više autora smatra da je multidimenzionalni „vulnerabilnost/stres“ model najprikladniji za lečenje mentalnih bolesti (Moltz, 1993; Berman & Heru, 2005). Osnovna premisa je da uticaj bolesti na pojedinca i roditeljsku ulogu zavisi ne samo od samog mentalnog poremećaja, već i od niza drugih činioca, kao što su kulturološki kontekst porodice, njihova percepcija mentalne bolesti, mreža odnosa u porodici i priroda relacije.

Mnogi faktori koji ometaju roditeljsko funkcionisanje mogu biti redukovani učenjem veština roditeljstva, terapijom para, uključivanjem šire porodice u sistem podrške i pomoći. Intervencije se fokusiraju na prepoznavanje faktora rizika i povećanje protektivnih činioca, kao i rezilijentnosti deteta. U akutnoj fazi bolesti, intervencije se više usmeravaju ka drugom roditelju ili proširenoj porodici, a u fazi oporavka se i oboleli roditelj uključuje u savetodavni rad. Česte su strategije čiji je cilj povećanje porodične stabilnosti, osnaživanje roditelja da prepoznaju potrebe deteta i u što većoj meri smanjivanje izloženosti deteta manifestacijama neadekvatnog roditeljskog ponašanja. Rezilijentno dete razume da nije odgovorno ili „krivo“ za bolest roditelja i spremno je da se suočava sa teškoćama. Protektivni faktori su podržavajuća relacija sa roditeljem, podrška proširene porodice, doživljaj deteta da je voljeno i prihvaćeno, izgradnja samopoštovanja i podsticanje sposobnosti deteta da izrazi osećanja. Adaptacija porodice na mentalni poremećaj njenog člana podrazumeva razvijanje

raspoloživih resursa kroz edukaciju porodice o ozbiljnoj mentalnoj bolesti, ili pak, prvoj psihotičnoj epizodi. Potrebe porodice sa članom koji ima prvu psihotičnu epizodu razlikuju se od porodica sa članom koji već ima dijagnostikovanu bolest.

Mentalno oboleli roditelji mogu biti visoko motivisani da se uključe i nastave programe rehabilitacije u poređenju sa onima koji nisu roditelji (Ackerson, 2003). Rezultati istraživanja ukazuju da uz adekvatnu dijagnostiku, podršku, lečenje i medikaciju, većina roditelja sa teškim mentalnim poremećajem može da poboljša svoju roditeljsku kompetentnost (Risley-Curtiss et al, 2004). Rane intervencije, kod tzv. „teških mentalnih poremećaja“ efikasno doprinose prevenciji recidiva, oporavku i kvalitetu života svih članova porodice. Postoji dosta radova sa porodicama koji su opisani kroz psiho-edukativni pristup (Leff et al, 1990). Ovi pristupi su kombinovali individualne intervencije, farmakoterapiju i rad sa porodicama u cilju pružanja edukacije o prirodi bolesti i u nastojanju da smanje „ekspresiju emocija“ (EE skor).

Psihoedukativni pristup

Psihoedukativne intervencije predstavljaju značajan deo programa pružanja savetodavne podrške porodici sa mentalnim poremećajem.

U svakodnevnom savetodavnom radu sa porodicom sa mentalno obolelim roditeljima otvaraju se specifične teme i postavlja se zahtev da se i oboleli i deca, kao i drugi članovi porodice, srazmerno težini bolesti, njenom hronicitetu, ali i uzrastu dece, upoznaju sa osnovnim informacijama u vezi sa bolešću. Značajno je da deca dobiju odgovarajuće informacije i edukaciju o genetskim predispozicijama za mentalnu bolest, mentalnoj bolesti u celini i, posebno, o mentalnoj bolesti roditelja. Neophodno je da se cela porodica uključi u tretman i proces učenja. Učenje o emocionalnim, kognitivnim i socijalnim obrascima koji su povezani sa bolešću ima veliki značaj jednako kao i uspostavljanje plana krize i rešenja u krizi. Istovremeno se i oboleli i deca edukuju da prepoznaju trenutke i periode kada je bolesni roditelj najfunkcionalniji, da prepoznaju snage roditelja i odnosa, kao i trenutke koji predstavljaju uvod u disfunkcionalnost ili pogoršanje bolesti. Falkov (2004) sugerise da mlađa deca mogu da nauče šta je mentalna bolest i *“šta da rade kada mami nije dobro”*, a Hay (2004) naglašava da je važno da se adolescentima približe prodromalni znaci i nivo *“naslednosti”* mentalne bolesti. U praksi je značajno da se deca podrže da slobodno izražavaju svoja osećanja vezano za mentalnu bolest roditelja. Mnoga deca saopštavaju da žele da čuju informacije o bolesti od roditelja (Fudge & Mason, 2005). Uprkos tome,

smatramo da je potrebno da se u ovaj proces uključe i stručnjaci. U ovom smislu su značajne primerene i uvremenjene intervencije. Očekuje se da zdravi roditelj i proširena porodica kontinuirano i senzitivno procenjuju rizike ali i podržavaju odnos deteta i bolesnog roditelja na način koji neće doprinosti isključivanju bolesnog roditelja ili poricanju njegove roditeljske odgovornosti.

Jedan od ciljeva prakse je da roditelji razumeju da mentalna bolest nije nešto čega se treba stideti i da je briga o sopstvenom zdravlju istovremeno i briga o dobrobiti dece i njihovim interesima i potrebama. Ako roditelj razgovara sa detetom o mentalnoj bolesti, dete će se osećati sigurnije, a razvoj „toksičnih uverenja“ o bolesti i traumatičan doživljaj odbačenosti koji bolest roditelja može izazvati, će se ublažiti na taj način. Na primer, “ *Moja majka ima bipolarni poremećaj Uvek nas podseća da nas voli i hrabro se suočava sa svojom bolešću ...*“ (dečak 10 godina). Roditeljima se preporučuje da razmisle o načinima kako će saopštiti detetu da se ne osećaju dobro poput sledeće formulacije - “*Rado bih bio sa tobom, ali se osećam loše, bolje je i za mene i za tebe da sada budem sam!*”. U razgovoru sa detetom o bolesti, roditelj uvažava osećanja i uzrast deteta, ali ispoljava i spremnost da pomogne detetu da razvije korisne strategije u fazama pogoršanja bolesti. Roditelji se, takođe, mogu pitati kako deca opažaju njihovu bolest i na koji način ih to pogađa. Otvara se i čitav niz drugih tema: Da li će moje dete imati psihijatrijsku bolest u budućnosti; da li upropašćavam život svom detetu; šta je moja krivica; da li je mom detetu potrebna stručna pomoć? Istovremeno se i stručnjaci mogu suočiti sa čitavim nizom dilema koje se odnose na procenu da li teškoće deteta prevazilaze snage roditelja, kada treba razmotriti potrebu za razdvajanjem partnera ili eventualnim izmeštanjem deteta na druge oblike staranja.

Glavna tema rada sa mentalno obolelim roditeljima je usmeravanje na njihove kapacitete i motivisanost da „upravljaju“ bolešću i da istovremeno prihvataju roditeljsku odgovornost. Roditelje je korisno uputiti u širok dijapazon reakcija koje mogu očekivati od deteta, kao što su, na primer, ljutnja zbog bolesti, strah, krivica, sramota, tuga, a ponekad i olakšanje i podrška kada dete dobije informacije i stekne mogućnosti da adekvatnije prepozna i razume bolest i kada počinje da shvata da bolest nije isto što i odbacivanje. Roditeljima je potrebno pomoći, što često nije moguće u slučaju težih oboljenja, da nauče da razmišljaju iz perspektive deteta, da prepoznaju šta je najteže za dete, da upoznaju dete sa činjenicom da se leče i uzimaju lekove. Navedeno bi bili neki od načina da se „smiri dete“ i smanji međusobna tenzija. Napominjemo da nije cilj da se detetu ispričaju baš sva iskustva, to može da ih optereti, podrazumeva se da dete ne treba da je sasvim uključeno u svet mentalne bolesti.

