АКТУЕЛНОСТИ

Часопис Удружења стручних радника
социјалне заштите Републике Србије

Београд, 2012.

АКТУЕЛНОСТИ – Часопис намењен теорији и пракси социјалне заштите

За издавача:
Видоје Радуловић

Уређивачки одбор
Бранкица Јанковић – председник
Мирослав Бркић
Биљана Зекавица
Ружица Јелисавац
Марина Вукотић
Оливера Симендић
Славица Милојевић
Биљана Маричић
Драган Веселиновић

Гост уредник
Виолета Благојевић

Лектор и коректор
др Ана Гавриловић

Штампа
Чигоја штампа
Београд
e-mail: office@cigoja.com

Тираж
350 примерака

Година XIII Број 5–6/2012

Часопис издаје: Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије
Марије Бурсаћ 49, 11080 Земун
Телефон Удружења: (011) 267–1040 локал192
Електронска пошта Удружења: udruzenje@udruzenjesz.rs
Електронска презентација Удружења www.udruzenjesz.rs
Електронска пошта Часописа: aktuelnosti@gmail.com
Текући рачун: 205–20184–64 код КОМЕРЦИЈАЛНЕ БАНКЕ БЕОГРАД

САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР 5

СТРУЧНИ СТАВОВИ

Проф.др Бојана Димитријевић
ТЕСТИРАЊЕ ГРАНИЦА ИЛИ ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА – МОГУЋИ ОДГОВОРИ ОДРАСЛИХ. 7

АНАЛИЗЕ И ИСТРАЖИВАЊА

Славиша Сорак
ЦЕНТАР ЗА ПОРОДИЧНИ СМЕШТАЈ И УСВОЈЕЊЕ КРАГУЈЕВАЦ – Годину дана после 25

Сузана Ивановић
Мирјана Огњановић
ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У УСТАНОВАМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СМЕШТАЈ КОРИСНИКА 37

ИЗ ПРАКСЕ ЗА ПРАКСУ

Радмила Станковић Џинчић
Дејана Стевчић
ДЕПРЕСИЈА И ТРЕЋЕ ЖИВОТНО ДОБА 61

Michael P. Nichols
Richard C. Schwartz
THE ESSENTIALS OF FAMILY THERAPY
Превод: Живко Петровић 72

УПУТСТВО АУТОРИМА 95

ПРЕДГОВОР

Поштовани читаоци,

Нови двоброј Актуелности наставља праксу праћења актуелних дешавања у периоду између два двоброја. И овог пута представићемо још један Центар за породични смештај и интензивне активности и истраживања из области заштите деце са сметњама у развоју. Октобар је месец у коме се обележава Дечја недеља, али и Међународни дан старих.

Дете у центру пажње и покушаји одраслих да одговоре својим задацима у процесу њиховог одрастања и заштите, нарочито ако постоје одређене тешкоће у понашању, тема је рада „Тестирање граница или поремећаји понашања – могући одговори одраслих“. Све је већи број корисника услуга саветовалишта – родитеља који се не сналазе са неочекиваним понашањима деце. Број хранитеља и старатеља који тражи помоћ својих саветника није ништа мањи када су у питању понашања деце о којој они брину.

Пратећи активности у области трансформације установа за децу и формирање малих домских заједница у Нишу, Алексинцу и Неготину, определили смо се за текст „Деца са сметњама у развоју у установама социјалне заштите за смештај корисника“, који представља анализу тренутног стања и заштите деце са сметњама у развоју. Анализа се бави домаћим и међународним нормативним оквирима, положајем деце са сметњама у развоју у установама за смештај корисника социјалне заштите, закључцима и препорукама.

У овом броју представљен је и трећи новоформирани Центар за породични смештај и усвојење у Крагујевцу. С обзиром да се ради о новим установама које функционишу без неопходне регулативе која се дефинише подзаконским актима, сматрамо да представљање може олакшати комуникацију и разграничења делатности и овлашћења центара за социјални рад и центара за породични смештај.

У месецу старих важно је подсетити се и проблема трећег животног доба и њиховог препознавања. Ово је нарочито значајно када се врши процена потреба корисника ради предузимања одговарајућих поступака и мера заштите.

Допринос развоју саветодавних, социоедукативних и терапијских услуга у социјалној заштити дали смо објављивањем превода текста „Основе породичне терапије“. Циљ је да се велики број запослених у социјалној заштити који су стекли звање породичних терапеута и породичних саветника подсете на основе, а остали заинтересују за овај приступ, с обзиром да је функционална породица основ превенције појаве различите социјалне патологије.

Поштоване колегинице и колеге,

позивамо Вас да искористите прилику да своја знања, ставове, практична искуства, истраживања и анализе објављујете у Вашем часопису Актуелности. Тиме ћете промовисати свој рад и социјалну заштиту. Ваше текстове можете слати на мејл *aktuelnosti@gmail.com.*

С поштовањем,
у име Уређивачког одбора,
Виолета Благојевић, гост уредник

СТРУЧНИ СТАВОВИ

Проф. др Бојана Димитријевић,
специјалиста медицинске психологије
Филозофски факултет Ниш

ТЕСТИРАЊЕ ГРАНИЦА ИЛИ ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА – МОГУЋИ ОДГОВОРИ ОДРАСЛИХ

Резиме

Да је родитељство и хранитељство лако, мисле само они људи који то никада нису пробали. Тај задатак недвосмислено спада међу најтеже послове на свету, али и међу оне у којима је најлакше погрешити. На несрећу, фрустрирани малишани обично не захваљују родитељима/хранитељима на томе што покушавају да их усмере на прави начин. Деца уместо тога показују задивљујућу природну способност да збуне одрасле и да их тако скрену с правог пута, пребацујући на њих одговорност за своје тренутне јаде.

Ми то зовемо **„испробавањем граница и манипулацијом“** који могу потиснути забаву, уништити осећања и, на дуже стазе, разорити односе. Родитељ/ хранитељ, обично не види јасан разлог за такво понашање – таква му се понашања чине безразложним, сувишним, хировитим, па кажњавањем детета чини да се оно осећа још немоћније, још мање, продубљује дететов лош осећај и оно поново реагује непримереним понашањем. Тако су и родитељи/хранитељи и дете у зачараном кругу.

Кључне речи: понашање, границе, васпитни поступци

*
* *

1. Увод

1.1. Шта је нормално, а шта није?

Већина деце уопштено је добро прилагођена. Прилично се добро носе с успонима и падовима и већи део времена се добро слажу с другим људима. Али, не постоје два једнака детета; чак ни једнојајчани близанци нису сасвим једнаки. Свако дете има своје јединствене јаке стране, ограничења и необичности. Дететови посебни квалитети могу у неким тренуцима одушевљавати, а у другим представљати изазов или разочарење. Помагање детету да одрасте је захтеван посао. Као и већина родитеља/хранитеља, вероватно желите да дете о коме се старате изрази своју индивидуалност. Али, такође, желите да дете, можда упркос својим необичностима, буде добро прилагођено и успешно. Није увек лако постићи равнотежу између подржавања његове јединствености и постизања да се понаша на начин који ће му омогућити да води успешан и прилично срећан живот.

Интелектуални, емоционални, психолошки и социјални развој много је теже мерити него висину и тежину. Треба много више нагађања, па процена о томе је ли с дететом све у реду или није, често захтева разматрање збуњујућих и контрадикторних чинилаца.

Дететом смо незадовољни када не испуњава наша очекивања и **не подржава нашу слику о томе како оно треба да изгледа**, говори или како да се понаша. Деца често имају проблема да **се ускладе с нашим очекивањима.** Сви родитељи/ хранитељи који су доживели да им дете „прави проблеме“, познају осећај који се тада јавља – као да су због дететовог понашања изгубили сопствену вредност. Одрасли се осећа мање вредним, немоћним и неуспешним када је дете, упркос љубави и добрих васпитних поступака, врло активно и немирно, агресивно и деструктивно, када се понаша као много млађе дете, када има проблема с нуждом, када замуцкује, псује и када је просто...

А ако променимо угао гледања?

Дете реагује у складу с оним што осећа. Може реаговати било којим обликом непожељног понашања ако је обезвређено, јадно, љуто, ако су одрасли послали поруку која говори да им је оно више на терет него на задовољство, ако се стално понавља ситуација у којој нема времена за њега, ако непрестано радимо нешто уместо њега и оно стиче утисак да ништа није у стању да само уради. **Дететово понашање је последица, а узрок је негде у саодносу с породицом, светом, околином.**

Дете се не осећа добро и несигурно је ако га одрасли ударају и вређају, мрко гледају, понижавају примедбама, обесхрабрују, ако су од-

расли превише строги или превише попустљиви, ако од њега очекују превише или премало, ако му дају превише пажње или га занемарују.

Дете се осећа добро **кад је прихваћено од других онакво како стварно јесте.** Тада је оно сигурно и безбрижно и себе доживљава као вредно поштовања и вољено. То му омогућава да прихвати одговорност и постигне највише што може у склопу својих способности и да буде задовољно собом. Дете се осећа добро када су његове потребе за љубављу, сигурношћу и осећајем припадности правовремено задовољене. Дете не можемо лагати, оно зна кад смо лоше воље, тужни, љути или кад се бојимо – иако му говоримо нешто друго. Када одрасли који брине о детету прикрива своја стварна осећања, буди се несигурност код детета. Стога је боље показати детету шта осећамо. **Искреношћу смањујемо свој ауторитет, али смањујемо и дететову збуњеност.**

Иако је дете понекад незадовољно нама, оно је спремно да нам опрости све наше грешке. Дете се труди да из сваког савета одраслих (прекора, савета или израза лица) издвоји суштину и на тај начин одреди свој живот и своје понашање. Ако смо незадовољни дететом то значи да смо у одређеном животном раздобљу **пропустили да будемо довољно блиски** и да тренутно не разумемо његово понашање и оно нам се чини неприкладно. Самопоуздање, осећање мање вредности и друга осећања, изграђују се годинама. Ако су дететова искуства у целости, из дана у дан, из месеца у месец, више пријатна него непријатна, његова осећања према свету и себи биће позитивнија.

2. Стрес код деце

Стрес је нормална појава коју свако од нас осети с времена на време. Понекад, стрес је пожељан јер може деловати подстицајно на нас. С друге стране, стрес је лош онда када нам омета свакодневни живот, међуљудске односе и здравље. Чак и веома мало дете може бити под стресом. Међутим, поставља се питање: како препознати дететово стресно понашање и како детету помоћи. Није увек лако препознати стрес код деце. Код деце млађе од две године стрес може изазвати следеће појаве: тешкоће при храњењу, иритирајуће понашање, појачано плакање, поремећај сна. Деца у основној школи могу имати сличне манифестације стреса, али поред тих могу се појавити и следеће: проблеми са пријатељима и учитељима, тешкоће са концентрацијом, слабије учење, одбијање у учествовању у заједничким школским активностима, ново или поновно пишкење у кревету.

Како можете да помогнете детету да се избори са стресом? Побрините се да се дете довољно одмара, свакога дана одвојте време за разговор

са дететом (мање питајте, више слушајте дете), покушајте да предвидите потенцијалне стресне ситуације и на време припремите дете за њих, попричајте са дететом о ономе што би могло бити извор стреса, објасните детету да је стрес у одређеним границама у реду и да је сасвим нормално осећати се понекада тужно, љуто, усамљено, уплашено или нервозно.

Уколико је узрок стреса код детета привремен, ови симптоми ће бити краткотрајни. Међутим, уколико овакво понашање постане трајно, или се чини да се погоршава, обавезно консултујте стручњака.

3. Захтевна деца

Већина деце спада у пет основних типова личности који произлазе из урођених телесних карактеристика. То су:

- преосетљива,
- повучена,
- пркосна,
- непажљива и
- активно/агресивна деца.

Преосетљиво дете је често бистро, креативно и проницљиво, лако се прилагођава другим људима и њиховим осећањима. Може развити дубоку емпатију и саосећање према другим људима. А ипак је, такође, и „лепљиво“ и цмиздраво, понекад склоно заповедању и постављању превеликих захтева. Понекад је све то у исто време! Препушта се дугим изливима беса због наизглед ситних проблемчића – ципела у којима се осећа „као да га голицају“, позната храна одједном има „другачији“ укус. Бесно вришти када га оставите у вртићу, иако га добро познаје. Васпитачи се жале да је „расејано“ и делује као да усмерава пажњу на више ствари одједном. Није чудно да се родитељи и старатељи таквих малишана осећају фрустрирано, беспомоћно, љуто – под влашћу немирног, хировитог детета.

Родитељи детета склоног **повлачењу** често себи честитају што имају тако „лако“ дете. Такве бебе обично не плачу много и делују задовољно лежећи у својим креветићима, играјући се прстићима или зурећи у играчку. У почетку, родитељи схватају да је такво дете само тише и повученије од остале деце. Ако према очекивањима, и у складу с узрастом, овладава моторичким и језичким вештинама, нису забринути. Можда је само више „мисаони“ тип и није изразито друштвено. Понекад родитељске бриге не почну док дете не крене у вртић и не покаже никакав интерес за играње с другом децом. Дете можда седи само у углу док се друга деца смеју и вриште заједно. Чини се да има неколико пријатеља и сасвим је задовољно када после школе остаје код куће и игра игрице све до одласка на спавање.

Тврдоглаво, негативистичко, склоно контролисању – **пркосном детету** некако полази за руком да чак и најједноставнију активност преокрене у натезање. Његова прва реакција на готово све је негативна: „Не желим то“, „Није ме брига“, „Не“, „Зар баш морам“. Према околини, понаша се на врло заповеднички начин. Већина деце то показује као нормалну фазу у развоју, али се на крају прилагоди примеренијем начину понашања. Међутим, изгледа да пркосно дете остаје верно „негативистичком“ односу. Настоји да одреди себе према ономе што **неће** учинити, а не према ономе што **ће** учинити.

Непажљиво дете лети кроз живот, не приземљујући се никада дуго на једном месту. Родитељи се жале да је „расејано“. Заборавља да завеже пертле, донесе кући књиге, покупи своје играчке. Учитељи се жале да у школи није пажљиво. Истичу да не може да прати наставу или да се концентрише. Код куће лута уоколо, непрестано додирујући и рушећи ствари. У трпезарији не може мирно да седи за столом, удара ножем по тањиру, поједе мрвицу и готово је. Непрестано је у покрету, трчећи уоколо, гуркајући другу децу и разбацујући играчке. Непажљиво дете може имати тешкоћа с проналажењем речи којима ће описати одређене ствари. Питате ли га какав му је био дан, слеже раменима – „Ваљда добар“, каже коначно. Док говори, непрестано мења тему. С њим је тешко водити конверзацију јер скаче с теме на тему. Свако дете може имати другачији разлог или разлоге због којих тешко усмерава пажњу.

Импулсивно, агресивно дете је непрестано у покрету. Трчи, уместо да хода, делује, уместо да говори. Такви дечаци и девојчице непромишљено скачу у нова искуства. Ако науче да своју огромну енергију користе на конструктивне начине, могу бити енергични, креативни и ентузијастични. Такво дете је често разредни разбијач, који уоколо баца оловке и књиге и мами другу децу да вичу и вриште, посебно кад учитељица жели да сви седну. Али, оно, такође, лако постаје фрустрирано и љуто и могло би се послужити ударањем и штипањем да постигне оно што жели или да изрази љутњу.

Вишак енергије или **хиперактивно** дете? Свако здраво дете је по правилу пуно енергије. На родитељима је да пронађу добар начин да се деца ослободе вишка енергије. Клиничка слика хиперактивности разликује се зависно од старости детета и степена његовог развоја. Основно обележје поремећаја су сметње пажње и хиперактивно и импулсивно понашање. Поремећене су различите **функције пажње**. Пажња је изразито кратког трајања, дете непрестано започиње и прекида још незавршену активност, да би започело и прекинуло следећу. Пажња је неселективна, што значи да су детету сви догађаји, присутни у датом моменту у око-

лини, једнако важни (нпр. предавање наставника, као и звук проласка авиона). Реагује на све догађаје, сваком „поклони пажњу“, што доводи до брзог замора. Појачава се и **моторни немир**, што узрокује још већи замор детета. Пажња, поред наведеног, изразито осцилира, током једног дана, од јутра до вечери, а варира и по данима (“добри“ и „лоши“ дани). У понашању детета доминира немир, неустрашива потреба за активношћу и кретањем. Родитељи/хранитељи неретко наводе да је дете, откад је проходало, стално у покрету, „јури као мотор“, не може да седи ни за време јела, не успева да се заинтересује ни за кратко прелиставање албума или слушање прича. У свом „срљању“ не показује ни минимум опреза (ничег се не боји, ни од чега не преза), па се врло често могу од родитеља добити подаци о чешћим и озбиљнијим телесним повредама такве деце у предшколском добу. Чести су **поремећаји спавања** – спава мало и испрекидано. Хиперактивно дете не подноси ограничења нити дисциплину.

Размажено дете – научна истраживања показала су да су сва размажена деца тј. деца која управљају родитељима, врло *несигурна* деца. Они су врло самоуверени и сигурни док је неко од родитеља у близини и док су у познатом окружењу. Међутим, чим се макну из познате средине и дођу у конфликт са себи равнима, размажена деца се повлаче и попуштају у захтевима супарника. Сав њихов пркос нестаје и они се „боје и своје сенке“. Мали је број деце за који се може рећи да је баш размажен. Чак 79% деце понашањем супротним од очекивања желе скренути пажњу на своје поступке. Дрзак и неприхватљив облик понашања често се јавља код деце у дисфункционалним породицама или презапосленим родитељима.