Savetodavni rad sa porodicom - primena nekih sistemskih intervencija

U ovim okvirima organizuju se pojedinačne i zajedničke seanse. Moguće je organizovati seanse sa roditeljima čiji je cilj psihoedukacija o bolesti i rezilijentnosti. Seanse sa detetom obuhvataju razgovore o percepciji deteta, eventualno doživljavanje bolesti i psihosocijalne teškoće koje dete ima zbog ovoga. U planiranju sesije roditelji razgovaraju sa terapeutom kako da odgovore na moguća pitanja deteta, kako da razgovaraju o bolesti deteta, i kako da upravljaju mogućim problemima. Zavisno od uzrasta deteta i spremnosti roditelja, organizuje se i zajednička seansa kada roditelji, uz pomoć terapeuta, odgovaraju na moguća pitanja dece. U porodičnoj sesiji roditelji otvoreno razgovaraju sa detetom o bolesti na način koji je za dete prihvatljiv i primeren. Ističemo značaj narativnog pristupa koji naglašava stav da "Osoba nije problem" već da „Osoba ima problem”. Važno je otvoriti razgovor o dobrim stranama roditeljstva, uputiti na manjkavost veština koje nisu uzrokovane bolešću, diskutovati o potrebama deteta i načinima njihovog zadovoljavanja. Uvek postoji mogućnost da se podstakne razgovor o veštinama koje su nezavisne od bolesti ili manjkavostima roditeljstva koje ne pripadaju bolesti.

Uvažavajući psihijatrijske teškoće roditelja i ograničenja koja iz njih proističu, koriste se različite tehnike sistemske porodične terapije koje su usmerena na učenje veština jasne, otvorene i konzistentne komunikacije, rad na „razumrežavanju” koji je čest problem u porodici sa mentalnim poremećajem, smanjivanje kritičkih komentara, uspostavljanje adekvatnije hijerarhije, granica, detrianguliranje bolesti. Veliki broj intervencija usmeren je na smanjivanje indeksa emocionalne ekspresivnosti (EE). Napominjemo da su sve savetodavne intervencije komplementarne sa drugim oblicima lečenja (pre svega psihijatrijski tretman i farmakoterapija) i usmerene su ka mobilisanju zdravlja i mogućoj, realno definisanoj i ostvarivoj korekciji disfunkcionalnih obrazaca ponašanja u malim koracima. Ciljevi su orijentisani na „ovde i sada”, definišu se sasvim konkretne male promene na nivou ponašanja i interakcije i kontinuirano se obraća pažnja da se ne postavljaju prevelika očekivanja ili „neuradivi zadaci” koji mogu doprineti pojačavanju doživljavanja nekompetentnosti obolelog roditelja ili prekidu komunikacije sa detetom. Česta tema u radu sa ovim porodicama je kako da mentalno oboleli roditelj poveća svoja očekivanja od deteta (neretko i kako da smanji!), kako da postavi granice, kako da nagradjuje i kažnjava, kako da prepozna kvalitete deteta, kako da ispolji zadovoljstvo, brigu, organizuje vreme detetu, itd. Na primer, majka dečaka koji je star 11 godina, leči se pod dijagnozom shizoafektivne

psihoze. Zaposlena je kao spremačica, muž je umro pre 3 godine. Tokom lečenja je saradljiva, uzima farmakoterapiju, sama traži konsultativne razgovore vezane za roditeljsko funkcionisanje. Dečak i majka žive sami u sasvim skromnim uslovima. Dečak je najbolji djak u generaciji, druželjubiv, dobro prilagođen. Majka „donosi” strahove vezane za njegovu budućnost, zabrinuta je da on „laže i krade”. Tokom savetodavnog rada intervencije se usmeravaju na pozitivno, eksplorišu se periodi pogoršanja bolesti i „sumnje” u dečaka, majka se edukuje o načinima jasne komunikacije, usmerava na minimalne pozitivne promene, zajedničke rituale bez prigovaranja, itd .

Fokus intevenisanja nije samo dijada roditelj dete, već i interaktivni stil porodice u celini. Mentalni poremećaj destabilizuje celokupan porodični sistem, a partner, zdravi roditelj, i prošireni sistemi, mogu rigidno pojačavati svoje obrasce ponašanja i ispoljavati različite obilke strepnje, anksioznosti, povišenu kontrolu i često nepoverenje u roditelja koji se leči. Na primer, majka devojčice stare 10 meseci nakon porođaja je lečena pod dijagnozom postpartalne depresije. Aktuelno su u prvom planu bili obrasci hostile depresije sa elementima odbacivanja deteta, koji se pojačavaju sa hiperkontrolišućim i hiperkritičkim stavom muža vezanim za različite njene aktivnosti sa detetom. Savetodavni rad se usmerava ka traženju onoga u čemu joj je potrebna pomoć /šta može sama, edukovanju muža da prepozna znake bolesti i da smanji broj kritičkih komentara, edukovanju majke da identifikuje trenutke kada je u pogoršanju i slično. Iz ovih razloga je značajno da se u savetodavni rad uključuje cela porodica, a posebno kada se ima u vidu da su u okolnostima bolesti i zdravi roditelji u pojačanom stresu, kao i da psihopatologija jednog roditelja često može da bude povezana i sa simptomatskim ponašanjima drugog (Weissman et al, 1997) .

Širok je spektar i različite se mogućnosti rada sa porodicom sa mentalnom obolelim roditeljem. Praksa pokazuje da u pojedinim slučajevima, zavisno od nivoa oštećenja ličnosti, tipa i faze bolesti može biti korisno kombinovanje „*attachment intervencija*” (na afektivnu vezanost usmerenih intervencija) sa drugim oblicima savetodavnih intervencija koje obuhvataju celu porodicu. Usled roditeljske bolesti umesto senzitivne i responzivne nege, dete može biti suočeno sa nekozistentnošću i zanemarivanjem. Važno je da se za dete otvore mogućnosti da uspostavlja bliske veze sa konzistentnim, zdravim i podržavajućim drugima iz porodice (sibling, drugi roditelj...), sa proširenim porodičnim sistemima ili pak drugim sistemima, školom, nastavnicima, vršnjacima, prijateljima. Pojedini autori smatraju da ima osnova da se razmotri primena „*attachment programa*” (poput Circle of Security Project; Marvin et al, 2002) koji su usmereni na međusobne obrasce povezanosti unutar porodice (Maybery et al, 2006). U ovim okvirima se može otvoriti područje i za rad sa porodicama sa

mentalnom bolešću posebno kada se rano započne sa intervencijama, u prvim fazama bolesti, kada je procena nivoa oštećenja sveobuhvatna i kada se uz druge oblike tretmana uključuje porodica koja je takodje „pogođena” bolešću, a koja svojom dinamikom svakako utiče na dijadu roditelj-dete.

„Obećavajuću” intervenciju razvili su Beardslee i saradnici (Beardslee et al, 2003) za porodice i njihovu decu od 8 do 15 godina, čiji je bar jedan roditelj doživeo skorašnju epizodu poremećaja raspoloženja. Koristeći dva odvojena pristupa (predavanja ili klinički facilitirane intervencije sa sličnim sadržajem) program je dizajniran tako da pruža informacije o poremećajima raspoloženja roditelja, povećava veštine roditelja u komuniciranju informacija njihovoj deci i otvara dijalog u porodici o rezultatima i uticaju depresije. Nakon 2 i po godine deca su izveštavala o boljem razumevanju poremećaja raspoloženja roditelja i boljem adaptivnom funkcionisanju. Roditelji su prepoznali veći stepen podrške drugog partnera i veća znanja i razumevanje samog mentalnog poremećaja.