Како се решити размажености?

Разговором! – тек са дететом старијим од 2,5 године можемо правити „договоре“ о понашању, са јасним правилима којих обе стране треба да се придржавају.

Одржавањем дате речи! – никад не лажите дете, било да је старо годину, две или више. Наравно да постоје изузетне ситуације код којих се све договором решава.

Правилима понашања! – од првог дана, детету треба јасно дати на знање правила понашања везана за то шта сме, а шта не сме да се ради (без обзира да ли су нам у посети гости или нам није добро), када је време за спавање, које су његове обавезе...

Првенственим задовољењем дететових потреба! – елементарне потребе детета увек су пре свега!

Постављањем граница понашања! – „СТОП, не ради то!“ – нека вам увек буде негде у мислима. Ако сматрате да дете нешто погрешно

ради, реците му то одмах, јасно, гласно и сигурно (иако то можда у неком тренутку или развојном периоду може деловати симпатично!)

Један васпитач, једна правила! – стриктно их се придржавати! Ако су другачија правила у кући где је дете провело неко (дуже) време, мора му се ставити до знања да та правила не може да унесе у кућу где већ постоје нека већ **позната** правила.

Без физичког кажњавања! – батине доводе до душевних криза које иначе још више појачавају њихову осетљивост, стварају тешкоће у емоционалном и социјалном развоју. Оваква деца постају неуротична и проблем се шири. Код неке деце изазивају неосетљивост и равнодушност, постаје им свеједно, не радују се и не исказују тугу.

Не остварујте своје амбиције кроз дете! – уколико настојите да преко детета испуните нешто у чему ви нисте успели, у стању сте да учините све како би испунило вашу амбицију. Дете постаје размажено дериште коме се често не може удовољити, а ви обесхрабрени и без јасне слике даљег понашања. Дете се не рађа размажено, ми чинимо да оно постане такво.

Анксиозност и несигурност код мале и предшколске деце открива се код малишана, углавном, кроз различите врсте проблема у храњењу и понашању. Код деце се може јавити и изразито **туговање.** Када су забринута, нека деца, особито старијег предшколског узраста, могу изгледати изразито тужно. Дете може претпостављати најгоре и унапред се припремати за туговање. То је дете које често тражи додатну бригу и много подршке, да би изразило своју вољу или способност да реши проблем. Оно, често, задржава у себи много неизраженог беса . Временом, уз додатни родитељски напор, пружање прилике за преузимање вођства, и уз помоћ у изражавању беса, туговање се, често, полако повлачи. Ако породични обрасци доприносе забринутости и туговању, потребно их је постати свестан и изменити их.

Агресија и претерано ризковање – нека деца постају деструктивно импулсивна и агресивна, док се код друге деце повећава активност и ризиковање: скачу с високих места, не знајући где ће се приземљити, и истрчавају на улицу. Друга деца, пак, постају неосетљива на потребе остале деце, нпр. узимају њихове играчке. Када се такво понашање, због стреса, погоршава или претвара у стабилни образац, кључ је у постављању чврстих, али емоционално топлих граница и потенцирању дружења. Таквом детету је потребно много топле комуникације како би почело боље реаговати на сигнале других људи и околине, што ће му помоћи у бољем расуђивању.

Изразити страхови и немир – дете које је иначе врло осетљиво, после сваког новог стреса постаће још осетљивије. Може тражити да га

стално тешите, може постати веома „лепљиво“ и захтевно. Током ноћи, може долазити код родитеља/ хранитеља у спаваћу собу и причати о опасностима далеко већим од стварног стреса. Да би му помогли, одрасли могу радити истовремено на два подручја: пружати му додатну негу, сигурност, топлину и прилике за изражавање осећања, а, такође, радити с њим на поступном развијању асертивности.

4. Страхови код деце

Многим родитељима дечји страхови немају смисла. Ипак, деци су чудовишта, вукови из шуме или чудни звуци заиста стварни и плаше их се. Око **друге године** дете може почети да се боји нечега што пре није било извор страха. Између **друге и шесте године живота** дете већ стиче одређена негативна искуства која могу бити извор страха. Ако је доживело повреду, емоционалну или физичку трауму, или се изгубило, дете нормално реагује страхом. Ово је и раздобље кад је дете изразито маштовито, а не разуме још значење и везе између узрока и последица. Малишани у овом периоду не могу бити сигурни, нпр. да их вода из каде или водокотлића не може усисати и повући са собом или да фен за косу и усисивач нису чудовишта која су се нагло огласила.

Мало старија деца која гледају телевизију већ постају свесна опасности које чују на телевизији, али још увек не умеју да разазнају шта је стварно, а шта не. Осим тога, страхови зависе и од нивоа анксиозности које дете има, а који варира од детета до детета. У распону од друге до шесте године, малишани проживљавају неколико уобичајених страхова, а понеки од њих трају и до десете или једанаесте године.

Веома познат већини одраслих који брину о детету јесте страх од непознатих људи. Око шестог месеца живота, дете може показивати изразит страх од свих оних који нису део његовог најближег окружења. То, понекад, обухвата и баке и деде ако их не виђа свакодневно и многе друге које ви, као одрасле особе никада не доживљавате као непознате. Понекад се **страх од одвајања**, у једном другом, озбиљнијем и зрелијем облику, враћа кад се најмање надате. Да ли знате да многа деца имају проблеме навикавања на обданиште јер мисле да се нећете вратити по њих? Она почињу да се навикавају и прихватају нову средину када поверују да ћете, ипак, доћи. Зато, увек реците детету када негде идете, када ћете се вратити. Не искрадајте се из куће тајно, чак ни на кратко, без поздрава, у нади да ћете се вратити пре него што дете примети да сте отишли. Јер, ако примети да вас нема, не само да ће бити веома уплашено, већ сте тако битно нарушили поверење детета у вас. Осим тога, дете познаје само „сада и овде“. Зато му ваших 10 минута изгледа читава вечност.

Најчешћи страхови су:

Страх од мрака – дете не жели да остане само у мрачној соби, инсистира да светло буде увек упаљено. Удовољите му, мала сијалица заиста може помоћи. Вежбајте превазилажење овог страха честим разговорима и играјући се у мраку (игре асоцијација, погађања и слично, тј. игара које не захтевају осветљење).

Страх од неке институције – обданишта, школе (без обзира да ли је већ кренуло или је у припремној фази). Овај страх може имати узрок у нечему што је дете чуло и погрешно разумело, или лично доживело. Разуверите га, представљајући му лепе стране боравка у институцији.

Страх од неке особе – васпитачице, учитељице, друга из одељења, рођака..., посебно у првим разредима основне школе. Понекад и најмање несугласице или неспоразуми са учитељицом могу довести до дететовог отпора и страха од школе. Иако ови страхови често бивају решени сами, не чекајте предуго. Ако не успете сами, ви и дете, разговарајте са особом од које се дете плаши.

Страх од лекара, зубара, инјекција... – дете је или имало болна искуства и не жели да их понови, или је из ваших разговора закључило да је то нешто „страшно“. И сами имамо ове исте страхове, па ћемо их тешко искоренити код деце. Корисно је да контролишете оно што говорите у дететовом присуству, и наравно, ако сте што мање у контакту са овим професијама.

Страх од вештица, дигимона, чаробњака... – имагинарни ликови из бајки и дечјих филмова нису за дете мање страшни само зато што ви, као одрасли, знате да то не постоји. Не говорите како је смешно да се плаши онога што не постоји, и не инсистирајте да гледа филмове са овим ликовима, да би се разуверило (по принципу: клин се клином избија). Тако његов страх само продубљујете. Радије окружите дете књигама и филмовима без оваквих садржаја и породичним вредностима које ће га подсећати да, без обзира на своје страхове, има своју породицу, место где се осећа заштићено и безбедно.

Страх од купања у кади и мору – иако се родитељима често чини да то нема логике, страх од купатила, каде и рупица у које се великом брзином слива вода није толико редак код мање деце. Довољно је некад само припазити да не испуштате воду док је дете још у кади или просторији и, ако је потребно, поступно му допустите да се игра у води играчкама. Како купатило ипак јесте и могућа реална опасност, важно је не оставити дете без надзора. Други страх, познат многима за време летовања, је страх од мора, које за неке малишане значи праву ноћну мору. Иако су родитељи, најчешће, у ситуацији да детету објашњавају како ће

им бити лепо, или да нису више мали, треба га пустити да само пожели да уђе у воду онда када се осећа за то припремљено.

Страх од паса – прилично уобичајени страх од паса код деце има своје разлоге. Пас је често прегласан, брзо се креће и прилично је непредвидив. У случају непознатих паса, немојте дете уверавати како је све у реду, јер оно може интуитивно наслутити опасност. Почните са сличицама паса, причама, посматрањем паса из даљине или описивањем неких догађаја. Добро је знати и неког ко има штене за које се зна да је мирно и безопасно те на тај начин омогућити детету да упозна пса из близине. Немојте дете присиљавати да мази пса, већ дозволите да то само учини ако пожели, подучивши га како.

Страх од јаких звукова – деца се плаше више и чешће од одраслих, јер је њихов психички апарат незрелији и рањивији, а стварност која их окружује недовољно је одвојена од њихових фантазија, објашњава наша саговорница. Страхови су нормални пратиоци детињства, али ако се не решавају на правилан начин представљају „психолошку бомбу“ која може бити веома опасна по ментални развој.

Брига за родитеље и страх од смрти – јављају се око пете године живота, кад дете почиње да примећује да ствари око њега нестају, па, „ако је увело цвеће у вази, може и мама да нестане“. Ова страховања нарочито се интензивирају ако је дете у овом периоду искусило смрт свог ближњег. Плаши се за родитеље, али и од родитеља – страх од казне је моћан страх детињства!

Посебну област дечјих страхова чине **дечји снови и ноћне море.** Веома је уобичајено да дете на узрасту од седам година има ноћне море, зато што дете временом добија све више знања из своје околине, све више размишља, све је више окренуто друштву око себе, а истовремено добија бројне информације, утиске, слике, дилеме и нејасноће са којима не уме само да се избори. Најчешћи узроци ноћних мора су различити стресови унутар породице (развод, честе свађе, селидбе, смрт неке блиске особе…) и дететовог окружења (могу долазити из вртића, на пример). Такође, могу бити повезани са физичким променама код детета, као почетни знак дететовог смањеног имунитета, почетак упале уха, раст новог зубића, нагли раст… Другим речима, ноћне море **имају узроке у оптерећујућим доживљајима или ситуацијама у свакодневном животу детета**. Ове догађаје деца прерађују у сну, и зато се буде. Обично се јављају у другој половини ноћи. Када се пробуди, често уз врисак, дете је потпуно свесно, будно, веома уплашено. Тек следећег дана покушајте да поразговарате о томе, да ли се сећа шта је сањало. Добро је уколико може да вам одговори јер је причање о томе, један од начина превазилажења самог проблема. Али, у тренутку када се пробуди, далеко је важ-

није да дете чврсто загрлите. Телесни контакт у оваквим приликама је неизмерно важан. **Ноћни страхови** су блажа форма ноћних мора. Узрок је најчешће стрес али може бити и наследна склоност. Дете има тешкоћа да чврсто заспи, односно, да пређе из фазе плитког у фазу дубоког сна. Јавља се углавном убрзо пошто је дете заспало. Када се пробуди, дете вришти и показује знаке изразите узнемирености. Није потпуно свесно, понаша се неконтролисано. Понекад не примећује своје окружење, гледа кроз вас, и не показује знаке да препознаје било шта из своје околине. Иако може устати, ходати или бити физички активно, оно, заправо, није будно. Немојте их будити, ако вам допуштају, загрлите их. Дечје страхове изражене кроз снове и ноћне море покушајте да третирате са дужном пажњом. Односно: не правите од ових снова још већи проблем него што јесте. Не препричавајте их (посебно не у дететовом присуству), али и не омаловажавајте целу ствар речима: „Све је то само сан“... За дете је сан истина за себе и зато је важно да са њим о томе причате најозбиљније што умете. Реците да се и вама дешава да понекад јако ружно сањате и да се због тога уплашите.

Не подстичите дечје страхове – не претите оним чега се плаше (лекаром, да ћете га оставити самог кући, да ћете га казнити…). Реченице као што су нпр.: „Мислим да ћемо морати код лекара да ти испере уши“, када вас дете не слуша су контрапродуктивне по много основа. Нерешени конфликти са родитељима током дана, увек узрокују проблеме са спавањем. Зато, пре спавања **користите ритуале** причање прича, заједничке игре… Без обзира колико вам је дан био напоран или колико сте се много свађали са дететом тог дана, ваша последња реченица пре него напустите дечју собу нека увек буде умирујућа: „Лепо спавај и сањај лабудиће…“. Добро је да је реченица увек иста, јер утврђује ваш ритуал. **Утврдите време одласка у кревет** и останите доследни у спровођењу тог времена. Ред и дисциплина учвршћују несвесно уверење да у породици влада одређена хијерархија што ствара осећање детета да ту припада. Не заборавите: Када су деца одморна и опуштена, ноћни страхови и море се јављају ређе. На све дечје страхове обратите много пажње, јер су они, иако се вама могу чинити смешним или баналним, за дете веома озбиљни и истински страшни.

Избегавање одређених осећања – нека деца могу изражавати осећање страха, али не могу изразити тугу или разочарање или одбијање. Могу вербализовати страх да ће их неко повредити или отети. Деца се разликују у односу на своја рањива места и осећања које избегавају. Понекад су осећања која се избегавају директно повезана са стресом. Нпр., за време стреса дете може причати о осећањима страха, али бојаће се да спомене осећање љутње јер може мислити како би његова љутња значила

да га родитељи неће заштитити. Одрасли треба да размисле изражава ли дете пуни распон људских осећања или не – блискост, љутњу, страх, узнемиреност, забринутост, радозналост итд. Одрасли се могу послужити игром претварања за проширивање репертоара осећања и тако пружити детету прилику да вежба да изговори нека осећања којих се плаши.

Жалбе у односу на телесно стање – када су под великим стресом, код неке деце се појављује главобоља, болови у стомаку или други телесни симптоми. Дете их често доживљава као стварну нелагодност. Један од узрока је и то да оно није у стању, путем емоционалних израза или речи, да (по)каже како се осећа Тада их изражава физички. Нека су деца склонија томе јер имају осетљивији желудац или лакше добијају главобољу.

Фрагментирано понашање – када су под стресом, многа деца се понашају фрагментирано, прескачући од једне играчке или активности на другу. Стрес и страх то могу свакако погоршати. Таквом је детету често потребно много комуникације или охрабривања да би се усредсредило на радњу или је смислено следило..

Пасивно, беспомоћно понашање – када су узнемирена или уплашена, нека се деца повлаче у беспомоћну пасивност. То је најочигледније код малишана који се расплаче сваки пут кад нешто жели, а свака га фрустрација лако преплави. Чини се као да жели да се све ради уместо њега. Беспомоћност се понекад изражава претераним захтевима. Дете прети сценом сваки пут када се не понашате како оно захтева. Стрес може погоршати овакво понашање. Кључно је помоћи детету да постане предузимљивије. То се може постићи на врло једноставан начин, нпр., дозволити му да вам пружи играчку или књигу, уместо да ви одете по њу. Изазивање детета на већу иницијативност захтиева много подршке, помоћи и топлине. Наравно, када је дете преплављено страхом и анксиозношћу, умиривање и велика брижност су, такође, веома важни кораци.

Дечја хистерија – напади беса – најчешће фазе у различитим узрастима су следеће:

Између треће и пете године доста су уобичајени различити напади беса. Могу бити праћени правом хистеричном вриском, а неретко и бацањем на под, ударањем рукама и ногама као у трансу, понекад чак и чупањем косе. Бес је обично праћен страшном буком, мешавином цике, вриске и плача. Иако овакво понашање детета родитеље често плаши, покажете ли једном детету реакцију коју оно и очекује за свој наступ, сматрајте да сте му дали зелено светло да се и даље тако понаша. Управо сте му показали ново средство за постизање жељеног циља.

После пете године могуће је да дете упадне у фазе ћутљивости, променљивог расположења, да често изгледа замишљено или нераспо-

ложено. Овакво понашање се, такође, сматра једном у низу фаза којима се не треба превише оптерећивати. Међутим, колико год се то чинило непотребно, седите поред детета и покушајте да разговарате са њим. Питајте шта га мучи, да ли је добро, шта се дешава у вртићу или школи, како је провело поподне код баке, да ли има свог најдражег друга, жели ли можда да се игра са вама... Покажите му да вам је стало.

5. Пркосно понашање

Појавни облици пркосног понашања могу бити подељени у две групе:

1. Дете отворено пркоси, говори „НЕ“, виче, снажно удара ногама, гребе, туче све око себе или самог себе, баца се на под…
2. Пасивни облици пркоса – дете упорно ћути, окреће главу у страну, одбија храну, игнорише захтеве.

Карактеристике оваквог понашања указују да деца могу бити врло **агресивна** или према одраслима или према себи. **Напади емоционалности** су врло снажни, дете може изгубити везу с околином, или бити избачено из „такта“ да заборави због чега пркоси, па ако му се и испуни жеља, оно и даље бесни. Пркосно дете, иако зна да буде крајње непослушно, па и агресивно према одраслом ауторитету, у ствари **није непријатељски расположено према њему**. Дете не пркоси зато да би вас наљутило или што вас не воли, пркос није уперен против вас него ваше наредбе. Пркос треба разликовати од **непослушности**. Непослушно дете не доживљава никакав емоционални потрес и не губи везу с околином.