Tema u radu sa porodicama sa mentalnim poremećajem roditelja je i verovatnoća da će oni iskusiti krize mentalne bolesti, kao što je hospitalizacija ili akutna psihotična kriza. Izloženost svakom kritičnom incidentu generiše anksioznost, stres i povređenost, i, mada je najizraženija u prvim fazama, može trajati duže vremena nakon pojave incidenta. Potrebno je uspostaviti plan optimalnog upravljanja kritičnim incidentom u različitim okolnostima (Kirkland & Maybery, 2004). Za sve članove porodice je značajno da planiraju buduće epizode hospitalizacije ili periode bolesti, a praktična pomoć obuhvata i omogućavanje detetu regularnog pristupa roditelju u bolnici i podršku drugih članova porodice (tetke, drugi roditelj) ili prijatelja od poverenja koji mogu živeti sa detetom u periodu hospitalizacije roditelja. Danas u svetu postoje sajtovi sa primerima različitih programa koji izražavaju spremnost da podrže porodicu, tako što će član porodice izabrati kontakt osobu ako je roditelj ili drugi član porodice u bolnici, tj sa kim će dete ostati i slično (na primer “Supporting Our Family” , Children of Mentally Ill Consumers, <http://www.howstat.com/comic/>). Ackerson (2003) naglašava da se oni roditelji sa čvršćom socijalnom mrežom, kao što je porodica, prijatelji, ili crkva funkcionalnije suočavaju sa krizama od socijalno izolovanih porodica.

Multiporodična terapija

Pristup se fokusira na potencijale porodica/roditelja da uče kako bi adekvatnije funkcionisale u svojim odnosima. Umesto da stručnjaci edukuju porodice,

suštinska ideja multiple porodične terapije je da porodice/roditelji uče jedni od drugih. Osim toga, potom mogu da savetuju i pomognu ne samo svojoj, nego i drugim porodicama da ostvare promene. Ovaj pristup podrazumeva okupljanje nekoliko porodica/roditeljskih parova, obično do šest, koje provode dva ili više sati zajedno. Pristup je razvio Piter Laker (SAD) radeći u velikoj psihijatrijskoj bolnici. Pristup je saglasan sa sistemskim principima da se mentalni poremećaj posmatra kao akutna životna kriza i naglasak je na ispitivanju porodičnih procesa komunikacije, posebno na izgradnji potencijala i snaga porodice. Moguće je da zbog dijagnostičkog etiketiranja, porodice počnu da posmatraju sve aspekte svojih života i problema u skladu sa dijagnozom, uključujući i odnos bolesnog roditelja i deteta. Rad sa grupom porodica/roditelja pruža mogućnosti da se čuje i veći broj mišljenja i razmene različita iskustva.

Kratkotrajna multipla porodična grupa se preporučuje za pacijente sa dobrom prognozom i nejasnom dijagnozom (mala grupa, 3-5 porodica, intenzivna grupa sa naglaskom na rešavanju problema, poboljšanje komunikacije, korigovanje porodične hijerarhije i dezorganizacije). Traje 6 do 9 meseci.

Dugotrajna multipla porodična grupa je nešto veća (4 do 7 porodica), zatvorena, trajanje je neodređeno, a akcenat je na redukciji visoke ekspresije emocija, korigovanju umreženosti porodičnog sistema, uvežbavanju komuniciranja, i postepenom preuzimanju odgovornosti od strane pacijenata.

Ekosistemske intervencije

U pristupu i zaštiti interesa dece od velikog je značaja koordinisana aktivnost različitih sistema koji se brinu kako o detetu i o bolesnom roditelju. Važno je da je rad različitih sistema bude povezan i koordinisan (zdravstvo, psihijatrija, centar za socijalni rad, škola, nevladine organizacije) i neophodno je da se kontinuirano edukuju stručnjaci različitih disciplina koji se neće fokusirati samo na dete ili roditelja, već će uzeti u obzir celokupan porodični sistem, raspolagati odgovarajućim informacijama o mentalnom poremećaju, imati u vidu kontekst roditeljstva i zajednički učestvovati u zbrinjavanju interesa deteta i pružanju podrške detetu, roditelju i porodici (Nicholson et al, 2001). Neophodno je da se preduzimaju rane intervencije, da one po svojim karakteristikama imaju preventivni karakter, kao i da nisu podstaknute alarmantnim oblicima zanemarivanja i zlostavljanja deteta.

Mentalno oboleli roditelji i pojačani rizici za dete

Neke porodice i neki roditelji mogu da ispolje tzv. rezistentnost na intervencije ili pokazuju različite vidove nesprenosti i otpora da saradjuju u bilo kom obliku tretmana. Roditelji oboleli od mentalnog poremećaja često mogu biti pod rizikom da izgube starateljstvo nad svojom maloletnom decom ili da budu ograničeni u svojim roditeljskim pravima iz različitih razloga. Razlozi mogu biti težina bolesti, nivo oštećenja ličnosti i funkcionisanja kao posledica višegodišnjeg hroničnog poremećaja, neadekvatnog lečenja i nemogućnosti obezbeđivanja bazičnih uslova za odgajanje dece. Dodatnu podršku zaslužuju jednoroditeljske porodice u kojima su pojačani rizici a mentalno oboleli roditelj je pod većim opterećenjem. Otežavajući činioci su svakako i siromaštvo, nezaposlenost, bračne teskoće, siromašna komunikacija roditelj dete, problem bolesti zavisnosti, otvoreno agresivno ili hostilno ponašanje roditelja.

Programi rada sa mentalno obolelim roditeljima

Tokom poslednje dekade u svetu se razvijaju različiti programi koji su namenjeni porodicama sa članom obolelim od nekog mentalnog poremećaja. Mogu se izdvojiti različite korisne intervencije, ali je i dalje teško ponuditi najprimereniji model dobre prakse. Formira se stav stručnjaka da uprkos brojnim naporima, područje zaštite interesa i potreba mentalno obolelog roditelja, njegove dece i celokupne porodice, još uvek nije “pokriveno” dovoljno efikasnim i sveobuhvatnim interventnim strategijama. Najefikasnijim se pokazuju oni programi koji su uz solidnu teorijsku koherentnost, psihoedukativne intervencije, savetodavni pristup i rad na afektivnoj vezanosti, deo programa zaštite mentalnog zdravlja u zajednici (community based) i koji su usmereni na povezivanje različitih aktera u zajednici (škola, centri za socijalni rad, zdravstvo). Unutar ovakvih programa može se obezbediti potrebna psihosocijalna podrška porodici, ali i praktična pomoć kada je to potrebno. Istovremeno, smatra se da su i dalje potrebna metodološki preciznija, sveobuhvatnija, komparativna i longitudinalna istraživanja efikasnosti programa koji se kreiraju sa ciljem pomoći ovim porodicama (Reupert & Maybery, 2010).

Ako se pogleda lista akreditovanih programa Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu Srbije(www.zavodsz.gov.rs) može se opaziti, nažalost, da je u odnosu na druge vulnerabilne grupe, skoro zanemarljiv broj programa koji se odnose na pružanje pomoći i podrške mentalno obolelim osobama i roditeljima!

Zaključak

Roditelji sa mentalnim poremećajem zahtevaju podršku, a često i “vođenje” u roditeljskom ponašanju. Deca roditelja obolelih od tzv. teških mentalnih poremećaja (npr. shizofrenija) suočavaju se sa roditeljskom bolešću, ali, istovremeno, i sa reagovanjem društvene okoline na roditeljsku bolest, što dodatno predstavlja izvor stresa za njih. Jasno je da ne ispoljavaju svi roditelji isti nivo teškoća u roditeljskom funkcinisanju i da su teži, hronični poremećaji, udruženi sa izraženijim teškoćama. Dijagnoza nije ni koristan, ni nezavistan prediktor problema ili snaga jedne porodice. Čak i kada pokazuju problematične obrasce roditeljskog funkcionisanja, mnogi mentalno oboleli roditelji postaju, tokom rada sa stručnjacima, prijemčivi za intervencije koje su usmerene na osnaživanje njihovih roditeljskih kapaciteta. Kao najefikasniji, pokazuju se oni programi koji se realizuju unutar programa zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i koji uključuju multisektorsku saradnju, koja podrazumeva blagovremenu i sveobuhvatnu procenu mentalnog zdravlja, čvrstu socijalnu mrežu, individualizovan program treninga roditeljskih veština, rad sa porodicom, kao i plan rehabilitacije osoba sa mentalnim poremećajem u kojem se roditeljska odgovornost prepoznaje kao značajan segment funkcionisanja ličnosti.

Literatura:

- Ackerson, B. J. Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society* 2003; 84:109–119.
- Alloy L, Abramson L, Urosevic S, Walshaw P, Nusslock R, Neeren A. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psy Review* 2005; 25: 1043–1075.
- Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: a review. *Clin Psychol Rev* 2003;23:849-80. Barrowclough C. Families of People with Schizophrenia. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Okasha A (ed). *Families and Mental Disorders: From Burden to Empowerment*. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd. 2005; pp.1-24.
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(11):1134-41.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. Families and parental mental illness. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003; 112:119–131.
- Berman, E. & Heru, A. Family Systems Training in Psychiatric Residencies. *Fam Process* 2005; 44 (3): 321–335.
- Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: their connection to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers Disord* 1998; 66 (5):835-878.
- Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547-52.

- Chakrabarti S, Kulhara P. Family burden of caring for people with mental illness. *Br J Psychiatry* 1999;174:463.
- Chambliss R.B. and McLeer S.V. Relational Problems. In: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition*, B.J. Sadock and V.A. Sadock (eds); Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 2469-2478 (2009).
- Ciarrochi J, Scott G, Deane F, C.L. Heaven P. Relations between social and emotional competence and mental health: a construct validation study. *Personality and Individual Differences* 2003; 35:1947–1963.
- Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):720-7.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM -5, Fifth edition, 2012/2013, American Psychiatric Association.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on patient's family. *Br J Psychiatry* 1987;150: 285-92.
- Falkov, A. : Talking with children whose parents experience mental illness. In V. Cowling (Ed.), *Children of parents with mental illness 2: Personal and clinical perspectives*. 2004; (pp. 41–56). Melbourne, Australia: Australian Council of Education Research.
- Fudge, E., & Mason, P. Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2004; 3(2): 1-9.
- Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*. USA: Brooks/Cole, Thomson Learning, Inc; 2004.
- Gottesman I, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically vocating a functional-contextual analysis of parenting. *J Fam Psychol* 2003; 17(2):238-51.
- Hay, D. A. Understanding and explaining the genetics of mental illness. In V. Cowling (Ed.), *Children of parents with mental illness 2: Personal and clinical perspectives* (pp. 5–14). 2004, Melbourne, Australia: Australian Council of Education Research.
- Holley JM, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychol Med* 2002;32:1091-99.
http://www.vichealth.vic.gov.au/assets/contentFiles/Research_Report_COPMI.pdf
- Jacob M, Frank E, Kupfer DJ, Carpenter LL. Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *J Clin Psychiatry* 1987;48:395-400.
- Janowsky M. Playing the Manic Game. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 22:252-6.
- Jundong J, Kuja-Halkola R, Hultman C, Långström N, D'Onofrio BM, Lichtenstein P. Poor school performance in offspring of patients with schizophrenia: what are the mechanisms? *Psychol Med* 2012;42(1):111-23.
- Jungbauer J, Stelling K, Kuhn J, Lenz A. How do mothers and fathers suffering from schizophrenia experience their parenthood? Results from an in-depth interview study. *Psychiatr Prax* 2010;37(5):233-9.
- Kirkland, R., & Maybery, D. J. Managing critical incidents in schools, planning your response. *Practising Administrator* 2004; 22(3):18–23.
- Kuhn J, Lenz A. Coping in children of parents with schizophrenia-strikingly deceptive strategies. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2008;57 (10):735-56.
- Lansky MR. Common Clinical Predicaments. In: JF. Clarkin, GL. Haas, ID. Glick (ed): *Affective Disorders and the Family: Assessment and treatment*. New York: Guilford Press. 1988; pp. 213-238.

- Lebow J, Gordon KC. You cannot choose what is not on the menu – obstacles to and reasons for the inclusion of relational processes in the DSM-V: comment on the special section. *J Fam Psychology* 2006;20(3):432-7.
- Lee S, Tsang A, Kessler RC, Jin R, Sampson N, Andrade L, Karam EG, Mora ME, Merikangas K, Nakane Y, Popovici DG, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z, Petukhova M. Rapid-cycling bipolar disorder: cross-national community study. *Br J Psychiatry* 2010;196(3):217-25.
- Leff, J, Berkowitz, R., Shavit, N, Strachan, A, Glass, I & Vaughn, C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990;157: 571-577.
- Lidz T, Cornelison AR, Fleck S, Terry D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients: Marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry* 1957;114:241-8.
- Liu Morgan TC, Ill parents. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):252-7.
- Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):101-21.
- Marmostein NR, Malone SM, Iacono WG. Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: association with paternal psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161(9): 1588-94.
- Marvin, R., Cooper, G, Hoffman, K., & Powell, B. . The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver pre-school child dyads. *Attachment and Human Development* 2002; 4(1): 107–124.
- Maybery, D., Reupert, A., & Goodyear, M. Evaluation of a model of best practice for families who have a parent with a mental illness. Unpublished evaluation report retrieved December 2006 from www.quantifyingconnections.com/COPMIpage.htm
- Miklowitz DJ, Taylor DO. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. *Bipolar Disord* 2006;8(5 Pt 2):640-51.
- Moltz DA. Bipolar disorder and the family: An integrative model. *Fam Process* 1993; 32(4):409-23.
- Morgan VA, Croft ML, Valuri GM et al. Intellectual disability and other neuropsychiatric outcomes in high-risk children of mothers with schizophrenia, bipolar disorder and unipolar major depression. *Br J Psychiatry* 2012; 200(4):282-9.
- Nicholson, J., Biebel, K., Kinden, B., Henry, A., & Stier, L. (2001). Critical issues for parents with mental illness and their families. Retrieved from [http://www.mental heath. Org/publications/all/pubs/](http://www.mentalheath.org/publications/all/pubs/)
- Ostman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2004;19 (7):402-7.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Allen-Meares, P., & Firminger, K. Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 2009; 70: 296–315.
- Reupert, A and MayberyD Families affected by parental mental illness: Australian programs, strategies and issues. The (missing) role of schools. Monash University, Melbourne, Australia. *International Journal for School-Based Family Counseling* 2010.
- Risley-Curtiss, C., Stromwall, L. K., Trueet Hunt, D., & Teska, J. Identifying and reducing barriers to reunification for seriously mentally ill parents involved in child welfare cases. *Families in Society* 2004; 85:107–119.
- Rolland JS. Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Fam Syst Med* 1984; 2(3),245-62.
- Schubert EW, McNeil TF. Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(5):473-80.
- Shankar R, Rao K. From Burden to Empowerment: The Journey of Family Caregivers in India. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Okasha A (eds). *Families and Mental Disorders: From*

- Burden to Empowerment. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd; 2005. pp. 259-89.
- Song LY, Biegel DE, Miligan SE. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J* 1997;33(4): 269-86.
- Tuck I, du Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nyrs* 1997;11(3):118-25.
- Vukov-Goldner M. Porodica u krizi. Beograd, Zagreb: Medicinska knjiga; 1988.
- Walsh F. Clinical views of family normality, health and dysfunction. In: *Normal Family Processes* (Third ed.). The Guilford Press, New York, London; 2003.
- Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appleby L, Webb R, Abel KM. What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? *Psychol Med*. 2007;37(4):537-46.
- Weissman, M. M., Warner, V., Ickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. Offspring of depressed parents: Ten years later. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 932–940.
- Whisman MA, Uebelacker LA. Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *J Fam Psychology* 2006;20(3):369-77.