5.1. Како васпитно поступити према пркосном понашању?

Важно је да **те појаве не схватамо сувише трагично**. Ако не постоје додатни лоши васпитни утицаји, сазревањем личности и социјализацијом, пркосно понашање ће се изгубити. Не смемо напад пркоса схватати као напад на нашу личност јер он то није – **то је одбрана дететове личности**. Треба бити **доследан у поступцима.** Жељу детета треба одмах испунити или је не треба испунити уопште. Не инсистирати на послушности по сваку цену, јер ће дете одговорити чешћим пркосним реакцијама. **Избегавати изрицање наредби** и забрана строго и ауторитативно. Дете ће нас пре послушати ако му пажњу скренемо на други нови садржај. Кад наступи пркосна реакција, најбоље је игнорисати је и то тако да дете осети. У наступу пркоса бескорисно је покушавати дете умирити речима јер нас дете у том тренутку уопште не слуша и не може да нас прати. Док саме пркосне реакције треба игнорисати, дете треба ина-

че у току дана похваљивати у његовом осамостаљивању, наглашавајући како је одрасло и како зна нешто добро да уради – никако омаловажавати. Сви ти и слични васпитни поступци не могу потпуно уклонити пркосне реакције, они могу само помоћи да саме пркосне реакције краће трају и да ви и дете безболније прођете кроз ту фазу развоја**.**

Суочавање с **љутитим дететом** је један од најтежих тренутака васпитних поступака одраслих. Такви тренуци изазивају лавину различитих емоција – од исцрпљености до „кидања“ живаца. Често се родитељ и дете нађу усред борбе тврдоглавости и снаге воље, у којој често родитељ „побеђује“ аргументом „јер сам тако рекао“. Касније се тај исти родитељ нађе у недоумици какав је у ствари родитељ, изморен осјећајем кривице, стида и неспособности. Научите дете како је осећај љутње природан, да је у реду наљутити се. Након тога, научите га како да управља љутњом и каналише је у делотворне или барем прихватљиве реакције. И родитељи и хранитељи и васпитачи (учитељи) треба да имају на уму како, као и у свету одраслих, и у дечјем свету постоји много ситуација и догађаја који децу љуте и узнемиравају, а њихове љутите реакције су нормалне. Одрасли су дужни да дозволе деци да проживе сва своја осећања и науче да их прихватљиво усмеравају. Деца реагују љутњом јер се осећају беспомоћно. Да би разумели зашто неко дете реагује бурније од вршњака, потребно је уложити труда и времена. Може бити изазвано осећањем пониженост, усамљености, изолације, страха или повређености. Деца често реагују на ове емоције љутњом, јер се осећају беспомоћно у покушају разумевања ситуације и беспомоћно у жељи да је промене. У некој мери, њихова љутња је реакција на фрустрацију. Дете које је посебно пркосно може љутито реаговати како би контрирало осећању зависности и страху од губитка. Дете које је повређено губитком може постати љутито како би умртвило осећај туге и беспомоћности. Понекад дететово понашање подстиче родитеља да постави јасније границе и правила, објасни их детаљније или направи промене у дететовој околини. Другим речима, дете може научити да је љутња начин којим ће одраслима указивати на све што није у реду. Врло је важно упамтити да **љутња није исто што и агресија**. Љутња је осећање, агресија је начин понашања. Љутња је привремено стање узроковано фрустрацијом, агресија је најчешће покушај да се повреди друга особа или уништи нечије власништво. Објасните детету да је љутња прихватљива, али агресија није. Да би се успешно носили с дететовом љутњом, прво морате открити шта дете тачно осећа. Често, дете ће бити у стању да то каже. Понекад, детету треба помоћи да опише осећања. Одрасли се може обратити детету које туче млађе дете и питати га зашто то чини. Свакако треба ићи даље од „она је прва почела“ аргумента и кроз разговор научити дете да ударање

није добар избор прекида туђег понашања или решавања неког осећања. Можда дете прима исте такве ударце ван куће, од друге деце и тако учи да на једнак начин решава своје негативне емоције. Немојте само рећи детету шта то **не сме** да ради, реците му шта је **добро да уради** у одређеној ситуацији. Неки родитељи пожеле да казне љутњу јер не воле и не прихватају агресивност. Супротно врло раширеном уверењу, кажњавање није најефикаснији начин објашњавања детету шта очекујемо од њега. Очекујте да ће дете сигурно прекршити постављена правила неколико пута. Дете тако учи која су правила озбиљна и важна, а која смеју бити прекршена под одређеним околностима. Кршење правила најчешће није исказ љутње – дозволите му да учи и на овај начин.

5.2. Стидљиво и хвалисаво дете

Стидљивост је „микс" емоција, која укључује страх, заинтересованост, тензију. Може се појавити и убрзан рад срца, или повишен крвни притисак. Говор стидљиве особе је обично спор, мекан, плашљив, колебљив или дрхтав. Мала деца која су стидљива могу да сисају прст, нека могу бити и изразито скромна. Нека деца као да су предиспонирана за стидљивост: она ће више од друге деце реаговати на нове социјалне ситуације на стидљив начин. Друга деца, пак, уче се стидљивости: културно порекло и породично окружење, као што је познато, нуде модел друштвеног понашања. Неки родитељи, потенцирајући да су им деца „много стидљива", на тај начин додатно охрабрују децу да се осећају и понашају управо тако – стидљиво. Многи се питају како помоћи стидљивом детету? Важно је да упознате и прихватите дете у целини, ако одговарате за дететова интересовања и осећања, моћи ћете да изградите снажан однос са њим, показујући му да га поштујете. То ће код детета развити осећај веће сигурности у самог себе.

Самопоштовање – нека стидљива деца могу имати негативну представу о себи, осећајући унапред да неће бити прихваћена у некој новој ситуацији, или средини. Помозите детету тако што ћете га често хвалити. Истичите дететове врлине и достигнућа.

Развијање социјалних вештина – охрабрите дете да направи први корак у игри са другарима. Можете научити децу „изразима социјалних вештина" као што је израз: „Могу ли и ја да се играм?"

Припремите дете – форсирање, гурање детета у ситуацију која му делује застрашујуће никако неће помоћи детету да савлада стидљивост. Морате да помогнете детету да се осети сигурно и да му омогућите да се постепено укључује у нову ситуацију. Одређена мера стидљивости, туге, страхова... потребна је и део је здравог одрастања наше деце, баш као и

радост, хвалисање или омиљеност у друштву. Дакле, све док је стидљивост умерена, пустите дете да је испољава. Оно има право да буде различито од вас, или од онога што ви мислите да је нормално и потребно за његов развој. То је можда део његовог карактера, можда само пролазна фаза у његовом одрастању, а можда делимично и наследни фактор. Ако васпитавате децу да буду агресивна, поред осталог, ви сами утичете да и њихово окружење буде агресивно. Код неке деце стидљивост се појављује изненада. У том случају, прво откријте узрок његовог оваквог понашања. Покушајте да поправите, тј. да радите на узроку (разлог промене понашања), а не на последици (промењено понашање детета). Много разговарајте, пронађите додатно време за дете. Претерано самопоуздање готово да и не постоји. Уколико мислите да знате неко управо такво дете, оно је пре **хвалисаво** него самопоуздано. Оно говори о себи да све може, све уме, често се хвали и оним што није део његовог искуства, склоно је претеривању, лагању, површности. У дубини његовог понашања не крије се претерано самопоуздање изазвано вашим честим и директним похвалама, већ управо **несигурност коју мора да прикрива да би у друштву било прихваћено**. На жалост, то не помаже на дуге стазе. Чим деца из његовог окружења то примете, одбациће га што ће поново утицати да то исто, хвалисаво, дете постане стидљиво, повучено, усамљено. Зато, не устежите се од похвала. Велики проблем за дете је да буде избачено из групе. Пре или касније сваком детету се може догодити да у игри с вршњацима не буде прихваћено. Како избећи њихову патњу? Деца често могу да буду окрутна, а у бирању пријатеља и бескрупулозна, па се неретко догађа да поједино дете избаце из игре. То се може десити сваком детету без обзира на пол или место на којем долази у додир с вршњацима (било да је то вртић, школа, карате или балет...).

Шта урадити ако ваше дете пита групу својих вршњака: „Да ли могу да се играм са вама?“, а као одговор добије кратко и јасно „НЕ“! Правилним поступцима одрасли могу да помогну деци да савладају такву ситуацију, чак је могу и преокренути у њихову корист. Понекад је потребно објашњење. Детету је важно објаснити и појаснити због чега је одбијено, односно да је то независно од њега. Морају да објасне да се та деца можда познају дуже време и да садашње неприхватање не значи да ће увек бити одбијено. Подстакните га да нађе нове пријатеље. Дете које је одбијено мора додатно да се потруди да би било прихваћено и да научи да тражи нове пријатеље, а у томе му ви можете много помоћи. Питајте дете да ли постоје деца с којом воли да се дружи, па га подстакните да се игра с њима. Можете направити корак даље, позивајући дете (наравно уз дозволу његових родитеља) на игру у вашем стану где ће се интензивније зближити.

6. Уместо закључка

Будите пример детету! Прихватите га онаквог какво оно јесте и упркос томе што је такво, јер је то пут ка остваривању васпитних циљева као двосмерног процеса између детета и одраслог, начин да се предупреде симптоми поремећаја понашања, или отклоне, ако су већ настали. Деца превише знају, али још не знају начине да се снађу у томе што знају. Брижношћу, смиривањем, чињеницама и приликама за изражавање осећања као и изражавање своје воље можете помоћи детету да несметано одраста. Најбоље је пажљиво саслушати, саосећати и, када је могуће, понудити му на разматрање алтернативне идеје. Многи одрасли који брину о деци и који су изгубили контролу над дечјим понашањем, осећају да их деца углавном излуђују. Заробљени су у учесталим, али узалудним покушајима „дисциплиновња“. Мало им времена остаје да уживају у друштву деце, да их поучавају и воле. **Немојте више ни дана провести заробљени у бескорисној љутњи**. Преузмите главну реч и дисциплина ће тада постати рутински, успутни посао, а највећи део ће поновно заузети наклоност, нежност, похвала и радост.

Свако дете је јединствено, јединствен је и његов положај у породици и тога би се требало придржавати у приступу деци и у њиховом васпитању.

Литература

Barker, P. (1986): *Basic Family Therapy.* Sec. ed., Collins, London

Caprara, G.V. & Cervone, D. (2003): Ličnost. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Ćurčić, V. (priređivač) (1997): *Adolescencija, revolucija i evolucija u razvoju.* Zbornik radova KBC „Dr Dragiša Mišović“, Beograd

Ćurčić, V. i Bradić, Z. (1997): Preobražaji adolescencije. *Adolescencija, revolucija i evolucija u razvoju.* Zbornik radova KBC „Dr Dragiša Mišović“, Beograd

Đorđević, M., Rančić, A., Krulj, R., Milojević, A., Milenković, V., Zlatić, Ž., Cvetković, M. i Jugović, S. (1994): *Kako uspešno vaspitavati. Pedagogija i psihologija za roditelje.* Gradina, Niš

Erić, Lj. i Ćurčić, V. (priredili) (1997): *Adolescencija, identitet, psihopatologija, psihoterapija.* Zbornik radova KBC „Dr Dragiša Mišović“, Beograd

Gallatin, Judith (1972): *Adolescence: Psychological Development*, Harper Row Company

Golubović, Z. (1988): *Porodica kao ljudska zajednica.* Naprijed, Zagreb

Havelka, N., Kuzmanović, B., Popadić, D. (1998): *Metode i tehnike socijalnopsiholoških istraživanja, CPP, Beograd*

Kaplan, Sadock J. B, Sadock A,V (2003), „ Synopsis of Psychiatry- Behavioral Sciiences/Clinical Psychiatry, Lippnicott Williams & Wilkins USA

Kapor-Stanulović, N. (1985): *Psihologija roditeljstva.* Nolit, Beograd

Kapor-Stanulović, N. (1988): *Na putu ka odraslosti.* Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Kon, I. S. (1991): *Dete i kultura.* Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Mihić, I. (2007): *Roditeljstvo u porodicama sa adolescentom: faktori kvaliteta*. Zadužbina Andrejević, Beograd

Milojković, M., Srna, J. & Mićović, R. (1977:. Porodična terapija. Centar za brak i porodicu, Beograd

Milosavljević, B. (2002): *Porodica i mladi. Socijalno-psihološka istraživanja.* Filozofski fakultet u Banja Luci, Banja Luka

Mitić, M. (1997): *Porodica i stres. Između poraza i nade.* Psihološke monografije 4. Institut za psihologiju, IP «Žarko Albulj», Beograd

Piorkowska-Petrović, K. (1990): *Dete u nepotpunoj porodici.* Prosveta, Beograd

Potkonjak, B. (1999): *Psihologija ličnosti.* Centar za primenjenu psihologiju društva psihologa Srbije, Beograd

Potkonjak, N. i Šimleša, P. (1989): *Pedagoška enciklopedija 2.* Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Ranđelović-Mitić, Lj. (1999): *Umeće zajedništva i odvajanja.* Prosveta, Niš

Rot, N. (1998): *Psihologija grupa*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd

Tadić, N. (2003): *Psihijatrija detinjstva i mladosti.* Naučna KMD, Beograd

Todorović, J. (2005): *Vaspitni stilovi roditelja i samopoštovanje adolescenata.* Prosveta, Niš

Tomori, M. (1997): *Porodica i identitet adolescenata*. *Adolescencija, identitet, psihopatologija, psihoterapija.* Zbornik radova KBC «Dr Dragiša Mišović», Beograd

Trebješanin, Ž. (1991): *Predstava o detetu u srpskoj kulturi.* Srpska književna zadruga, Beograd

Vukov, M. (1994): *Putevi i stranputice porodice. Porodica i mladi.* GIP «KULTURA», Beograd

АНАЛИЗЕ И ИСТРАЖИВАЊА

Славиша Сорак, дипломирани социјални радник
Центар за породични смештај и усвојење Крагујевац

ЦЕНТАР ЗА ПОРОДИЧНИ СМЕШТАЈ И УСВОЈЕЊЕ КРАГУЈЕВАЦ
– Годину дана после –

Резиме

Центар за породични смештај и усвојење Крагујевац основан је одлуком Владе Републике Србије, 26.05.2011. године, након чега су уследиле активности везане за израду статута и других општих аката, регистрацију и стварање претпоставки за несметано функционисање установе. Датум почетка рада нове установе је 01.09.2011. године, када су ангажовани први стручни радници, а опредељен је и простор у Дечјем дому „Младост“ у Крагујевцу. Простор је, уз подршку Министарства рада и социјалне политике, адекватно опремљен и прилагођен потребама рада запослених, хранитељских породица и деце. Оснивање Центра представља резултат укупних реформских процеса система социјалне заштите, а посебно система заштите деце без родитељског старања, као посебно осетљиве групе корисника.

Центар за породични смештај и усвојење Крагујевац основан је за пет управних округа (територија Шумадијског, Рашког, Моравичког, Расинског и Златиборског управног округа) и треба да „покрива“ 33 општине. Најновијом Одлуком о мрежи установа социјалне заштите, Центар треба да оснује две радне јединице. Због величине и разуђености територије организационе јединице требало би да се лоцирају у Ужицу, за Златиборски округ, и Крушевцу, за Расински округ.

Кључне речи: породични смештај, најбољи интерес корисника, породица

*
* *

1. Увод

Од почетка рада Центра за породични смештај и усвојање у Крагујевцу, на пословима саветника за хранитељство запослени су васпитачи из Дома за децу без родитељског старања, који имају високу стручну спрему, различите профиле формалног образовања, али без довољног искуства у области хранитељства, што је представљало значајну тешкоћу. Почетак рада установе, такође, обележавају изазови везани за евиденцију хранитеља и деце на смештају, обзиром да се та врста евиденције налази у центрима за социјални рад. Актуелно, Центар је устројио евиденцију за три управна округа.

Како би ефикасно обављао своју делатност, формиране су три организационе целине:

- Канцеларија директора
- Служба за припрему, процену и обуку будућих хранитеља и усвојитеља
- Служба за подршку хранитељима, пружаоцима услуге породичног смештаја и усвојитељима

Према подацима добијеним из центара за социјални рад са региона, сачињена је табела у којој је дат је приказ броја хранитељских породица, деце и одраслих, као и потреба за породичним смештајем за сваку општину, округ и целовито за све округе.