SAVETODAVNI RAD SA PORODICAMA LGBT MLADIH

Jelena Srdanović Maraš, Jasminka Marković

Klinika za dečju i adolescentnu psihijatriju, Klinički centar, Novi Sad

Sistemska porodična praksa je visoko senzitivna za rad sa različitim marginalizovanim grupama. Decenijama unazad velika pažnja usmerava se na kreiranje kulturno senzitivnih programa i pristupa koji su, na primer, prilagođeni radu sa različitim etničkim grupama, ili sa manjinskim grupama. Vodi se računa o jeziku, kulturi, običajima, uvažava se način razumevanju sveta korisnika usluga porodičnog savetovanja. Prirodno je da se slični principi primenjuju i u radu sa LGBT populacijom, koja je u našoj sredini višestruko diskriminisana. Iako istraživanja registruju povećanu učestalost mentalnih problema u populaciji mladih LGBT osoba (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; King i sar., 2008), oni su u kliničkoj praksi praktično nevidljivi. Pretpostavka je da izbegavaju da se obrate profesionalcima zbog straha od institucionalne diskriminacije (Haas i sar., 2011), usled toga što pretpostavljaju da profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja imaju predrasude prema LGBT populaciji. U našoj sredini standardni programi i kursevi na studijama psihologije, medicine, ne prepoznaju specifičnost problema u okviru ove marginalizovane grupe. Mnogi profesionalci se osećaju nedovoljno kompetetno za rad sa ovom populacijom, ili sasvim suprotno, procenjuju da je radu sa LGBT mladima dovoljno primeniti jednak pristup kao i sa bilo kojom drugom mladom osobom koja ima određene psihološke teškoće (Alderson, Orzeck, & McEwen, 2009). Američka asocijacija psihologa (APA, 2000), mnogi profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja, kao i različite NVO (Labris, 2012) smatraju da je neophodno da profesionalci budu informisani o specifičnim problemima, razvojnim zadacima i da budu senzibilisani za rad sa LGBT mladim osobama i njihovim porodicama. Pregled koji sledi nudi kratke informacije o razvoju seksualnog identiteta koji je drugačiji od heteroseksualnog, zatim prati procese koji se dešavaju u porodici mlade LGBT osobe, uz prikaz potreba koje ove porodice imaju i ciljeva porodičnog savetovanja. Jezik kojim će biti označeni određeni procesi i pojave je skladu sa preporukama APA (*American Psychological Association*) i različitih organizacija za prava LGBT osoba. Naime, koristiće se termini koji se smatraju dopustivim sa stanovišta samih osoba na koje se termini primenjuju.

Coming out

Jedan od osnovnih razvojnih zadataka u adolescenciji jeste izgradnja i formiranje stabilnog i koherentnog identiteta. Osećanje lične posebnosti je kontinuirano u vremenu i uključuje, između ostalog, i svest o ličnim stavovima vezanim za seksualne, emocionalne i erotske odnose sa drugima (D'Augelli & Patterson, 1995). Većina osoba istražuje i integriše svoj seksualni u lični identitet tokom adolescencije. Smatra se da je ekspresija seksualnosti rezultat jedinstvene mešavine bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturoloških faktora i ne očekuje se da će svaka osoba imati isti put, brige i teškoće u procesu razvoja seksualnog identiteta (Perrin, 2002).

LGBT osobe u mnogim aspektima razvoja identiteta imaju ista iskustva kao i drugi adolescenti, nezavisno od seksualne orijentacije. U nekim aspektima razvoja, LGBT mlada osoba deli slična iskustva sa drugim LGBT osobama, a može imati i sasvim specifičan put razvoja. Međutim, literatura, kao i klinička praksa, ukazuju na to da razvoj ličnog identiteta može biti posebno komplikovan za LGBT osobe. Proces razvoja pozitivnog osećanja identiteta u kontekstu društvene negativne evaluacije suštinskog aspekta sebe, posebno je izazovan zadatak za osobu drugačije seksualne orijentacije do heteroseksualne (McAndrew, 2008). Potrebno je da se transformiše negativan, stigmatizovan identitet u pozitivan. Radi se o komplikovanom procesu u kojem osoba prepoznaje i određuje svoju seksualnu orijentaciju, konceptualizuje je u pozitivnim terminima, i razotkriva drugim osobama u toku svog života. U relevantnoj literaturi razvoj homoseksualnog/biseksualnog identiteta označava se kao *coming out* proces, *autovanje* ili *razotkrivanje*; pomenuti termini će u daljem tekstu biti upotrebljavani kao sinonimi. Ovaj proces ima kognitivne, ponašajne i emocionalne dimenzije (Anhalt & Morris, 1998). Pod uticajem je različitih faktora, kao što su nivo homofobične retorike i ponašanja u društvu, obim i vrsta resursa koji postoje u zajednici za borbu protiv stigmatizacije i koji daju osećanje pripadnosti, te osnažuju svoje članove, kao i nivoa ličnih kompetencija i resursa (samopouzdanje, podrška porodice, veštine rešavanja problema) koje poseduje osoba na početku i tokom procesa (Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz, & Smith, 2001).

Slika 1. Faze u razvoju homoseksualnog identiteta

(preuzeto iz Sexual orientation in child and adolescent health care, Ellen C. Perrin, 2002, str 59)

Konfuzija identiteta, Prepoznavanje da <i>postoji nešto u vezi mene/mog ponašanja/mojih osećanja/misli što bi se moglo nazvati homoseksualnim</i>
Poređenje identiteta Osećanje otuđenosti i nepripadanja kada se razmatra mogućnost približavanja stigmatizovanoj manjinskoj grupi. Često prisutna osećanja odbačenosti i tuge.
Tolerancija identiteta Usaglašavanje različitosti između selfa i pripadnika heteroseksualne većine. Postepeno i pažljivo razotkrivanje izabranim osobama
Prihvatanje identiteta Razumevanje sebe kao pripadnika manjinske grupe koja ima vrednost. Pojačavanje osećanja mira i ispunjenosti zbog svrstavanja u kategoriju homoseksualaca, pojačano razotkrivanje drugima.
Ponos u vezi sopstvenog identiteta Prepoznavanje neslaganja između dominantne heteroseksualne populacije i ličnog prihvatanja sebe kao ne-heteroseksualca, devalviranje heteroseksualnosti i snažno osećanje grupne solidarnosti sa homoseksualnom zajednicom
Sinteza identiteta Interakcije sa drugim i raznolikim osobama, umanjuje se gnev prema ne gej osobama, osećanje pripadanja širokoj zajednici, pojačavanje samopoštovanja, osnaživanje. Gej identitet postaje integrisan u ličnost.

Faze u procesu coming out-a

Različita istraživanja su uočila neke manje ili više stabilne faze/scheme u procesu razvoja zrele homoseksualnosti. Najviše je citiran razvojni put kako ga je opisala Cass (1979). Bazirajući se na iskustvima iz kliničkog rada sa homoseksualno orijentisanim muškarcima zaključila je da se razvoj homoseksualnog identiteta odvija kroz 6 faza (Slika 1). Savremena istraživanja nisu našla potvrdu tome da se ovaj proces uvek odvija kroz jasno definisane faze, ali se pokazalo da *coming out* uvek ima dve dimenzije: autovanje sebi samom i autovanje drugim osobama (Anhalt & Morris, 1998).

Coming out sebi samom je proces koji podrazumeva razlilicite događaje kroz koje se osoba kreće od neprepoznavanja svoje homoseksualnosti/biseksualnosti, ali uz prisutan izvestan osećaj različitosti od drugih, sve do samoprepoznavanja da je on/ona homoseksualna/biseksualna osoba (Anhalt & Morris, 1998).

Autovanje drugim osobama podrazumeva individualno razotkrivanje homoseksualne orijentacije drugim osobama, vršnjacima, porodici, prijateljima, saradnicima (Morrow, 2004).

Razotkrivanje svoje seksualne orijentacije drugoj osobi, po prvi put, jeste ogroman razvojni zadatak. Ono je obično pažljivo tempirano i organizovano. Odrasle LGBT osobe se tačno sećaju okolnosti, osećanja koja su imali, kao i reakcije osoba kojima su rekli. Obično je prvo razotkrivanje nastavniku ili nekoj drugoj osobi koja je autoritet, ili članu porodice za koga se zna da je gej, često i nekom vršnjaku koji se već autovao (Perrin, 2002).

Autovanje osobi koja nije homoseksualna, a član je porodice, još je veći izazov. Veoma je važno da ovo prvo razotkrivanje bude urađeno u vreme, i na način koji povećava šanse da će reakcija druge osobe biti makar neodbacujuća (Perrin, 2002). Mlade LGBT osobe često osećaju ogroman strah kada je u pitanju razotkrivanje svoje seksualne orijentacije porodici (Goldstein, 2007), što se uobičajeno objašnjava značajem koju porodica i podrška porodice ima u samopoštovanju i samopouzdanju mlade osobe (Savin-Williams, 2005). Istovremeno, stres od razotkrivanja roditeljima pojačan je promenama u odnosu dete-roditelj koja se odvija u adolescenciji, kada inače dolazi do više konflikata i privremenog udaljavanja adolescenta od roditelja. Čak 67% homoseksualnih adolescenata veoma brine oko razotkrivanja svojim porodicama, 22% ima očekivanje da bi u slučaju razotkrivanja bila izloženi verbalnom nasilju članova porodice, pri čemu je 10% njih zaista i bilo izloženo fizičkom zlostavljanju u porodici zbog seksualne orijentacije (Pilkington & D'Augelli, 1995).

Postoji više različitih faktora koji utiču na odluku osobe kada je u pitanju autovanje porodici: prethodni nivo bliskosti, otvorenosti i konflikata u relaciji roditelj-dete; količina vremena koju roditelji i dete provode zajedno; stepen u kom su roditelji stvaran izvor podrške, socijalnog identiteta i ekonomske podrške; dostupnost drugih izvora socijalne podrške, socijalnog identiteta i ekonomske podrške (prijatelji, zaposlenje van porodice); i procena o dobitima/šteti koju će imati on sam, porodica i prijatelji ukoliko se autuje, a koja se formira na osnovu anticipiranog odgovora članova porodice (Green, 2000).

Razvojne faze u procesu adaptacije roditelja na autovanje deteta

Nesumnjivo je da je autovanje porodici snažno emotivno nabijen proces, kako za adolescenta, tako i za njegovu porodicu (Goldstein, 2007). Porodični odgovori na autovanje mogu biti veoma različiti: sažaljenje, tuga, osuđivanje, simpatije, ljutnja (Armesto & Waisman, 2001).

Mnogi terapeuti opisuju da je roditeljski odgovor na autovanje deteta sličan procesu žalovanja. Roditelji, naime, prolaze kroz faze koje su karakteristične za tugovanje i žaljenje

zbog smrti voljene osobe (Goldstein, 2007). Neki autori se ne slažu sa ovom tezom, ističući, ipak, činjenicu da ne prolaze svi roditelji kroz sve faze, niti istim redosledom (Savin-Williams & Dube, 1998). Međutim ipak se može govoriti o sličnim roditeljskim reakcijama u sklopu emocionalnog odgovora i prilagođavanja na novonastalu situaciju. Savin-Williams & Dube (1998) su ponudili model roditeljskog emocionalnog prilagođavanja na autovanje deteta. Radi se o procesu koji ima nekoliko faza:

1. *faza poricanja i izolacije*. U ovoj fazi roditelji se nalaze u šoku. Poricanjem realnosti pokušavaju da izbegnu suočavanje sa neprijatnim saznanjem. Autovanje svog deteta razumeju kao fazu, odbijaju razgovor na tu temu ili potpuno ignorišu da se bilo šta dogodilo. Roditelji se u ovoj fazi često osećaju usamljeno i izolovano od šire socijalne mreže, imaju utisak da su jedini kojima se to dogodilo i da ni sa kim ne mogu da razgovaraju o ovoj temi (Muller, 1987; Patterson, 2000).

2. *faza* u kojoj postaju *ljuti*, praćena je verbalnim ili fizičkim zlostavljanjem deteta, što može voditi u odbacivanje (Patterson, 2000); bes se može usmeriti ka potencijalnim, spoljašnjim uzročnicima seksualne orijentacije njihovog deteta (Savin-Williams & Dube, 1998).

3. *faza cenjkanja*; ona se sastoji u tome da roditelji sa detetom pregovaraju i obeshrabruju ga da o svojoj seksualnoj orijentaciji govori drugima, u smislu „ok je da si gej, ali nemoj da kažeš baki“ ili „ok je što si gej samo nemoj dovoditi partnera na porodična okupljanja“.

4. *depresija*, roditelji su preplavljeni tugom, osećanjem krivice i stida, udaljavaju se od drugih, ranije bliskih osoba, jer očekuju da će doživeti osudu i odbacivanje od njih.

5. *finalna faza prihvatanja*, žalovanje je prošlo, a roditelji su našli način da prihvate sebe kao roditelja gej osobe (Savin-Williams & Dube, 1998) i da prihvate novi identitet svog deteta (Herdt & Koff, 2001).

Opisani proces može da traje godinama. Neke porodice ostaju zaglavljene u inicijalnim fazama godinama, boreći se da asimiliraju i razumeju novu informaciju. Vremenom, mnoge porodice prolaze kroz opisane faze, reorganizujući se i prilagođavajući se promeni identiteta mlade osobe, ali neke porodice nikada ne dođu do poslednje faze integracije i prihvataju samo neke aspekte identiteta svog deteta (Patterson, 2000).

Emocionalni odgovor roditelja

Kliničko iskustvo i dostupna istraživanja ukazuju da je inicijalna reakcija roditelja na razotkrivanje obično negativna (Patterson, 2000). Registruje se širok dijapazon emocija: stid, tuga, žaljenje, krivica, šok, ljutnja, osećanje neuspeha, ponos, prihvatanje (Armesto & Waisman, 2001; Ben-Ari, 1995; Muller, 1987).

Istraživanja ukazuju na to da različiti faktori utiče na roditeljsku i porodičnu reakciju. Stariji roditelji, muškarci, niže obrazovanje, kao i roditelji koji su i ranije imali problematičnu relaciju sa detetom, u velikom su riziku da negativno odgovore na situaciju autovanja (Savin-

Williams, 1994; Patterson, 2000). Zatim, istraživanja ističu značaj kulturnog i etničkog porekla porodice – u nekim kulturama homoseksualnost je prihvatljivija nego u drugim. Isto tako, religijska uverenja i praksa mogu uticati na stepen prihvatanja. Ako u porodici već postoji neka osoba koje je identifikovana kao homoseksualna, može biti više razumevanja i prihvatanja (Willoughby, Malik, & Lindahl, 2006). Što je osoba mlađa u vreme razotkrivanja, to je veća verovatnoća da će roditelji manje ozbiljno shvatiti ovu informaciju, smatrajući je samo fazom, ili će reagovati tako što će ulagati napore da se seksualna orijentacija promeni kroz psihoterapiju i savetovanje. U jednoj studiji se pokazalo da 25% homoseksualno orijentisanih osoba govori o tome da su porodice pokušale da promene njihovu seksualnu orijentaciju kroz psihoterapiju, religiju, prisiljavanjem na heteroseksualna iskustva (Paroski, 1987). Takođe roditeljska reakcija zavisi od nivoa kohezije i adaptibilnosti porodice (Savin-Williams & Dube, 1998).

Autovanje deteta nesumnjivo je visoko stresogen događaj za svaki porodični sistem. Porodične vrednosti, uloge i očekivanja moraju se potpuno preispitati. Recimo roditeljski san o sinu koji će se oženiti, imati decu i nastaviti porodično ime, mora biti rekonstruisan. Takođe, mogu se očekivati promene u granicama i odnosima, jer će se LGBT osoba verovatno dodatno zbližiti sa roditeljem koji ima veći stepen razumevanja, a distanciraće se od odbacujućeg roditelja (Willoughby i sar., 2006).