Табела бр. 1: Хранитељске породице, деца и одрасли и потребе за породичним смештајем на подручју Центра за породични смештај Крагујевац

Центар за социјални рад	Хранитељске породице са децом на смештају	Хранитељске породице без деце	Број деце смештене у хранитељске породице из ЦСР-а.	Број одраслих и старих на породичном смештају	Број деце са сметњама у развоју на пор. смештају	Породице у поступку процене за бављење Х	Потребе за смештај деце уредног развоја	Потребе за смештај деце са тешкоћама у развоју	Потребе за смештај одраслих и старих
Шумадијски округ									
Крагујевац	46	8	65	/	9	10	12	3	/
Баточина	9	4	27	/	2	3	/	/	/
Лапово	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Рача	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Аранђеловац	6	20	34	6	/	11	/	/	3

Топола	9	1	10	4	7	1	3	8	3
Кнић	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Укупно	71	33	136	10	18	25	15	11	6
Моравички округ									
Чачак	22	6	42	/	2	/	/	/	/
Лучани	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Г. Милановац	7	2	4	/	/	/	/	1	/
Гуча	7	1	6	/	2	/	2	1	3
Ивањица	2	/	15	10	/	/	2	1	3
Укупно	38	9	67	10	4	/	4	3	6
Златиборски округ									
Ужице	13	3	26	2	2	5	5	3	3
Бајина Башта	14	4	16	3	3	5	/	3	5
Косјерић									
Пожега	6	1	23	2	4	/	3	4	1
Чајетина	/	/	3	2	/	3	2	/	/
Ариље	2	5	6	1	1	/	/	/	1
Прибој	20	2	37	7	1	/	/	/	/
Нова Варош									
Пријепоље	7	4	14	3	1	/	1	1	3
Сјеница									
Укупно	62	19	125	20	12	13	11	11	13
Рашки округ									
Краљево	57	47	85	23	11	4	/	6	3
Нови Пазар	26	1	42	8	7	/	/	5	1
Врњачка Бања	/	6	5	1	2	1	/	1	/
Тутин	4	/	8	/	/	/	/	/	/
Рашка									
Укупно	87	54	140	32	20	5	/	12	4
Расински округ									
Крушевац	82	24	136	/	38	3	/	1	/
Варварин	14	10	25	6	2	/	5	/	/
Трстеник									
Ћићевац	7	4	5	/	/	/	/	/	/
Брус	9	/	22	5	1	/	4	1	5
Александровац	6	/	22	/	2	2	4	/	1
Укупно	118	38	210	11	43	5	13	2	6
Укупно за Регион	376	153	678	83	97	48	43	39	35

Анализом података приказаних у табели бр.1 дошло се до следећих закључака:

- Укупан број хранитељских породица у општинама са пет округа која покрива Центар износи 529; од којих 376 имају децу на смештају и 153 породице које су прошле обуку, али тренутно немају децу на смештају.
- Податак да је на подручју пет округа који покрива центар Крагујевац двоструко више деце на смештају – 678, од броја хранитељских породица говори да је велики број породица са двоје и више деце на смештају. У оквиру процеса подизања стандарда пружања услуге на виши ниво, то је чињеница на којој у наредном периоду треба посебно радити.
- Тренутни број хранитељских породица у сваком од појединачних округа износи: Шумадијски – 71, Моравички – 38, Златиборски – 62, Расински – 118 и Рашки – 87 породица. Сагледавајући број породица које немају децу на смештају, стиче се утисак да постоји капацитет за прихват деце која имају потребе за овим обликом заштите. Искуство говори да породице које дужи временски период нису прихватиле децу на смештај углавном нису сензибилисане за прихватање деце са сметњама у развоју, збрињавање деце кроз ургентан смештај или хранитељство са интензивним праћењем и подршком, облицима хранитељства за које актуелно постоји потреба. Може се рећи да мотивисаност хранитељских породица које немају децу на смештају актуелно није задовољавајућа, али ове породице представљају ресурс који би у перспективи требало развијати, нарочито са аспекта реформе система социјалне заштите којом се примат даје породичном облику заштите деце без родитељског старања и деинституционализацији.
- Анализом података добијен је број потенцијалних хранитељских породица (48) за које је потребно организовати реализацију припреме, обуке и процене. Поред овог броја и за хранитеље који већ имају децу на смештају потребно је организовати програме подршке током трајања хранитељства (најмање 10 сати годишње), као и процене у поступцима продужавања лиценце за бављење хранитељством.
- Податак о броју сродничких хранитељских породица још увек не постоји, али пракса говори да је оваквих породица велики број, да програм припреме и обуке није прилагођен овој категорији и ово је област којој треба посветити посебну пажњу.

- Тридесетдеветоро деце са сметњама у развоју која се налазе на смештају у институцијама из округа које покрива ЦПСУ, као и у институцијама у осталим деловима државе, а за коју ће требати породични смештај условљава потребу да се у перспективи, кроз обуке и позитивну селекцију, припреми одређни број хранитељских породица за све облике породичног смештаја.
- Када је у питању хранитељство за децу са сметњама у развоју добијен је податак да се у припадајућим регионима налази 97 деце. Можемо рећи да је то облик хранитељства који је у развоју у свим окрузима овог региона. Стога је неопходно у наредном периоду наставити програме усавршавања професионалаца у центрима и обуку додатног броја хранитељских породица које би прихватиле децу са сметњама у развоју.
- Све округе карактерише систем услуга социјалне заштите на локалном нивоу који се делимично разликује у зависности од величине општине. Наиме, постоји велики број дневних услуга које су развијане кроз иницијативе актера у локалним срединама или кроз различите пројекте и које су концентрисане углавном у већим општинама, као што су дневни боравци за децу са сметњама у развоју, различите врсте саветовалишта за децу и одрасле, центри за младе, дневни боравци за одрасла и стара лица, услуге помоћи у кући и сл. Чињеница је да нису сви центри у могућности да на својим територијама имплементирају сва достигнућа савремених система социјалне заштите, али заједнички циљ мора бити да се кроз сарадњу са пружаоцима ових услуга што више умањи неуједначеност. Ово је посебно важно у области породичног смештаја где је неопходан већи труд да се свим грађанима овог региона та услуга учини једнако доступном.
- Анализом приспелих подататка утврђено је да се на породичном смештају у региону налази 83 одраслих и старих, као и да постоји потреба за смештајем још 35 одраслих лица. Један број центара за социјални рад са пружаоцима услуга оваквог облика заштите спроводио је програм припреме и обуке „Сигурним кораком до хранитељства“. Сигурно је да овај програм није прилагођен потребама пружалаца услуга као ни корисницима и да је потребно у складу са новим законским решењима, дефинисати програм припреме и обуке за пружаоце оваквог облика породичног смештаја.
- Процена, припрема и обука будућих усвојитеља је област коју је Закон о социјалној заштити пренео у надлежност центрима

за породични смештај и усвојење. Генерално, постоји велики број потенцијалних усвојитељских породица. Према извештајима центара за социјални рад број потенцијалних усвојитеља је далеко већи од броја реализованих усвојења током године. Законска решења прокламују обавезност припреме и обуке усвојитеља и дефинишу области које су имплементиране у процесу процене будућих усвојитеља, али до сада није дефинисан програм припреме и обуке усвојитеља који би био јединствен на националном нивоу. На евидецији Републичког завода за социјалну заштиту постоје лиценцирани програми за обуку усвојитеља, али њихова примена није довољно проверена у пракси. Ово је област која у најскорије време треба да буде системски уређена. Активно учествовање у конципирању програма обуке усвојитеља и сарадња са осталим центрима за породични смештај намеће се као императив, како би преузимање ове надлежности протекло са што мање тешкоћа. Самим тим, јасно је да је област усвојења сегмент социјалне заштите који у наредном периоду захтева велики рад и развој.

- У свим припадајућим окрузима постоји велики број удружења грађана која се баве децом, младима, одраслим и старима. Организовано је неколико клубова хранитеља од којих су неки регистровани као удружења и са којима је потребно изграђивати и неговати односе партнерства и сарадње. Како би се реализовала мисија Центра, потребна је подршка различитих актера и друштвено одговорних група и интензивна сарадња са њима, а све у циљу подизања стандарда услуга Центра на виши ниво и стварања услова за отварање нових услуга у оквиру система социјалне заштите.
- У региону постоји добар систем здравствене заштите као ресурс који је важан за унапређење и развој хранитељства, уз потребу интензивне и додатне подршке и породичног смештаја за одрасле и старе. Уочљиво је да су специјализоване здравствене услуге концентрисане у већим општинама и градовима, а да у мањим, углавном, постоје примарне здравствене службе. Успостављање сарадње са пружаоцима здравствених услуга једна је од битних активности у наредном периоду.
- Специјалне школе које постоје у већим општинама могу бити добра подршка другим школама у развоју инклузивног образовања, али и хранитељским породицама које се баве заштитом деце са сметњама у развоју.

- Ниво сарадње, пре свега, са центрима за социјални рад још увек није достигао потребну висину и сегмет је рада на којем убудуће активности треба интензивирати. Једна од првих активности треба да буде формирање јединствене базе података за цео регион. Организовање округлих столава може бити добро средство за подизање нивоа сарадње, а израда сајта Центра за породични смештај побољшало би међусобну комуникацију.

2. Потребе и идентификовани проблеми

Интерно, са аспекта ЦПСУ Крагујевац, потребе се односе на јачање организационог, кадровског и материјално-техничког статуса ЦПСУ Крагујевац.

Потреба за целовитим организационим јачањем Центра заснива се на проблемима као што су:

- Недовољно искуство актуелно запослених стручних радника у области хранитељства и породичног смештаја, мада стручни радници поседују дугогодишње искуство у непосредној бризи о деци без родитељског старања;
- Некомплетна стручна служба;
- Недовољно познавање актуелне ситуације у региону у области хранитељства и усвојења;
- Неуједначене компетенције стручних радника, мада су запослени прошли акредитоване програме за рад са децом са сметњама у развоју и поремећајима у понашању, тај ниво није довољан;
- Неразвијени односи сарадње са центрима за социјални рад и другим актерима.

Екстерно, потребе и проблеми у домену задовољавања потреба деце, породица и других актера, су следећи:

- Проблем непознавања улоге ЦПСУ у систему социјалне заштите и другим системима;
- Недовољан број тзв.специјализованих хранитељских породица;
- Недовољна сензибилисаност хранитељских породица за прихват деце са сметњама у развоју или са поремећајем у понашању; отпор средине, предрасуде;
- Недовољан број породица за прихват одраслих и старих лица и изостанак припреме и обуке за овај облик заштите;
- Отежано упознавање и праћење хранитељских и других породица из региона;

- Постојање сумње у територијално удаљеним ЦСР у односу на подршку коју ће им пружати Центар за породични смештај;
- Недовољно информација о активностима Центра у области усвојења;
- Неразвијена пракса сарадње са релевантним актерима и стручњацима из области хранитељства.
- Недовољно развијена мрежа хранитељских породица и других породица које пружају услугу породичног смештаја;
- Недовољно развијена мрежа породица за нове облике породичног смештаја и хранитељства;
- Проблем непостојања програма припреме, обуке и процене будућих усвојитеља у Центру за породични смештај и усвојење;
- Проблем активнијег укључивања Центра за породични смештај и усвојење у процесе подршке биолошким сродницима корисника.

3. Визија

Визија Центра за породични смештај и усвојење Крагујевац је друштво једнаких могућности за све, друштво које има целовит, стабилан и ефикасан систем социјалне заштите деце, одраслих и старих лица, примарно заснован на омогућавању квалитетног живота у породичном окружењу, у биолошким и другим породицама, хранитељским или усвојитељским породицама.

4. Мисија

Мисија Центра за породични смештај је да ради на унапређењу система социјалне заштите деце, одраслих и старих, посебно се залажући за право сваке особе да живи у породичном окружењу и у њему добије целовиту подршку за развој својих потенцијала и задовољење потреба.

5. Принципи и вредности

Центар за породични смештај и усвојење Крагујевац је институција вођена професионалним и хуманим вредностима и **принципима** међу којима се посебно истичу следећи:

- **Породица** представља највећу вредност и незаменљива је у развоју и у свим фазама људског живота;

- Свака особа има право на **живот у породици**, а држава кроз систем социјалне заштите има обавезу да обезбеди услове за такав приступ;
- Принцип **партиципације** корисника истиче се као руководни принцип у активностима ЦПСУ, примарно, јер запослени верују да је свако експерт за сопствени живот и ма како лимитираних капацитета, има право да одлучује о свим његовим аспектима;
- **Недискриминација** – сва права се примењују на сву децу, одрасле и старе особе без икакве дискриминације, уз веру у људске могућности, пуно уважавање различитости и једнаких шанси за све;
- **Најбољи интерес** корисника (детета, одраслог и старог лица) – сви поступци који се тичу корисника предузимаће се у складу са његовим најбољим интересима уважавајући реално расположиве могућности, а уз поштовање личности, идентитета и интегритета;
- **Лична одговорност и тимски рад –** квалитетан тимски рад почива на свести сваког појединца о личној одговорности и одговорном односу према осталим члановима тима
- У ЦПСУ се високо вреднују **стручност и професионалност** у раду, посвећност послу, поверење у сараднике и међусобна подршку у раду.
- Константно професионално **усавршавање и унапређивање**, укључујући лични развој сваког појединца у ЦПСУ, темељни је принцип на којем се заснива рад Центра;
- **Доступност услуге,** кроз развијање сарадничког односа са хранитељским породицама;
- Омогућити свакој хранитељској, усвојитељској и другој породици која пружа услугу породичног смештаја и детету **благовремено** пружање подршке и помоћи.

6. Приоритетне области рада Центра за породични смештај и усвојење Крагујевац

1. Промоција хранитељства, породичног смештаја и усвојења
2. Развијање услуге хранитељства, породочног смештаја и усвојења
3. Имплементирање и праћење примене стандарда услуге
4. Унапређење рада стручне службе за хранитељство и усвојење
5. Унапређење рада других служби у Центру

6. Развијање мреже стручних служби у Региону
7. Проширење садржаја рада Установе Центра
8. Истраживања у области породичног смештаја

Посредовањем Центра у неколико претходних месеци, реализован је смештај у хранитељске породице за близу 30 деце. Један број деце је са сметњама у развоју. Деца су добила прилику да расту, развијају се и задовољавају своје потребе у функционалним породицама и имају исте услове како и њихови вршњаци који живе са својим родитељима. Овакви подаци указују да оснивање Центра има пуни смисао и доприноси реализацији реформских циљева система социјалне заштите.

Полазећи од потреба Центра за породични смештај и усвојење Крагујевац, за јачањем кадровских капацитета, од априла 2012.године, комплетирана је стручна служба пријемом стручних радника – социјалног радника и два психолога, чије је претходно радно искуство стечено у центрима за социјални рад и на пословима хранитељства. Реализован је и пријем финасијско-рачуноводствених радника и правника. Овим су се стекле претпоставке за несметано функционисање установе.

Формиран је стручни тим за пријем захтева, процену опште подобности, припрему породица кроз програме обука за хранитељство и усвојење, као и избор хранитељске породице. Направљена је стратегија за прикупљање релевантних података о актуелним хранитељским породицама у свим припадајућим окрузима. Кроз непосредне контакте са директорима центара Шумадијског, Рашког и Моравичког округа, представљена је служба, што је била прилика поновног увида у јасно дефинисане послове Центра за породични смештај и центара за социјални рад из важећег Правилника о хранитељству, односно у делу надлежности и заједничких послова.

У току је евидентирање докумената о хранитељским породицама и деци на смештају, добијених из већине центара за социјални рад. Подаци указују да у Шумадијском, Рашком и Моравичком округу тренутно има 224 хранитељске породице и 230 смештене деце. Може се констатовати да су поједини ЦСР били врло ажурни и истовремено доставили потпуну документацију. Од мањег броја ЦСР још увек није добијена потребна документација. То није била препрека за преузимање активности на праћењу и подршци породицама и деци и под тим отежавајућим околностима. Актуелно, сарадња, пре свега са центрима за социјални рад, још увек није на очекиваном нивоу и сегмент је рада који битно утиче на квалитет услуга и једних и других установа. Адекватан модел сарадње још увек је у процесу дефинисања и успостављања.

Преузимањем дела евиденције и документације, констатовано је да је велики број хранитељских породица која имају децу на смештају, без важеће потврде за бављење хранитељством, након чега је Центар приступио организовању додатне обуке за хранитеље у трајању од 10 сати.

До средине јула 2012.године реализована је додатна обука за пет група у Крагујевцу, и једна група у Чачку. Групе за додатну обуку формиране су за мањи број учесника – како би се обезбедила могућност за активно учешће сваког члана групе, и остварио комплетнији увид у потребе за подршку сваког појединог члана, односно породице.

Од јануара месеца 2012.године реализован је програм припреме и обуке за две групе нових хранитељских породица. Једна група је организована и реализована за сродничке породице.

Када је у питању хранитељство за децу са сметњама у развоју добијени су подаци да се у овом региону налази 97 деце у институцијама социјалне заштите. Кроз активности у пројекту „Породица и за мене“ (део националног пројекта – намењен подстицању и развоју хранитељства уз интензивну и додатну подршку), у периоду јун-јул реализована је промоција овог вида хранитељства кроз јавне наступе стручних радника у медијима, локалним радио и тв станицама широм региона. Штампан је и промотивни материјал који ће својим садржајем сензибилисати заједницу за потребе деце са сметњама у развоју. Циљ овога пројекта јесте да се за један број деце са сметњама у развоју, која се налазе у институцији, нађу, обуче и припреме породице које би наставиле бригу о њима у мање рестриктивном окружењу.

Анализом подататка добијених из центара за социјелни рад, утврђено је, такође, да се на породичном смештају у региону налази 83 одраслих и старих. Прикупљени подаци указују да постоји потреба за смештајем још 35 одраслих лица. Развијање услуге збрињавања одраслих и старих лица кроз породични облик заштите представља изазов за стручну службу Центра, али заначајну активност која је у скаду са визијом друштва једнаких могућности за сваког појединца, примарно заснованом на омогућавању живота у породичном окружењу.

7. Закључак

Паралелно са унапређењем постојећих услуга и развијањем нових покренут је и процес преузимања надлежности за припрему, процену и лиценцирање усвојитељских породица у складу са Законом о социјалној заштити.

На територији коју покрива Центар за породични смештај и усвојење Крагујевац, постоји велики број удружења грађана која се баве

децом, младима, одраслима и старима. Постоје клубови хранитеља, који у наредном периоду очекују подршку од Центра за породични смештај и усвојење са циљем унапређивања функционисања и сарадње.