Roditelji kao da se odjednom zadese na novoj teritoriji po kojoj ne znaju kako, i u kom pravcu da se kreću. Tokom svog života, u društvu koje ima pretpostavku heteroseksualnosti, roditelji su internalizovali veliki broj netačnih informacija, stavova i stereotipa o homoseksualnosti (Ben-Ari, 1995), te im obično nedostaju čak i reči za dijalog sa mladom osobom o njenoj stigmatizovanoj seksualnosti (Fields, 2010). Svoje dete su, do sada, poznavali samo kao heteroseksualno, imali određenu sliku o njemu i njegovoj budućnosti, koja sada više ne može da postoji, te otuda žaljenje za njegovim identitetom (Muller, 1987). Dete im se može činiti kao stranac (Strommen, 1989). Ovo je situacija kada roditelji moraju da preispitaju sami sebe i rekonstruišu svoje poglede na svet. U ovom procesu, oni će se oprostiti od svog heteroseksualnog deteta i ponovo uspostaviti raniju mentalnu i emocionalnu bliskost sa svojim, homoseksualno orijentisanim, sinom/ćerkom (Saltzburg, 2004). Za ove procese je potrebno vreme. Neka istraživanja govore da je potrebno do dve godine (Borhek, 1983), dok druga ukazuju da je nekim roditeljima potrebno i do pet godina da se adaptiraju na novi identitet svog deteta (Muller, 1987). Roditelji se lakše adaptiraju na razotkrivanje ako im je informaciju o seksualnoj orijentaciji saopštio njihovo dete, i to licem u lice, nego ukoliko su to čuli o druge osobe, odnosno preko nekog sredstva

komunikacije (Ben-Ari, 1995). Istraživanja pokazuju da najveći broj roditelja (97%) uspeva da razreši incijalna negativna osećanja i ostvari prihvatanje (Patterson, 2000).

Postoje određeni faktori koji mogu biti od velike pomoći roditeljima u procesu prilagođavanja novoj situaciji (Goldstein, 2007):

- Prvo, tačne i podržavajuće informacije o osobama homoseksualne orijentacije pomažu da roditelji lakše prihvate novi identitet deteta (Ben-Ari, 1995). U situacijama kada je mlada osoba mogla da informiše svoje roditelje o tome šta znači i kako je to biti gej, registruje se menjanje roditeljskih stereotipa, kao i pozitivna promena u relaciji roditelj-dete.

- Drugo, neophodno je vreme za prilagođavanja promeni (Savin-Williams & Dube, 1998).

- Treće, roditelji su obično motivisani da prihvate novi identitet, delom iz straha da ne izgube relaciju sa detetom, ali i da ne bi bili isključeni iz njegovog života. Da bi očuvali relaciju sa svojim detetom, roditelji se reorganizuju na tri nivoa: 1) prihvataju činjenicu da je njihovo dete homoseksualno orijentisano; 2) prihvataju i adaptiraju se na svoj novi identitet roditelja homoseksualne osobe; 3) prilagođavaju se socijalnom kontekstu adolescenta, što podrazumeva uključivanje drugih adolescenata homoseksualne orijentacije u porodični život (Saltzburg, 2004).

Iako LGBT osobe gotovo uvek očekuju da će reakcija roditelja na autovanje biti negativna i odbacujuća, ona je zapravo mnogo pozitivnija od anticipirane (Ben-Ari, 1995). Rezultati istraživanja koje je sprovedeno na našem uzorku mladića homoseksualne orijentacije pokazuje da se svega trećina njih autovala roditeljima, ali da niko nije opisao postojanje ekstremnih negativnih reakcija roditelja na razotkrivanje u smislu odbacivanja. Negativne reakcije na autovanje se pre mogu opisati kao neodobravanje ili neprihvatanje homoseksualne orijentacije (Srdanović Maraš, 2012).

Primer:

Devojka Tanja, 14 godina, primljena na Odeljenje dečije psihijatrije u pratnji majke zbog problema koji su počeli pre godinu dana: nezadovoljna sobom, ne zna konkretno zbog čega, smeta joj društvo, počela da razmišlja da ovakva kakva je ne zaslužuje i ne treba da živi. Počela da se samopovređuje, najpre plitko, potom sve više, puno plače, u više navrata govori majci kako joj se ne živi i da treba da umre. Pre tri meseca počela da čuje galasove koji joj potvrđuju da ne treba da živi. Boji se da bude sama, jer se glasovi uvek javljaju kada je tišina i kada je sama, zato počinje da pušta muziku glasno. Tokom boravka na odeljenju adekvatnog ponašanja, negira halucinacije, uspostavlja adekvatne kontakte sa drugima, vrlo brzo se distancira u odnosu na suicidalnu ideaciju. Psihijatru se autuje i govori kako je već dugo zaljubljena u drugaricu, koja je prekinula prijateljstvo sa njom zbog toga. Tanja je ispričala o svojoj zaljubljenosti roditeljima i još nekim drugaricama i svi je uveravaju

„da je to prolazno“. Oseća da je odbacuju zbog toga. “Oduvek sam se družila sa dečacima, bila sam muškobanjasta, volela da se igram muških igara, nisu me privlačile lutke i te ženske igre, ne volim žensku garderobu. Znala sam da me devojke privlače kada sam se zaljubila u tu drugaricu, još pre više od godinu dana. Nikada se nisam zaljubila u dečaka.”

Započet individualni i porodični tretman. Roditeljima tokom terapije neprijatno da uopšte pričaju o temi seksualnosti, seksualne orijentacije, izbegavaju to, radije pričaju o drugim temama. U prvoj fazi rad sa roditeljskim parom je fokus rada bio na **pridruživanju i normalizaciji** toga kako se osećaju vezano za seksualnu orijentaciju svoje kćerke. Iniciran je proces istraživanja stavova majke i oca ponaosob u odnosu na seksualnu orijentaciju njihove ćerke. Na početku tretmana utisak je da otac ima više razumevanja i da je prihvatio homoseksualnu orijentaciju kćerke, dok majka to ne može da prihvati. Kasnije je ipak procenjeno da ni otac suštinski nije prihvatio seksualnost kćerke, ali to ne iskazuje na otvoren način kao majka. Terepeuti ne forsiraju prihvatanje, uvažavaju da im treba vremena i da će poštovati njihov tempo uz **reuokviravanje** da je nivo otpora u vezi sa intenzitetom brige za kćerku, obzirom na anticipaciju realnih teškoća koje može imati zbog svoje seksualne orijentacije u našem društvu. U ovoj fazi važna je i ekspertska pozicija terapeuta gde edukuju roditelje o savremenom pristupu, istraživanjima vezanim za orijentaciju drugačiju od heteroseksualne. Naglašavaju se porodične snage: roditelji visoko motivisani da pomognu kćerki, istinski zainteresovani za njeno zdravlje, redovno dolaze na terapiju, usaglašeni stavova vezano za važne roditeljske odluke, podrška šire porodice, provode vreme sa decom, imaju zajednička interesovanja. Uključivanjem kćerke u terapiju eksploriše se njen bliži odnos sa ocem, sličnija interesovanja ali uz pozivanje majke da se više uključi. Analizira se Tanjina potreba da redefiniše odnos sa majkom, često na disfunkcionalan način, oponiranjem, prozivanjem, stalnim optuživanjem. U jednom trenutku je obavljena seansa samo sa majkom, kako bi imala bezbedan prostor da iskaže brige, strahove, nezadovoljstvo, lične teškoće. Postepeno dolazi do povlačenja psihijatrijske simptomatologije kod devojke. Utisak terapeuta je da roditelji i dalje nisu uspeli da prihvate u potpunosti homoseksualnu orijentaciju kćerke ali je sada više ne osuđuju zbog toga.

Zašto je važan savetodavni rad sa porodicama LGBT osoba?