Како би се реализовала мисија Центра, потребна је подршка различитих актера и друштвено одговорних група и интензивна сарадња са њима, а све у циљу подизања стандарда услуга на виши ниво и стварања услова за отварање нових услуга у оквиру система социјалне заштите.

Адреса Центра је: Чика Матина бр. 5, Крагујевац, а контакт телефони су: 034/355-450, 355-449, 060/355-4501, 060/355-4502 , a mail adresa cpsukg@gmail.com

Литература

Закон о социјалној заштити, „Службени гласник РС“, бр. 24/11

Одлука Владе Републике Србије, „Службени гласник РС“ бр. 37/11

Одлука о мрежи установа социјалне заштите за смештај корисника („Службени гласник РС“, бр. 98/2010)

Правилник о хранитељству („Службени гласник РС“ бр. 36/08),

Сузана Ивановић, социолошкиња и
Мирјана Огњановић, социолошкиња
РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ

ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У УСТАНОВАМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СМЕШТАЈ КОРИСНИКА

Резиме

Почетни циљ којим је рад на анализи положаја деце са сметњама у развоју у установама социјалне заштите за смештај корисника конципиран је да се, указујући на маргинализованост ове друштвене групе кроз преглед последње три године, постави основ који ће мотивисати и подстаћи будућа истраживања која су изузетно потребна у читавој области социјалне заштите, а нарочито када су у питању деца са сметњама у развоју у установама. Рад се бави друштвеним контекстом положаја деце са сметњама у развоју, домаћим и међународним нормативним оквирима и смерницама за унапређење положаја деце са сметњама у развоју. У току анализе, на основу идентификованих проблема у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју и потреба деце смештене у ове установе, дате су препоруке за отклањање истих и препоруке за унапређење положаја деце са сметњама у развоју у институционалној заштити.

Кључне речи: деца са сметњама у развоју, институција, деинституционализација.

*
* *

1. Увод

Анализа положаја деце са сметњама у развоју на смештају у установама рађена је на основу годишњих извештаја о раду установа за смештај корисника, превасходно установа за смештај деце са сметњама у развоју, за протекле три године. У домаћој стручној јавности, положај деце у институционалном смештају третирао се из различитих углова. Међународне организације, домаћа научна и стручна јавност, публикације невладиних организација и, нарочито, извештаји државних органа бавили су се процесима деинституционализације. Један од циљева анализе био је да се проблеми ове категорије деце прикажу стручној јавности према подацима институција које у оквиру социјалне заштите Републике Србије смештају децу са сметњама у развоју.

Републички завод за социјалну заштиту, од свог оснивања 2006. године, континуирано прати, између осталог и податке установа за смештај корисника, и на основу њихове обраде публикује извештаје о њиховом годишњем раду који садрже показатеље о корисницима, капацитетима, кадровима и услугама ових установа. Циљ анализе је да укаже на поједине аспекте положаја деце са сметњама у развоју на смештају у установама као најмаргиналније групе у социјалној заштити. Почетна идеја и циљ на којима је анализа конципирана јесу да се, указујући на маргинализованост ове друштвене групе, кроз сагледавање стања у последње три године, постави основ који ће мотивисати и подстаћи будућа истраживања која су изузетно потребна у читавој области социјалне заштите, а нарочито када су у питању деца са сметњама у развоју у установама.

Анализа је приказана у три главне целине. У првом делу, говори се о друштвеном контексту положаја деце са сметњама у развоју. Представљени су домаћи и међународни нормативни оквири, искуства европских земаља у процесима деинституционализације и збрињавања деце са сметњама у развоју. Представљена је Препорука ЦМ/РЕЦ (CM/Rec (2010)) Савета Европе коју је Комитет министара упутио земљама чланицама о деинституционализацији и животу у заједници деце са сметњама у развоју, јер представља основни референтни и вредносни оквир који се мора имати у виду када се планира унапређење положаја ове деце у будућности. Такође, приказан је и нови Закон о социјалној заштити из 2011. године, основне домаће стратегије и нормативни документи који регулишу ову област.

У другом делу, приказана је анализа положаја деце са сметњама у развоју у установама за смештај корисника социјалне заштите на основу најпоузданијих, основних индикатора из извештаја ових установа. Анализа је у првом реду фокусирана на виталне аспекте положаја деце са

сметњама у развоју у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју.

У трећем делу, су, на основу сагледаног стања, дати закључци и препоруке превасходно са становишта идентификованих проблема у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју и потреба деце смештене у њима.

1.1. Друштвени контекст положаја деце са сметњама у развоју

Положај деце са сметњама у развоју у установама социјалне заштите је на више начина условљен друштвеним контекстом. Као и сваки друштвени феномен зависи од промена у спољашњим структурама и нормативним оквирима, па је карактер и контекст политичко-друштвене климе утицао и на промене у приступу овом феномену.

Општи друштвени и нормативни оквир у којем се приступа феномену институционалног смештаја деце у међународним оквирима је процес деинституционализације. У земљама западне Европе овај процес је далеко одмакао, док је у остатку Европе динамика деинституционализације обележена специфичностима појединих земаља. Ипак, тренд деинституционализације је опште прихваћен и неупитан, као што је и схватање које полази од *Конвенције о правима детета* и савремених спознаја развојне психологије, да је за дете најбоље да одраста у породичном окружењу.

Ипак, у случајевима када су деца занемаривана или злостављана, када је реч о злоупотреби родитељске дужности, или из других разлога који су од дететовог интереса, њихово издвајање из породице и поверавање установама социјалне заштите или хранитељским породицама је често једино решење. Уколико је потребно издвајање детета из примарне породице, једна од најсложенијих дилема са којом се социјална заштита суочава је успостављање равнотеже између права детета на живот у породици, са једне стране, и обавезе државе да, са друге стране, заштити његов најбољи интерес. Поред схватања која полазе од потреба детета, други важан став који говори у прилог концепту деинституционализације је да одрастање деце у институцијама није лоше само из разлога што угрожава децу као појединце, већ је и озбиљна претња друштву јер смањује његове ресурсе. Ова тема – деца која не одрастају у својим биолошким породицама и која су у систему јавне бриге и заштите – већ дуже време је значајна за међународне организације као што су Савет Европе, УНИЦЕФ, Светска банка и друге, а самим тим је и део међународних стратешких и нормативних докумената.

Са друге стране, смештај деце са сметњама у развоју, као посебно осетљиве групе, у институције, је још особенији, рањивији и комп-

лекснији феномен. Друштвена стигматизација и маргинализовање, изоловање и издвајање ове деце је, нажалост, историјска чињеница која је обележавала већину модерних друштава у давној или скорој прошлости. Чињеница која узнемирава јесте да је ова појава саставни део европске садашњости, а да су изгледи да се она промени комплексни и неизвесни. Значајан број деце са сметњама у развоју се у бројним европским државама – упркос општеприхваћеним трендовима и реформским политикама социјалне заштите – и даље налази на смештају у установама. Такав је случај и у Србији која се, иако се ратификацијом међународних конвенција, реформским захватима унутар социјалне политике и реформом нормативног оквира, активностима државних органа и цивилног друштва недвосмислено определила према политикама деинституционализације и најбољег интереса деце, још увек бори са последицама везаним за наслеђе институционалног смештаја деце у установама социјалне заштите.

Тренд деинституционализације је ипак „само један аспект промена у концептуализацији јавне бриге о деци“ (Ајдуковић, 2004: 301). Целовиту слику могуће је добити само анализом и евалуацијом процеса деинституционализације, тј. анализирањем и алтернативних облика социјалне заштите и мера социјалне политике. Свакако, са крајњим циљем да се број деце која одрастају у институцијама заиста смањи. У том смислу, полазишта и намере овог рада, нису елаборација принципа и политика деинституционализације, већ пресек актуелног стања у домовима за смештај деце са сметњама у развоју у Србији, као изузетно рањиве групе, према којој, због иманентних специфичности и особености, друштво и држава треба да покажу посебну пажњу.

1.2. Специфичности институционалног збрињавања деце у појединим подручјима Европе

Опште трендове институционалног збрињавања деце у Европи је веома тешко дефинисати, а земље међу собом тешко поредити. У првом реду због специфичног, различитог евидентирања службених података о збрињавању деце издвојене из породице, а потом због различитих надлежности министарстава. Савет Европе је услед тога документом „Children at risk and in care“ („Заштита деце у ризику“) односно, прикупљањем података које му је претходило, покушао да прикупи податке од земља чланица о апсолутном и релативном броју деце издвојене из породице, разлозима издвајања, врстама смештаја, организацији заштите деце, те националној политици и законодавству од значаја за децу која живе ван породице и у различитим развојним ризицима. Ова анализа

Савета Европе коришћена је као основ за израду Препоруке Комитета министара Савета Европе (CM/Rec, 2010.), а може користити и као референтни оквир за анализу стања институционалног збрињавања деце са сметњама у развоју у Србији. Поред тога, то је и прилика за компаративни аналитички приступ, поређење стања код нас са ситуацијом, трендовима и тешкоћама различитих европских земаља.

Основни индикатори коришћени у анализи Савета Европе су: учесталост издвајања деце у институције[1] и однос институционалних и ванинституционалних облика збрињавања. На основу прикупљених података, Савет Европе је поделио земље на три групе: земље средње и источне Европе, земље југоисточне Европе и јужне и северне Европе (западне Европе).

Основна обележја земаља средње и источне Европе (Бугарска, Русија, Румунија, Пољска, Мађарска, Молдавија, Литванија, Летонија и Естонија) су повећана потреба за бригом о деци ван породице, висок удео деце у дечијим институцијама – на 1.000 деце њих од 10 до 20 живе у институцији и слаба традиција алтернативних облика збрињавања деце (нпр. хранитељство и домови породичног типа). У овом подручју налазе се и најсиромашније и највеће институције (100 до 300 деце) у целој Европи. Стање у овим земљама описује се као стање „зачараног круга“ које опстаје због поверења у институције: „Институције апсорбују већину ионако ограничених државних средстава. Због тога нема средстава за развој квалитетних алтернативних облика збрињавања, што опет подржава поверење у институције“ (Тобис, 2000.).

Основна обележја земаља југоисточне Европе (Албанија, Босна и Херцеговина, Хрватска, Словенија, Србија, Црна Гора, Македонија, Грчка и Турска) су превелике институције у којима је смештено 60 и више деце, велико учешће деце предшколског узраста те дуготрајан смештај (пет и више година). Алтернативни облици смештаја се још увек развијају. Србија је, са Словенијом, издвојена као пример лоше праксе услед драстичног смањивања броја деце у хранитељству и броја хранитељских породица (период од 1998. до 2001. године). Ипак, лоше стање хранитељства, као показатељ, донекле је ублажено податком о малом броју ове деце у институцијама, у обе земље.

Основна обележја земаља западне Европе (Велика Британија, Норвешка, Исланд, Данска, Немачка, Француска, Португал, Шпанија, Шведска, Финска, Ирска, Белгија, Холандија, Италија) имају релативно мали

[1] Учесталост збрињавања деце у институцијама, односно деце која су у систему јавне социјалне заштите је навођење њиховог броја у односу на 1.000 деце узраста од 0 до 18 година у некој другој држави

удео деце смештене у институције, добро развијено хранитељство и широк распон осталих алтернативних облика збрињавања.

У већини земаља западне Европе мале установе, односно домови породичног типа убрзано замењују велике институције, а удео деце која су у породичном смештају је доминантан. У томе предњаче Велика Британија, Ирска, Холандија, Аустрија и скандинавске земље (Ајдуковић према Gilligan, 1996. и Sellick, 1998). Тај је развој у неким земљама започео још 50-тих година 20. века, у некима 80-тих, а у некима тек недавно. Историјски гледано, на смањивање броја великих институција и броја деце која у њима живе, у земљама западне Европе и Северне Америке највећи утицај имали су чиниоци везани за трошкове. Високи трошкови институција у односу на алтернативне облике збрињавања деце везани су, са једне стране, за одржавање институција као таквих, а са друге стране, за повећане потребе помоћи деци која одрастају у институцијама и касније у животу (Sellick, 1997). Тек касније, почетком 90-тих година 20. века, Конвенција о правима детета и наглашавање значаја породичног окружења за децу, дала је и вредносни основ овим политикама земаља западне Европе.

„Данас се, ипак, земље западне Европе суочавају са два неочекивана тренда: 1) потешкоћама у изналажењу квалитетних хранитељских породица, и, 2) све већим захтевима за институционалним третманом појединих категорија деце и младих, конкретно оних који манифестују проблеме у понашању“ (Ајдуковић, 2004:308). Шведска која предњачи у ванинституционалном збрињавању и у којој је последња институција за децу са сметњама у развоју затворена 2000. године[2], сада долази у ситуацију повећаног броја захтева за институционалним третманом ове деце.

Ова два тренда, уочена у земљама са развијеним системима збрињавања деце, илуструју специфичност самог феномена бриге о деци као такве, јер је реч о изузетно динамичном феномену на којем се преламају све социјалне, економске и културолошке особености појединачних друштава у актуелним контекстима, заједно са свим суптилним и индивидуалним специфичностима појединачних случајева.

[2] У Шведској је 2001. године од 14.792 деце корисника јавног збрињавања, која, дакле, не живе у биолошким породицама, 4.322, односно 30% било у институцијама, а 70% је користило породични смештај. Важно је напоменути да међу 30% деце смештених у институције не спадају деца са сметњама у развоју, већ деца са поремећајима у понашању и деца без родитељског старања.

1.3. Међународни нормативни оквири институционалног смештаја деце

Анализа Савета Европе показује да нема идентичног система бриге о деци и збрињавања, али да постоје препознатљиве сличности и разлике. Општи стратешки и политички оквир за унапређење положаја деце са сметњама у развоју на глобалном и светском нивоу представљају две конвенције Уједињених нација, *Конвенција о правима детета (1989)* коју су потписале све земље чланице Савета Европе и *Конвенција о правима особа са инвалидитетом (2006)* која признаје да деца са сметњама у развоју треба да у потпуности уживају сва људска права и основне слободе на основу једнакости са другом децом. Општа начела Конвенције о правима особа са инвалидитетом, изнета су у члану 3: поштовање урођеног достојанства и индивидуалне аутономије особа са инвалидитетом, права да доносе одлуке о сопственим животима и самосталности, развијају капацитете деце са сметњама у развоју и права те деце да очувају сопствени идентитет. Све акције које се односе на децу са сметњама у развоју првенствену пажњу треба да посвећују најбољем интересу детета[3].

Иако не на нивоу међународних нормативних аката, значајан међународни документ је и *Монтреалска декларација (2004)*[4] усмерена на посебну групу унутар особа са инвалидитетом – особе са интелектуалним тешкоћама. Поред поштовања људских права, захтева за пуном укљученошћу у друштво, приступу образовању, обуци и информацијама, овај документ наглашава право ових особа на доношење одлука о свом животу, право које им се у већини држава света одриче.

Европска Унија је бројним правним актима уоквирила област права деце и породице, а нарочито деце са сметњама у развоју: Конвенција о људским правима и основним слободама, Ревидирана европска социјална повеља[5], Европска Конвенција о превенцији тортуре и осталих нехуманих или понижавајућих поступака и казни; Европска Конвенција о остваривању права детета и Конвенција о контактима који се тичу деце.

---

[3] Нормативни оквир који, такође, посредно уоквирује област права деце са сметњама у развоју су Међународни пакт о грађанским и политичким правима, Међународни пакт о економским и социјалним правима, Конвенција УН против мучења и других окрутних, нехуманих и понижавајућих поступака и казни.

[4] Монтреалска декларација је усвојена на конференцији Montreal PAHO/ WHO International Conference on Intellectual Disability

[5] Гарантује право особа са инвалидитетом на независност, социјалну укљученост и учешће у животу заједнице (члан 15), право породице на одговарајућу социјалну, правну и економску заштиту (члан 16), право детета и младе особе да расту у окружењу које подстиче пут развоја њихове личности и њихових физичких и психичких потенцијала (члан 17);

Препорука ЦМ/РЕЦ (CM/Rec, 2010) Комитета министара Савета Европе земљама чланицама о деинституционализацији и животу у заједници деце са сметњама у развоју пружа најбољи преглед особености, осетљивости овог феномена и најконкретније предлоге акција којима се може и мора предупредити положај деце са сметњама у развоју.

Владама држава чланица препоручује се да предузму одговарајуће законске, административне и друге мере како би се институционални смештај заменио услугама које се пружају у заједници у разумном временском року и кроз свеобухватан приступ[6].

Узимајући у обзир друге резолуције и препоруке Комитета министара[7] те важности конвенција и препорука Уједињених нација, Препорука ЦМ/РЕЦ (CM/Rec, 2010) наглашава да најбољи интерес детета мора бити од примарног значаја; подсећа да деца имају своја права, укључујући право на учешће и право да буду заштићена, на изражавање свог мишљења, као и да буду саслушана и да се њихово мишљење узме у обзир; смештај деце у институционалне облике заштите доводи у питање остваривање права деце; препознаје потребу за значајним променама у перцепцији особа са инвалидитетом и променама потребним за спровођење недискриминатоске и инклузивне праксе. Препорука, такође, наглашава потребу за међусекторским и координисаним приступом у свим нивоима власти.

Општи оквир и принципи на којима се препорука заснива, садржани у међународним правним актима, подразумевају:

- Сва деца имају права, а деца са сметњама у развоју имају иста права на живот у породици, образовање, здравље, социјалну заштиту и професионалну едукацију као и остала деца;
- Сва деца са сметњама у развоју треба да живе у својој породици;
- Родитељи имају примарну одговорност за одгој и развој детета;
- Принцип најбољег интереса детета је од примарног значаја у односу на све остале;

[6] превод Иницијативе за инклузију Велики мали

[7] Резолуцију (77)33 о смештају деце која наглашава да се смештај деце мора избегавати, Препоруку бр. Р (79)17 која се односи на заштиту деце од злостављања, Препоруку бр. Р (84)4 о одговорностима родитеља, Препоруку бр.Р (87)6 о хранитељским породицама, Препоруку бр. Р(94)14 о доследној и интегрисаној породичној политици, Препоруку бр. Р(98)8 о учешћу детета у породичном и друштвеном животу, Резолуцију РесАП (2005)1 о заштити деце и одраслих са инвалидитетом од злоупотребе, Препоруку Рец (2005)5 о правима деце која живе у резиденцијалним установама, Препоруку Рец (2006)19 о политици подршке позитивном родитељству.

- Уколико породица или пружаоци услуга не поступају у најбољем интересу детета са сметњама у развоју, или уколико је дете занемарено, или злостављано, држава, делујући путем својих јавних агенција, мора заштитити дете и осигурати да се одговори на његове/њене потребе;
- У изузетним околностима, уколико је неопходно да се нега пружи ван породице, та нега мора бити тако организована да подржава одржавање породичних веза;
- Држава има обавезу да пружи породици подршку која јој је потребна за подизање детета са сметњама у развоју код куће и нарочито да створи неопходне услове за бољу усклађеност између породичног живота и радних обавеза:
- Држава мора финансирати и обезбедити широк избор високо квалитетних услуга.

На националном нивоу процеси транзиције и деинституционализације захтевају бројне опште мере које подржавају стратешки приступ и укључују све интересне групе. Пошто је дуготрајан, неопходно је да процес транзиције буде добро испланиран и структурисан. Планирање мора укључити све владине представнике задужене за области које утичу на живот деце са сметњама у развоју. Нарочито се издвајају аспекти: мултидисциплинарни систем за препознавање и процену способности и потреба, програме подршке родитељима, пружање различитих услуга, схватање индивидуалних потреба деце и породица, доступност разноврсних мера предаха породици, континуитет услуга, промовисање активног учешћа и контроле ситуације.

Изградња нових институција треба да буде обесхрабрена одбијањем финансирања, а јавне власти, стратешким планирањем и координацијом на националном, регионалном и локалном нивоу, морају укључити **четири главне стратегије**: превенцију институционализације, превенцију било каквог продужавања боравка у институцији, деинституционализацију особа које су тренутно у институцијама и креирање услуга у заједници.

Препоручује се доношење посебних прописа који ће обавезати власти да створе нове мреже услуга у заједници и да поставе рок када ће престати пријем деце у институционалне обике заштите, предузети мере унапређења социјалних сервиса и програма невладиних организација. Сви нови прописи и политике морају бити координисани како би се осигурала њихова једнака примена па је важно успоставити улогу дечјег омбудсмана или повереника за заштиту права деце. Удружења родитеља и невладине организације, које их заступају, морају бити укључене у развој услуга у заједници, а финансирање се мора обезбедити на националном нивоу и нивоу западне Европе од стране међународних тела.

Мере заштите интереса деце са сметњама у развоју морају се предузети у свим релевантним областима политике. Сва министарства и државни органи морају својим радом одговорити на интересе и потребе деце са сметњама у развоју. На националном нивоу мора постојати кохерентна политика која подржава процес деинституционализације кроз сва министарства. На регионалном или локалном нивоу, потребно је усвојити транспарентну политику за успостављање сервиса на законској, добровољној или независној основи.

Као једину алтернативу институционалној заштити наводе се мале, кућне заједнице које су што сличније породичном окружењу и то само у изузетним случајевима (злостављање или занемаривање) када дете не може да живи у својој или хранитељској породици. Препорука ЦМ/РЕЦ (CM/Rec, 2010) наводи читав низ активности које представљају предуслов за одлучујући фактор успеха мера у процесу реформе, односно остварење четири главне стратегије.

Децидно се наводе принципи *mainstreaming-a* на нивоу власти, образовања, здравствене заштите, инклузије и интеграције у локалну заједницу уз принципе универзалног дизајна и приступачности.

1.4. Нормативни оквир Републике Србије

У Србији основни нормативни оквир који уређује проблематику издвајања деце са сметњама у развоју из породице и њихово збрињавање представљају Устав Републике Србије, Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом, Закон о забрани дискриминације, Породични закон и Закон о социјалној заштити.

Поред основних закона, Влада је усвојила и неколико стратегија које такође дефинишу оквир институционалне заштите деце са сметњама у развоју: Стратегија за смањење сиромаштва, Стратегија развоја социјалне заштите и Стратегија за унапређење положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији – базирана на принципима поштовања људских права, једнаких могућности и социјалној инклузији.

Као основни правци развоја социјалне заштите, које је у контексту унапређења положаја маргиналних група важно нагласити, истакнути су: развој услуга подршке појединцима и породици у локалној заједници, развој услуга које су алтернатива институционалној заштити, укључујући и редукцију сиромаштва те интензивирање процеса деинституционализације заштите деце, младих и других узрасних група којима је потребна посебна друштвена подршка.

Закон о социјалној заштити је усвојен априла, 2011. године. Законом се обезбеђује нормативна подршка наставку реформских активности

у домену социјалне заштите и дефинишу права и одговорности различитих актера у систему социјалне заштите на националном и локалном нивоу. Законом о социјалној заштити дефинисане су следеће групе услуга социјалне заштите: услуге процене и планирања, дневне услуге у заједници, услуге подршке за самосталан живот, саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге и услуге смештаја.

Карактеристика Закона о социјалној заштити је и успостављање система заснованог на плуралитету пружалаца услуга и изједначавању услова за пружаоце из јавног, невладиног и приватног сектора кроз процес лиценцирања и успостављања минималних стандарда услуга. У току је израда подзаконских аката који ће омогућити његову примену. Важан подзаконски акт који је у изради је Правилник о минималним стандардима за пружање услуга социјалне заштите, који се ради на основу постојећег предлога минималних стандарда квалитета за услуге социјалне заштите и садржи опште и посебне структурне и функционалне стандарде. Правилником ће се регулисати минимални стандарди квалитета социјалних услуга које ће морати да испуњава сваки пружалац услуга.

Услуге смештаја:

Према члану 41. новог Закона о социјалној заштити, малолетно лице – дете је корисник права или услуга социјалне заштите уколико му је услед породичних и других животних околности, угрожено здравље, безбедност и развој, односно ако је извесно да без подршке система социјалне заштите не може да достигне оптимални ниво развоја.

Услуге смештаја обезбеђују се (члан 47) смештајем корисника у:

1) сродничку, хранитељску и другу породицу за одрасле и старије (у даљем тексту: породични смештај);
2) дом за смештај корисника, укључујући мале домске заједнице (у даљем тексту: домски смештај);
3) прихватилиште;
4) друге врсте смештаја, у складу са законом.

Према Закону о социјалној заштити домским смештајем кориснику се обезбеђује становање и задовољење основних животних потреба, здравствена заштита, а деци се обезбеђује приступ образовању (Члан 51).

Домски смештај обезбеђује се кориснику коме се не могу обезбедити, или није у његовом најбољем интересу, останак у породици, услуге у заједници или породични смештај. Детету млађем од три године не обезбеђује се домски смештај, већ се изузетно може обезбедити домски смештај, ако за то постоје нарочито оправдани разлози, с тим што на смештају не може провести дуже од два месеца, осим на основу сагласности министарства надлежног за социјалну заштиту.

Услуге домског смештаја пружају се кориснику тако да обезбеђују припрему за његов повратак у биолошку породицу, одлазак у другу породицу, односно његову припрему за самосталан живот, у складу с породичним ресурсима, његовим потребама и најбољим интересом (став 3, Члан 52).

Домски смештај се обезбеђује као: стандардни смештај, смештај уз интензивну или додатну подршку, ургентни смештај, повремени смештај и друга врста домског смештаја (члан 53.).

Члан 54. Закона такође предвиђа да дом за смештај деце и младих не може имати капацитет већи од 50 корисника. За установе које су у процесу трансформације, на основу плана трансформације установа, Закон предвиђа право на ограничену лиценцу која се издаје уколико установа не испуњава стандарде услуге у погледу простора, опреме, организације и броја ангажованог особља (члан 180). На тај начин установама се оставља простор да у наредном периоду ускладе своје капацитете и остале стандарде предвиђене нормативима.

2. Анализа положаја деце са сметњама у развоју у установама за смештај корисника

Деинституционализација је један од приоритета реформе социјалне заштите. Један од најзначајнијих пројеката у овој области био је пројекат *„Трансформација резиденцијалних установа за децу и развијање одрживих алтернатива“* који је реализовало Министарство рада и социјалне политике уз финансијску подршку Европске уније и у партнерству са Канцеларијом УНИЦЕФ-а у Србији. Главни циљ пројекта био је јачање система дечије заштите како би он био ефикасан у остваривању права и задовољењу потреба најрањивијих група деце у Србији. Пројекат је развијао три компоненте: трансформација резиденцијалних установа за децу, подстицај систему хранитељства и јачање улоге здравственог система у превенцији институционализације. Као резултат рада групе за трансформацију установа, израђен је Свеобухватни план трансформације резиденцијалних установа социјалне заштите за децу који обухвата период од пет година (2009-2013) и предвиђа низ активности са циљем смањења укупних резиденцијалних капацитета за децу, развој нових услуга и сервиса као и унапређење квалитета заштите у оквиру система социјалне заштите.

Крајем 2010. године елементи плана усвојени су од стране Владе кроз документ Одлука о мрежи установа социјалне заштите за смештај корисника. Одлуком се дефинише основна делатност установа социјалне заштите за смештај корисника и прецизно одређује капацитет у складу

са већ постигнутим резултатима реформе система социјалне заштите, реалним потребама и опредељењем за примену мање рестриктивних мера заштите. Планирано је да капацитети установа за децу, који остају слободни буду усмерени ка развоју локалних услуга и подршку деци, укључујући децу са сметњама у развоју.

Према Одлуци о мрежи установа социјалне заштите које оснива Република[8] деца и млади са сметњама у развоју смештају се превасходно у установе за смештај деце и младих са сметњама у развоју:

1. Дом за лица са аутизмом (у оквиру Центра за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју, Београд), Београд
2. Дом «Ветерник», Нови Сад
3. Дом „Колевка“, Суботица
4. Дом «Сремчица», Београд
5. Дом „др Никола Шуменковић“, Стамница
6. Дом за децу и младе са аутизмом, Шабац

Међутим, деца са сметњама у развоју смештена су и у другим установама за смештај корисника: установама за смештај деце без родитељског старања и установама за смештај одраслих лица ометених у менталном развоју.

Домови за децу без родитељског старања тек у протеклих неколико година имају на смештају децу са сметњама у развоју уз тренд да се број деце без родитељског старања постепено смањује, а да расте број деце са сметњама у развоју у овим установама. Од укупног броја деце у 13 домова за децу без родитељског старања, у 2009. години, било је 49% деце са сметњама у развоју, док је у 2008. години било 42,3% ове деце у односу на укупан број смештене деце.

У установама за смештај одраслих лица ометених у менталном развоју, према извештају из 2010. године, било је 152 деце са сметњама у развоју што је 9% од укупног броја корисника у установама овог типа.

Полазећи од Препоруке ЦМ/РЕЦ (CM/Rec, 2010) Комитета министара Савета Европе, домаћих стратешких и законских начела социјалне заштите – најбољег интереса корисника, најмање рестриктивног окружења, забране дискриминације, начела ефикасности, благовремености и целовитости социјалне заштите, јавности рада, као и доступности и индивидуализације социјалне заштите фокус је на поједине аспекте положаја деце са сметњама у развоју пре свега, у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју.

[8] Одлука је објављена у „Службеном гласнику РС“, бр. 98/2010. од 24.12.2010. године

На основу вишегодишњег рада на изради годишњих извештаја о раду установа за смештај корисника индентификовано је да су ова деца, уз децу која се налазе у домовима за смештај одраслих лица ометених у менталном развоју, заправо једна од најугроженијих група деце у систему социјалне заштите. Годишњи извештаји о раду ових установа су, уз базе података, били основа за израду прегледа стања и положаја деце са сметњама у развоју која се налазе у овим установама, уз посебан осврт на:

- број деце са сметњама у развоју у установама
- разлог смештаја у установу
- место пребивалишта пре смештаја у установу
- дужину боравка у установи
- врсту сметњи у развоју
- доминантне разлоге престанка смештаја
- друге услуге које се пружају у оквиру установа за смештај

2.1. Преглед стања и положаја деце са сметњама у развоју у домовима за смештај деце и младих са сметњама у развоју[9]

2.1.а Број деце са сметњама у развоју

На евиденцији центара за социјални рад у 2010. години[10] било је 12.315 деце са сметњама у развоју. На домском смештају у 2010. години у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју било је 464 деце или 32% од укупног броја корисника у тим установама, односно 4% од укупног броја деце са сметњама у развоју на евиденцији центара за социјални рад у 2010. години.

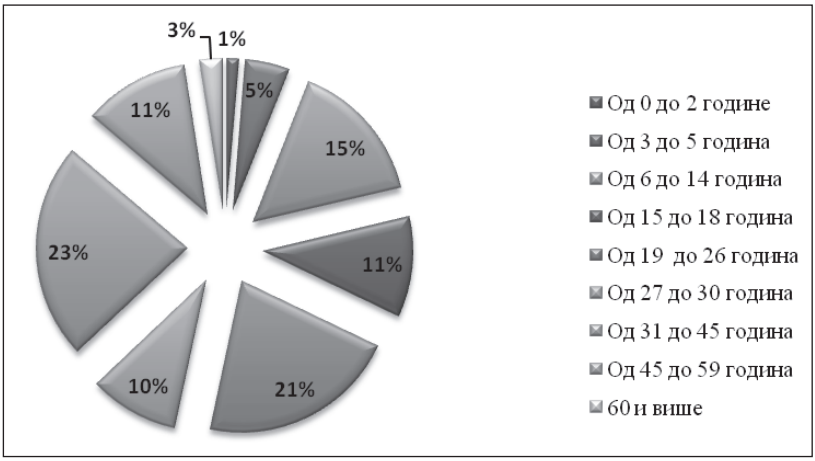
Деце узраста до три године је 1%, од 3 до 5 година 5%, од 6 до 14 година 15% и од 15 до18 година 11% (графикон бр.1).

С друге стране, у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју доминирајуће узрасне групе су између 27 и 45 година старости и то је вишегодишњи тренд, а проценат корисника изнад 60 година је 3%.

[9] Дом за лица са аутизмом (у оквиру Центра за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју, Београд), Београд; Дом «Ветерник», Нови Сад; Дом „Колевка“, Суботица; Дом «Сремчица», Београд; Дом „др Никола Шуменковић“, Стамница

[10] Извор Информациони систем Министарства рада и социјалне политике

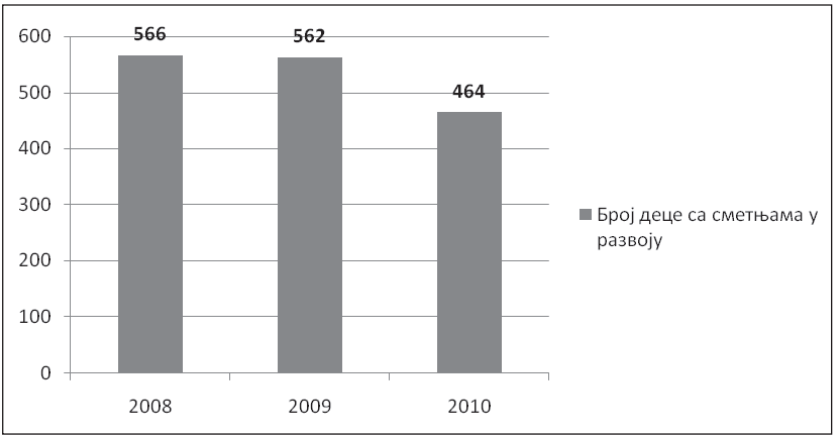
Графикон бр. 1: Корисници према узрасту у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју



Поред тога што у овим установама бораве деца и млади заједно са одраслим корисницима, додатни проблем, али и изазов, са становишта Закона о социјалној заштити, представља и велики број корисника у овим установама. Наиме, Закон у члану 54. предвиђа да дом за смештај деце и младих не може имати капацитет већи од 50 корисника. У 2010. години је у овим установама на домском смештају било 1.510 корисника различитих узраста, 2009. било је 1.502 корисника, а у 2008. години 1.565 корисника.

Уколико се упореде подаци о броју деце са сметњама у развоју у 2008, 2009. и 2010. години, уочљив је тренд смањења броја деце у установама за смештај деце са сметњама у развоју (графикон бр. 2), пре свега, у периоду 2009-2010. Међутим, то не значи и да су сва ова деца напустила установу у том периоду. Поред тога што је за извесном броју деце смештај престао по разним основама, у 2010. години, један добар број деце је једноставно, прерастао доба детета и прешао у узрасну групу младих, али, и даље је остао у установи.