Većina roditelja uspeva da nađe ponovo put do svoje dece, ali period između autovanja i prilagođavanja roditelja na situaciju je emocionalno veoma težak, kako za jedne, tako i za druge, a za adolescente predstavlja rizičan period za različita problematična, destruktivna ponašanja (Saltzburg, 2007). Istraživanja pokazuju da mlada osoba čiji roditelji reaguju negativno na njeno autovanje može imati različite negativne psihološke posledice i destruktivna ponašanja, kao što su internalizovana homofobija, nisko samopoštovanje i rizična seksualna ponašanja (Willoughby i sar., 2006). Nekoliko studija je pronašlo povezanost između roditeljskog odbacivanja zbog seksualne orijentacije i povišenog rizika za

pokušaje samoubistva istopolnih i biseksualnih mladih osoba (Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009). Jedno istraživanje je pokazalo da su mlade homoseksualno orijentisane osobe, uzrasta 21-25 godina, sa iskustvom učestalih odbacujućih ponašanja roditelja tokom adolescencije, imale preko osam puta veću učestalost prijavljenih pokušaja samoubistva u odnosu na one osobe koje su imale prihvatajuće roditelje (Ryan i sar., 2009). Uticaj roditeljskog odbacivanja sugerišu i alarmantni podaci o tome da su 20 - 40% mladih beskućnika u Americi istopolne ili biseksualne osobe (Ray, 2006). Ako su oba roditelja odbacujuća, tada je situacija alarmanta za mentalno zdravlje. Suicidalni rizik LGB osobe je veći ako ona u svojoj kući ne dobija gotovo nikakvu podršku u procesu razvoja identiteta (D'Augelli, 2002). U neke od negativnih reakcija spadaju:

- Udaranje, šamaranje, fizičko povređivanje
- Verbalno zlostavljanje
- Isključivanje osobe iz porodičnih aktivnosti
- Zabranjivanje kontakta sa LGBT prijateljima
- Osuda deteta da je samo odgovorno za diskriminaciju
- Pritiskanje deteta da bude manje (ili više) maskulino/feminizirano
- Reći detetu da će ga Bog kazniti jer je gej
- Reći detetu da ga se roditelji stide, ili da to kako izgleda i ponaša se osramoćuje porodicu
- Teranje deteta da skriva svoj LGBT identitet

Pozitivna reakcija roditelja na razotkrivanje povezana je sa manjim suicidalnim rizikom i boljim psihičkim zdravljem mlade osobe (D'Augelli, 2002). Takođe, pozitivna reakcija roditelja doprinosi formiranju stabilnog identiteta, utiče na samopouzdanje mlade osobe (Savin-Williams, 2005). Pokazalo se da porodična podrška redukuje psihološke poteškoće i stres koji je posledica diskriminacije kojoj je gej osoba, uobičajeno, izložena u svom okruženju (Hershberger & D'Augelli, 1995). U neke od pozitivnih reakcija spadaju:

- Razgovarati sa detetom o njegovom LGBT identitetu
- Pokazivanje ljubavi i prihvatanja kada dete kaže o svojoj LGBT orijentaciji, čak iako je to roditelju neprijatno i ne oseća se dobro u vezi sa tim
- Zauzimanje za sopstveno dete u slučaju da je izloženo diskriminaciji zbog LGBT identiteta
- Zahtev da drugi članovi porodice poštuju dete
- Povezivanje sa LGBT organizacijama
- Omogućiti da se dete viđa sa LGBT prijateljima kod kuće

Važan deo terapijskog procesa je pomoć porodici da prepozna povezanost porodične reakcije na autovanje i rizika za razvoj mentalno zdravstvenih poteškoća od mlade LGBT osobe. Takođe, potrebno je pomoći porodicama da razvijaju mehanizme dugotrajne podrške za LGBT člana. Isto tako je važno pomoći LGBT osobi da svojoj porodici prezentuje tačne informacije o svojoj seksualnoj orijentaciji. U čitavom ovom procesu terapeut mora biti svestan kulturnih varijacija u reakcijama porodice i načinima prihvatanja LGTB člana porodičnog sistema.

Kao što je prikazano u prethodnom tekstu, istovremeno sa razvojem seksualnog identiteta LGBT osobe i njena porodica prolazi kroz niz transformacija i ima veliki broj razvojnih zadataka. Na ovom putu je često usamljena, prepuštena sama sebi. Zbog straha od stigme uobičajeno je da porodice ne traže pomoć profesionalaca niti se susreću sa drugim porodicama koje prolaze kroz slična iskustva. Otuda je veoma važno senzibilisati profesionalce i obučiti ih da razumeju problematiku i izazove sa kojima se suočavaju ove porodice jer porodica ima snažnu protektivnu ulogu u životu mlade LGBT osobe.

Literatura:

- Alderson, K.G., Orzeck, T.L., & McEwen, S.C.(2009). Alberta High School Counsellors Knowledge of Homosexuality and Their Attitudes Toward Gay Males. *Canadian Journal Of Education*, 32, 1, 87-117.
- American Psychiatric Association (2000). Guidelines for psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 12, 1440-1451.
- Anhalt, K., & Morris, T. L. (1998). Developmental and Adjustment Issues of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents: A Review of the Empirical Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(4), 323-334.
- Armesto, J.C. & Weisman, A.G. (2001). Attributions and emotional reactions to the identity disclosure ('coming-out') of a homosexual child. *Family Process*, 40 (2), 145-161.
- Ben-Ari, A. (1995). The discovery that an offspring is gay: Parents', gay men's, and lesbians' perspectives. *Journal of Homosexuality*, 30, 89-112.
- Borhek, M. (1983). *Coming out to parents: A two-way survival guide for lesbians and gay men and their parents*. New York: Pilgrim Press.
- D'Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 439-462.
- D'Augelli, A. R., & Patterson, C. J. (Eds.) (1995). *Lesbian, Gay and Bisexual Identities Over the Lifespan: Psychological Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Beautrais, A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880.
- Fields, J. (2010). *Gay and lesbian parents*. Broomall, Pa.: Mason Crest Publishers.

- Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1001–1019.
- Green, R.J. (2000). Lesbians, gay men and their parents: A critique of LaSala and the prevailing clinical „wisdom“. *Family Process*, 39, 257-266.
- Haas, A.P. , Eliason, M., Mays, V., Mathy, R., Cochran, S., D'Augelli, A. R., et al.(2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10-51.
- Herd, G. & Koff, B. (2000). *Something to tell you*. New York: Columbia University Press.
- Hershberger, S.L., & D'Augelli, A.R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31, 65–74.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17. Preuzeto Decembar, 7, 2011 sa <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/8/70>
- Labris (2012). *Priručnik za savetodavni i psihoterapijski rad sa osobama drugačije orijentacije od heteroseksualne*. Beograd: Gama studio.
- McAndrew, S. (2008). Gay Men and Suicidality: an exploration of the significant biographical experiences fore-grounded during childhood, adolescence and early adulthood of some gay men who have engaged in suicidality. Phd. Dissertation. University of Leeds, Leeds.
- Muller, A. (1987). *Parents matter: Parents' relationships with lesbian daughters and gay sons*. Tallahassee, FL: Naiad Press.
- Paroski, P. (1987). Health Care Delivery and the Concerns of Gay and Lesbian Adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 188-192.
- Patterson, C.J. (2000). Family relationships of Lesbians and Gay Men. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1052-1062.
- Perrin, E.C. (2002). *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers.
- Pilkington, N. W., & D'Augelli, A. R. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology*, 23, 34-56.
- Ray, N. (2006). *Lesbian, gay bisexual and transgender youth: An epidemic of homelessness*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition for the Homeless.
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., & Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptation and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29, 113-160.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGB young adults. *Pediatrics*, 123, 346–352.
- Saltzburg, S. (2007). Narrative therapy pathways for re-authoring with parents of adolescents coming-out as lesbian and gay. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 29, 57-69.
- Salzburg, S. (2004). Learning that an adolescent child is gay or lesbian: The parent experience. *Social Work*, 49, 109-118.
- Savin-Williams, R. C., & Dube, E. M. (1998). Parental reaction to their child's disclosure of a gay/lesbian identity. *Family Relations*, 47, 7-13.
- Savin-Williams, R.C. (2005). *New Gay Teenager*. Cambridge: Harvard University Press.

- Srdanović Maraš, J. (2012). *Suicidalno ponašanje homoseksualno orijentisanih mladića*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
- Strommen, E. (1989). "You're a what?": Family member reactions to the disclosure of homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 18, 37-55.
- Willoughby, B.L.B., Malik, N.M., & Lindahl, K.M. (2006). Parental reactions to their sons sexual orientation disclosures: The roles of family cohesion, adaptability, and parental style. *Psychology of Men & Masculinity*, 7, 14-26.

DRAFT