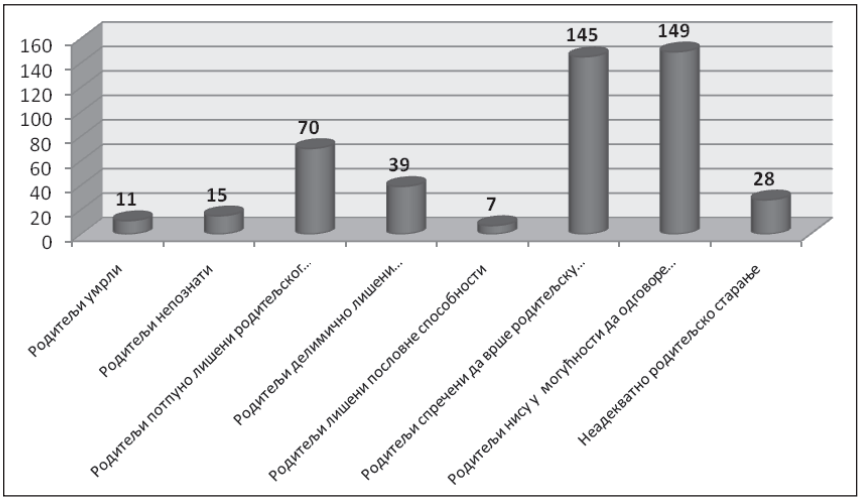
Графикон бр. 2: Број деце у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју у 2008, 2009. и 2010. години



2.1.б Разлози смештаја

Доминантни разлози смештаја деце у установе за смештај деце и младих са сметњама у развоју су немогућност родитеља да одговоре на потребе детета и спреченост родитеља да врше родитељску дужност (графикон бр. 3).

Графикон бр. 3: Деца у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју према доминантном разлогу смештаја

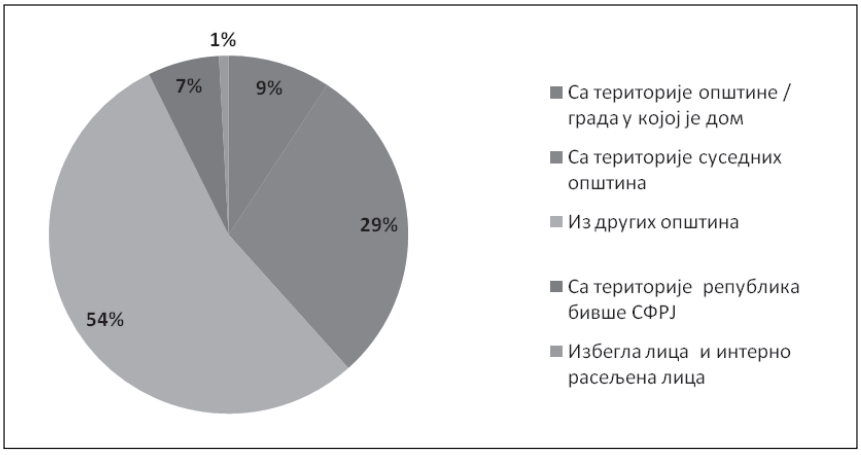


Из годишњих извештаја о раду не могу се видети разлози због којих родитељи нису били у могућности да одговоре на потребе детета или због чега су спречени у вршењу родитељске дужности, али свакако да је један од разлога сиромаштво тј. недостатак финансијских ресурса као и одсуство било какве подршке. Поред тога, упркос прокламованој и усвојеној политици, чини се да лекари, центри за социјални рад и комисије за категоризацију често препоручују породицама да „дигну руке“ од детета са тешкоћама, сугеришући да ће се о детету „боље старати стручњаци“. Ови ставови су одраз система који је историјски сегрегирао особе са тешкоћама, посебно када су у питању интелектуалне, развојне или душевне тешкоће (Жегарац, 2010: 48).

2.1.ц Место пребивалишта деце пре смештаја

Посматрано према месту пребивалишта из кога су деца смештена у установе, може се видети да је највише деце са територије других општина тј. да су домови прилично удаљени од места пребивалишта биолошких или сродничких породица деце. Са територије других општина је 54% деце, са територије суседних општина 29% док је са територије града/општине у којој је дом свега 9% деце.

Графикон бр. 4: Број деце у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју према месту пребивалишта одакле су смештена у установу



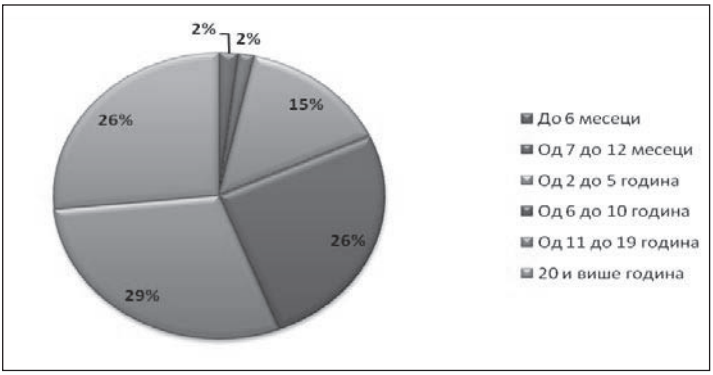
2.1.д Дужина боравка

Податке о дужини боравка деце са сметњама у развоју у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју, али и у другим установама у којима су деца са сметњама у развоју није било могуће добити досадашњим начином извештавања зато што код овог питања није постојала узрасна дисегрегација[11].

Могуће је, међутим, кроз приказ структуре свих корисника према дужини боравка у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју и установама за смештај одраслих лица ометених у менталном развоју стећи увид у проблематику дугогодишњег боравка корисника у овим установама (графикони бр. 5 и бр. 6).

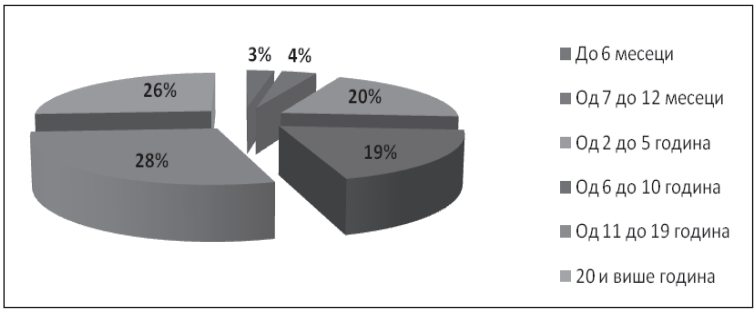
Доминирајућа група корисника, када је у питању дужина боравка, у 2010. години је она која веома дуго борави у установама овог типа и то од 11 до 19 година. Податак да је ово доминирајућа група и у домовима за децу и младе са сметњама у развоју, уз висок проценат оних који у овим установама бораве 20 и више година (26%), отвара бројна питања о постојећим институционалним и ваниституционалним облицима подршке деци и младима са сметњама у развоју, али и особама који прерастају ову узрасну групу, а и даље бораве у установама овог типа.

Графикон бр. 5: Структура корисника према дужини боравка у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју



[11] Унапређеним начином извештавања за 2011. годину добиће се ови али и многи други показатељи стања и положаја корисника у установама социјалне заштите

Графикон бр. 6: Структура корисника према дужини боравка у установама за смештај одраслих лица ометених у менталном развоју.

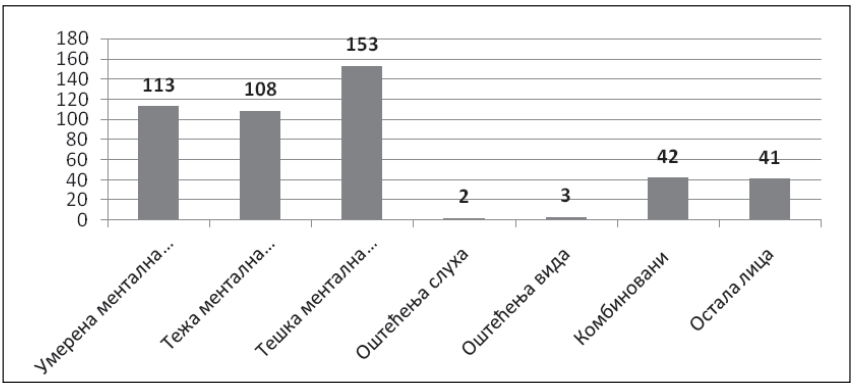


2.1.е Врста сметњи у развоју

Од укупног броја деце са сметњама у развоју у 2010. години, највише је оних са тешком ометеношћу (153 деце или 33%), умереном (113 или 24%) и тежом ометеношћу (108 или 23%), (графикон бр. 7) .

Ове врсте сметњи у развоју су доминантне и на нивоу укупног броја корисника у овим установама у периоду 2008-2010. година. Слична ситуација је и у установама за одрасла лица ометена у менталном развоју када су у питању деца са сметњама у развоју смештена у ове установе.

Графикон 7. Деца према врсти сметњи у развоју



2.1.ф Разлог престанка смештаја у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју

Пре приказа разлога престанка смештаја деце, важно је нагласити да је доминантни разлог престанка смештаја на нивоу укупног броја корисника у овим установама смрт корисника и да је ово вишегодишњи тренд. Позитиван тренд који је по овом питању постојао 2008. године у смислу да су доминантни разлози престанка смештаја били премештај у хранитељску породицу и враћање у биолошку или сродничку породицу се последње две године изгубио, тако да је и у 2010. години у овим установама смрт корисника доминантни разлог престанка смештаја.

Уколико се посматрају само деца у 2010. години – за њих 39 смештај је престао по разним основама, од тога у хранитељске породице премештено је 33% деце, у биолошку породицу вратило се 8% деце, у другу установу премештено је 26%, а 31% деце је умрло у току 2010. године (графикон бр. 8).

Графикон бр. 8: Разлог престанка смештаја деце у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју.

2.1.г Друге услуге у установи

Из извештаја о раду установа за смештај деце и младих са сметњама у развоју види се да услуге и програми подршке осамостаљивању и већем социјалном укључивању нису довољно заступљени, већ да доминирају радионичарске, културно-забавне и рекреативне активности.

Услуга становања уз подршку у 2010. години постојала је само у оквиру две установе (Стамница и Ветерник), а услуга дневног боравка у оквиру дома у Ветернику и дома у Суботици.

Недовољан број услуга у заједници такође утиче на социјалну искљученост деце са сметњама у развоју. Према подацима из Базе података о локалним услугама социјалне заштите Републичког завода за социјалну заштиту, на територији Србије постоји укупно 89 локалних услуга за децу и младе са сметњама у развоју. Реч је о услугама за које су локалне самоуправе донеле одлуке о финансирању. У Бази података о локалним услугама ове услуге су разврстане на следећи начин: укупно је 64 дневна боравка за децу и младе са сметњама у развоју, 14 дневних боравака за децу и младе са телесним инвалидитетом и 11 услуга помоћ и нега у кући за децу и младе са инвалидитетом. Број и квалитет услуга одређен је степеном економског развоја локалних самоуправа, а најмањи број услуга налази се у руралним срединама.

Охрабрује податак да се четрдесет једна општина у Србији укључила у покретање нових услуга за децу са сметњама у развоју у оквиру националне иницијативе за промовисање социјалног укључивања деце са сметњама у развоју као активних учесника у заједници. Активности се реализују у оквиру пројекта „Развој услуга у заједници за децу са сметњама у развоју и њихове породице“ који заједнички спроводе Делегација Европске уније, Министарство рада и социјалне политике и канцеларија УНИЦЕФ-а у Србији. Општине су груписане у десет кластера и у сарадњи са цивилним сектором обезбеђују услуге дневног боравка за децу са сметњама у развоју, услуге неге у кући за породице са децом са сметњама у развоју, услуге предах неге за породице са децом са сметњама у развоју и друге услуге.

3. Закључци и препоруке

Област социјалне политике и социјалне заштите у Србији је у протеклој деценији обележена реформским процесима који су се са више или мање успеха одвијали на свим нивоима. Реформско опредељење је засновано на концептима деинституционализације, а у области бриге о деци, начелима права и најбољег интереса детета. У фокусу свих процеса у области социјалне заштите – у областима планирања, дефинисања стратешких праваца и докумената, доношењу нормативних аката који регулишу области социјалне заштите, реформским пројектима министарстава и других државних институција, сарадње са међународним институцијама, рада владиних и невладиних институција из области социјалне заштите – били су реформски процеси. У превенцији институционализације, креирању услуга у локалној заједници, међусекторској сарадњи, итд. уочљиви су бројни позитивни помаци, а поједине аспекте

реформских промена могуће је навести као примере добре праксе, којима се Србија приближа развијеним европским државама.

Међутим, положај деце са сметњама у развоју на резиденцијалном смештају у установама социјалне заштите не прати позитивне реформске праксе. У Србији, деца са сметњама у развоју у установама за смештај већ дуго година спадају у најосетљивију и најмаргиналнију групу унутар читавог система социјалне заштите. Приказ неких карактеристика положаја ове деце, превасходно у установама за смештај деце са сметњама у развоју, изнет у анализи, потврђује да су ова деца остала на самој маргини реформе, упркос свим нормативним, концептуалним и практичким напорима у процесу деинституционализације.

Број корисника, генерално, у овим установама је превелики. Друго, у истим установама бораве и деца и одрасли, било да је реч о установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју или о установама за смештај одраслих ометених у менталном развоју. Треће, највећи број деце смештен је у установе које су на великој удаљености од њиховог првобитног места пребивалишта (односно породице и сродника уколико их дете има).

Један од круцијалних проблема који је поново у фокусу анализа, у Србији, је константно велика дужина боравка корисника у овим установама. Податак да 29% корисника у установама за смештај деце и младих са сметњама у развоју борави од 11 до 19 година, а 26% двадесет и више година, уз податак да је на нивоу укупног броја корисника превасходни разлог престанка смештаја смрт, отвара бројна питања о постојећим институционалним и ваниституционалним облицима подршке деци и младима са сметњама у развоју, али и особама који прерастају ову узрасну групу, а и даље бораве у установама овог типа.

Препоруке

- Развијати механизме саветодавне, психолошке и финансијске подршке примарној породици
- Унапређивати постојеће услуге становања уз подршку, дневних боравака и сл., и развијати нове програме или услуге који доприносе осамостаљивању и социјалном укључивању деце са сметњама у развоју
- Унапредити алтернативне облике збрињавања – породични смештај, тј. хранитељство деце са сметњама у развоју и даље развијати специјализовано хранитељство
- Развијати локалне услуге – услуге дневних боравака, становања уз подршку, подстицање самосталног живота и „малих кућних заједница“

- Обезбедити додатне едукације потребне професионалцима ангажованим у раду са децом са сметњама у развоју
- Развити систем контроле квалитета социјалних, здравствених и других услуга, кроз систем супервизије и мониторинга, програме едукације и професионалног напредовања пружалаца услуга
- Даље развијати систем евиденције и прикупљања одговарајућих података и индикатора о карактеристикама корисника, пружаоцима услуга, услугама и квалитету услуга.

Литература

1. Ајдуковић, М., (2004): „*Pristupi zbrinjavanju djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi u Europi*“, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska
2. Amity, (2011): *„Приручник за родитеље деце са сметњама у развоју“,* http://www.amity.yu.org/images/pdf/prirucnik_za_roditelje_dece_sa_smetnjama_u_razvoju
3. БЦИФ, (2011): „Priručnik za pružaoce socijalnih usluga za osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji“, http://www.bcif.org/docs/Socijalna_inkluzija/Prirucnik_za_pruzaoce_socijalnih_usluga.pdf
4. *„Билтен Велики Мали-Деинституционализација“*, (2010) http://www.velikimali.org/doc/Bilten%20VelikiMali%20I.pdf
5. Центар за права детета, (2009): „*Улога здравственог система у пружању подршке детету у ризику од институционализације и његовој породици*“, у оквиру пројекта „*Деци је место у породици“, Трансформација резиденцијалних установа за децу и развијање одрживих алтернатива, УНИЦЕФ и Министарство рада и социјалне политике*
6. COUNCIL OF EUROPE, (2010): „*Recommendation CM/Rec(2010)2 of the Committee of Ministers to member states on deinstitutionalisation and community living of children with disabilities“,* file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Desktop/ISTRAZIVANJE%20OSI%20DECA%20USTANOVE/cm%20rec%202010.htm
7. Годишњи извештаји о раду установа за смештај корисника за 2008., 2009. и 2010. годину
8. Gudbrandsson, B. (2003): *Children at risk and in care. Draft final report,* Strasbourg: Council of Europe.
9. Хелсиншки одбор за људска права, (2009): *„Људи на маргини 4“ Извештај о стању у социјалним установама за смештај деце и омладине ометене у менталном развоју односно за одрасле ометене у менталном развоју и душевно ометена лица“,* http://www.lls.rs/attachments/LjudiNaMargini-4.pdf
10. *“Montreal Declaration on Intellectual Disability*“, (2004), Monreal, Canada, http://www.mdri.org/mdri-web-2007/pdf/montrealdeclaration.pdf

11. Породични закон, Службени гласник, 18/2005-26, 72/2011-73 (др. закон)
12. „*Report by the commissioner for human rights Thomas Hammarberg on his visit to Serbia, 13 – 17 October 2008",* https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1417013
13. Sellick, C. (1998): *The use of institutional care for children across Europe*, *European Journal of Social Work 1(3):301-310.*
14. *Одлука о мрежи установа социјалне заштит*, Службени гласник, бр. 74/91, 55/92, 21/94, 4/96, 46/97, 53/97, 21/98, 31/98, 50/99, 42/02, 68/02, 91/02, 40/03, 42/03, 84/03, 100/03, 117/03, 120/04, 132/04, 36/05, 65/06, 106/06)
15. *Одлука о мрежи установа социјалне заштит,* Службени гласник, 12/08
16. *Стратегија развоја социјалне заштите* (2005), Службени гласник, 108/2005-21
17. *Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији,* (2005): Службени гласник, бр. 55/05 и 71/05
18. Три кључа за једнаке могућности, (2006): *Међународна конвенција о правима особа са инвалидитетом,* МРЗСП и УНДП
19. Tobis, D., (2000): „*Moving from residential institutions to community-based social services in Central and Eastern Europe and former Soviet Unio",.* Washington, D.C.: The World Bank.
20. UNICEF, (1997): *Children at risk in Central and Eastern Europe: Perils and promises.* Florence: UNICEF International Child Development Centre.
21. UNICEF, (2003): *Children in institutions: The beginning of the end?* Florence: UNICEF International Child Development Centre
22. *Закон о социјалној заштити*, (2011): Службени гласник, 24/2011-15`
23. *Закон о забрани дискриминације*, Службени гласник, 22/2009-3
24. *Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом*, Службени грасник
25. Жегарац, Н., (2010): „*Деца са сметњама у развоју у систему социјалне заштите*" у Митић, М (ур.), „*Деца са сметњама у развоју – потребе и подршка",* УНИЦЕФ, Београд, http://www.unicef.org/serbia/The_assessment_of_needs_of_chilidren_with_disability_Manual_for_professionals_SER.pdf
26. WHO, (2010): „*European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families",* Bucharest, Romania, http://www.euro.who.int/data/assets/pdffile/0015/121263/e94506.pdf

ИЗ ПРАКСЕ ЗА ПРАКСУ

Др Радмила Станковић Цинчић, неуропсихијатар,
КЦ Ниш, Клиника за психијатрију
Др Дејана Стевчић, психијатар,
КЦ Ниш, Клиника за психијатрију

ДЕПРЕСИЈА И ТРЕЋЕ ЖИВОТНО ДОБА

Резиме

Депресија у трећем животном добу је биопсихосоцијално условљена, и карактерише је блиска повезаност соматских и психијатријских симптома. Такође, може се рећи да је најчешћи облик депресије код старијих пацијената маскирана депресија која се испољава кроз мали број симптома, и утолико теже дијагностикује. У овом раду аутори истичу значај пажљиве опсервације геријатријских пацијената ради дијагностиковања депресије, са посебним нагласком на симптоме у трећем животном добу, неопходност мултидисциплинарног приступа у лечењу, комбиновањем фармакотерапије и различитих врста психотерапије, нарочито породичне терапије, и потребе блиске сарадње мултидисциплинарних тимова лекара опште праксе, неуропсихијатара, психолога, социјалних радника и средњег медицинског особља, као и потребе њихове едукације из области психогеријатрије.

Кључне речи: депресија, треће живтоно доба, биопсихосоцијалне основе депресије

*
* *

1. Треће животно доба

Старење је неминовна фаза у животу, позната као „треће животно доба“. Процес старења проучава геронтологија (герон = старац, логос =

наука). Геронтологија је интердисциплинарна наука јер је проблем старења врло сложен, док је геријатрија примењена наука о лечењу болести везаних за процес старења.

Када почиње треће доба? На то питање нема јединственог одговора, а постоје и велике индивидуалне разлике. Знакове старења примећује појединац сам, а и његова најближа околина. Понекад се испољавају као умор, губитак занимања за свакодневне активности, осећај индиферентности, до тежег облика апатије. Да ли су све то природни знаци старења, или се ради о депресији? То је веома значајно питање, јер на појаву ових промена могу утицати хроничне болести, као што су болести кардио-васкуларног система, респираторног система и локомотроног апарата, што све може утицати на појаву проблема код појединца. Такође, услови старења, да ли живе у породици или сами, да ли живе у граду или на селу, материјална сигурност, психофизичка кондиција, речју, психо-социјални услови живота – све то може утицати на појединца, а исто тако и начин исхране као и различите животне активности.

Промене које доноси процес старења као што су одлазак у пензију, функционална неспособност, повећани ризици од болести и инвалидности, финансијска завинсот, социјална искљученост, губитак блиских особа – све то резултира протребом старих људи за подршком породице, али и друштвене заједнице, као и организованим мерама локалне и друштвене заједнице кроз развој мрежа и начина за бригу о старијим особама. Зато су сва ова питања, која се тичу трећег доба, питања савременог друштва, где је акценат на продужењу живота, али и на побољшању квалитета живота. Неопходно је да постоји садржај, смисао и циљ (Вујатовић, 1983). „Старост је време кад живот добија нове духовне димензије и предности којих није било у младости. Отварају се шансе развоја и могућности остварења преоријентације радних активности. Активно, 'здраво' старење укључује прилагођавање новим околностима, новим сазнањима, и подразумева стално учење, развој и откривање предности старења и старости“ (Жганец и др. 2008:172).

Сматра се да треће доба почиње након 65. године живота, али званични демографски подаци за земље Европске уније и земље у окружењу показују да се границе живота померају и да се повећава учешће старог становништва у укупном становништву (Жганец и др., 2008). „Старији људи нису хомогена друштвена група, и не дожћивљавају себе као одвојену популацију, него су интегрални део заједнице у којој активним укључивањем живе, раде и стварају“ (Жганец и др. 2008:172). Међутим, повећање броја старијих особа у друштву сматра се демографским предиктором смањења квалитета живота, а хронолошко продужавање трајања живота значи да све више људи захтева неку врсту помоћи

у старијим годинама, било да би задовољили своје примарне потребе, било да би и у старости могли активно да живе, и дају допринос својој породици и широј заједници.

2. Депресија у старости

Депресија (Лат. *depressio* од *deprimere*, потиснути, притиснути, удубити, потлачити) је стара колико и човечанство. Убраја се не само у најраније описане болести у историји медицине, него и у најчешће психичке поремећаје данашњице. Са годинама старости, повећава се учесталост депресије, па по неким подацима, најмање трећина становника домова за старе има психичке тегобе, најчешће депресивне. Исто тако, стручњаци упозоравају да ће се продужењем животног века све више повећавати и ризици од депресије у старијој популацији. Већ данас, емпиријски подаци показују да 25% жена и 10% мушкараца затражи помоћ због депресије; 2000. године депресија је била на четвртом месту од 18 анализираних болести, а Светска здравствена организација предвиђа да ће до 2020. она бити на другом месту, одмах иза кардио-васкуларних болести (Муњижа, 2006).

2.1. Узроци депресије у старости

Нажалост, много је особа којима позне године нису баш срећне. Најчешћи проблеми су поремећено здравље, али и усамљеност, осећај непотребности и остављености, беспомоћност, и, свакако, страх од смрти. Наше друштво не чини довољно да помогне старијим особама да се не осећају одбачено и напуштено. Усамљеност, отуђеност, незадовољство одласком у пензију, губитак животног партнера, одлазак деце, смањење потреба и мотивације – све ово може довести до појаве депресије код старијих особа.

Како препознати депресију? Повремено јаче или слабије нерасположење среће се код свих људи. Разграничење нормалне туге, жалости и депресије, као емоционалног поремећаја, често је врло тешко. Код старих особа разлика између „нормалног“ и „патолошког“ може бити јако замагљена. Границе су често флуидне и почивају на субјективним критеријумима. Раније су се депресивни симптоми код старијих људи означавали термином „инволутивна меланхолија“ (код жена после 45. године, код мушкараца после 55. године).

Многе старије особе које пате од депресије показују евидентне знакове, често у виду физичких тегоба, али када се обрате свом лекару опште праксе често добију одговор: «А шта бисте ви хтели, па то је у вашим

годинама нормално!» Због оваквог одговора, лекар неће добити довољно информација и неће бити у стању да открије индикаторе депресије код старије особе. Зато је врло важно прецизно дефинисати депресију код старијих особа, као и симптоме који је прате.

2.2. Шта је депресија код старијих особа?

Код старијих особа често долази до промена у понашању које су последица опадања физичке снаге, здравља, брзине и могућности организма да се прилагођава променама и носи са стресним ситуацијама. Особе у позним годинама спорије су у обради информација и нешто мање успешне у решавању неких проблема. Ипак, могуће је препознати знаке депресије и разликовати их од осталих промена у понашању.

Депресија код старијих особа најчешће се не испољава кроз велики број симптома, већ само кроз један или два симптома. Међутим, иако малобројни они су первазивни, врло узнемирујући и врло патогени на плану субјективне патње, и често се испољавају соматски. Депресија код старијих особа узрокује већи број компликација, укључујући немогућност бриге за себе и властито здравље. Чешћи је развој психотичних симптома и број самоубистава. Старије особе често пате од депресије, а да њихова околина то и не примећује, јер они сами и не повезују своје тегобе са психичком болести, већ се најчешће жале на физичке сметње, попут проблема са варењем, главобоље, бола у згобовима, мишићима и крстима. Исцрпним прегледом и питањима о поремећеном спавању, губитку апетита, концентрације, памћења и сећања, као и о опсегу досадашњих активности сазнаје се да је у подлози сметњи депресија, која се правилном терапијом може лечити.

Стога би се депресија код старијих људи морала посматрати као биопсихосоциојалну болест, с којом би се требало ухватити у коштац на три нивоа – фармаколошком, психолошком и социјалном.

2.3. Дефиниција депресије

Већина људи током живота искуси жалосно расположење. Стресни догађаји, попут смрти у породици или финансијских проблема, могу бити повод за депресију, али се понекад она може јавити без икаквог јасног разлога. Расположење је унутрашње дубоко и трајно емоционално стање које даје тон и боју перцепцији, доживљају света и себе самог. „Расположење утиче на целокупна душевна збивања, вољни и нагонски живот, опажање, мишљење, свест, пажњу, памћење и психомоторику“ (Hotujac 2003: 4).

На депресију треба посумњати када се особа константно осећа нерасположено и тужно сваког дана у раздобљу од две недеље или дуже, и када је више ништа не може развеселити. Депресија се манифестује безвољношћу, равнодушношћу, константним умором, апатијом, губитком животне радости (анхедонијом), али у неким случајевима појачаном напетошћу, немиром и раздражљивошћу. Депресија може ометати основне телесне функције и обављање нормалних свакодневних животних активности (Муњижа 2006, 2008).

2.4. Биолошке и психосоцијалне основе болести

Биолошку основу депресије чини поремећај равнотеже неуротрансмитера -серотонина, норадреналина, допамина, ацетилхолина и других. „Депресија настаје услед промена у стварњу и разградњи појединих неуротрансмитера у мозгу, као и у броју и осетљивости њихових рецептора. На појаву депресије утичу различити функционлано повезани нетуротрансмитерски системи“ (Hotujac 2003: 8).

Међутим, важну улогу у појави депресије имају психосоцијалне околности живота, као што су стрес, или доживљај губитка, стварног или замишљеног. Зато се данас сматра да је депресија биопсихосоцијални поремећај, у коме улогу играју и урођене предиспозиције за појаву болести и животне околности .

2.5. Карактеристике депресије

Основне карактеристике ове болести су: снижено, депресивно расположење, губитак осећаја задовољства, губитак снаге и енергије, јављање осећаја неодређеног страха (анксиозности), осећај кривице, безперспективности, губитак воље за животом, размишљање о самоубиству и покушај самоубиства, промене мишљења, сна и апетита.

Међутим, треба разликовати две врсте симптома, типичне и честе. Типични симптоми су депресивно расположење, губитак интереса и задовољстава у уобичајеним активностима, смањена животна енергија у виду умора, и анхедонија (осећајна безосећајност). Чести симптоми су поремећен сан (тешкоће са уснивањем, рано буђење), сметње апетита (смањен или повећан), смањено самопоштовање и самопоуздање, идеје кривице, песимистичан поглед на будућност, идеје о самоубиству. Чести симптоми који су посебно значајни код старих особа обухватају и психомоторну успореност, успореност мишљења, говора и интонације, или, супротне симптоме – психомоторну узнемиреност, до агитације (кршење прстију, стискање шака, чупање косе). Још један симптом који се често среће код старијих депресивних пацијената је смањена концентрација и

пажња са сметњама памћења и упамћивања, које могу презентовати слику депресивне псеудодеменције.

2.6. Класификација депресивних епизода

Према МКБ-10 класификацији, треба разликовати четири типа депресивних епизода. *Блага депресивна епизода* (Ф32.0) има најмање четири симптома: најмање два типична и два друга, као и блажи поремећај социјалног функционисања. *Умерена депресивна епизода* (Ф 32.1) има најмање пет симптома: два типична и три друга симптома, као и блажи поремећај социјалног функционисања. *Тешка депресивна епизода без психотичних симптома* (Ф 32.2) има најмање седам симптома: три типична симптома и најмање четири друга, од којих су неки изузетно тешки. Уобичајено је присутна јача узнемиреност или успореност, а соматски синдром је уобичајено присутан. Социјалне и радне активности особе у тешкој депресивној епизоди су знатно ограничене. *Тешка депресивна епизода са психотичним симптомима* (Ф32.3) задовољава критеријуме за тешку депресивну епизоду без психотичних симптома уз присутне психотичне симптоме (суманутост, халуцинација или депресивни ступор).

Рекурентни депресивни поремећаји (Ф33) је блага епизода са или без соматских симптома; епизода умерене јачине са или без соматских симптома; тешка епизода без или са психотичним знацима; рекурентна епизода тренутно у ремисији; други и неспецификовани рекурентни депресивни поремећаји.

Перзистирајући поремећаји расположења (Ф34): циклотимија, дистимија, други и неспецификовани перзистентни поремећаји расположења.

2.7. Врсте депресије

Ендогена депресија је доминантно биолошког порекла, а могућим узроцима се сматрају генетска предиспозиција и поремећај адренергичког, серотонергичког, ацетилколинергичког, допаминергичког и габаергичког система у мозгу. Реактивна депресија јавља се као реакција на животне проблеме и стресне ситуације, као што су смрт блиске особе, развод брака, губитак – стварни или замишљени. *Психотична депресија* укључује халуцинације и сумануте депресивне идеје (пропасти, кривице, грешности, тешке телесне болести). *Примарна депресија* развија се без претходног психијатријског или другог соматског поремећаја, а *секундарана депресија* јавља се у склопу неке друге психијатријске или телесне болести. *Сезонска депресија* јавља се у јесен или зиму, а поправља се

у пролеће и лето. Поред сниженог расположења јавља се психомоторна успореност, појачан апетит и хиперсомнија. За а*типичну депресију* карактеристични су симптоми супротни онима у класичној депресији, дакле, јављају се прекомерно спавање (хиперсомнија), повећање апетита и пораст телесне тежине, осећај тежине и умора у рукама и ногама, а одговор у расположењу везан је за позитивне догађаје. *Двострука депресија* јавља се код пацијената који болују од дистимије, поремећаја расположења. „Депресивно расположење је хронично и дуготрајно и пацијент га прихвата као своје нормално расположење, сем у случајевима кад постоји дисфункционалност на породичном или пословном плану"(Hotujac 2003:15).

Маскирана депресија (ларвирана, скривена) разликује се од класичне, јер болесник није свестан свог депресивног расположења. Његово понашање одаје депресивно расположење, јер већи део дана проводи повучен од породице и пријатеља, са смањеним активностима у којима је раније налазио задовољство. Маскирана депресија испољава се телесним и вегетативним симптомима болести, и врло је честа код старијих особа.

2.8. Соматске болести и депресија код старих особа

Данас се у клиничкој пракси користе скрининг тестови за откривање прусуства психичких поремећаја код старих особа без видно присутних психијатријских симптома (Муњижа, 2008). Податак о присуству соматских тегоба је важан у процени психичког стања због тога што старе особе имају бољи увид у своје телесно него психичко стање.

Депресија се често јавља са неким телесним болестима, као што су: органска оштећења мозга различитих узрока (мождани удар, трауме главе, тумори мозга); неуролошке болести (Паркинсонова болест, мултипла склероза, темпоралне епилепсије); малигне болести (карциноми); ендокрине болести (шећерна болест и болест штитне жлезде); аутоимуне болести (реуматоидни артритис, системски лупус еритематодес); болести крвног система (леукемија, анемија); кардиоваскуларне болести (хипертензија, инфаркт миокарда, ангина пекторис); болести јетре и заразне болести (СИДА, хепатитис, инфективна мононуклеоза, вирусни хепатитис, ТБЦ); нутритивни поремећаји (мањак витамина Б12, Ц, фолати, ниацин).

Неки лекови такође могу изазвати депресију. Заправо, сваки лек који болесник узима може се сматрати потенцијалним узроком депресије. Лекови за лечење кардиоваскуларних, малигних и заразних болести, као и лекови са психоактивним деловањем и аналгетици могу бити узрок депресивних симптома. Код старијих особа, то нарочито могу бити

неки антихипертензиви и кардиотоници (пропранолол, алфаметилдопа, дигиталис), аналгетици, кортикостероиди, антипсихотици и антиепилептици, као и седативи.

3. Лечење депресије код старих особа

Депресија није пролазно нерасположење, то је болест која значајно нарушава свакодневни живот и мора се лечити. Заблуда је да ће депресија проћи сама од себе и да лечење није потребно. Депресија неће нестати променом околине. Код старијих особа, промена околине може чак погоршати депресију. Лечење депресије је дуготрајан процес. Процес излечења је ефикаснији ако је пацијент добро упознат са болешћу и укључен у програм лечења. Депресију морамо упознати да бисмо се лакше борили против ње. Депресија се лечи.

3.1. Терапија

Главни задатак психогеријатријске дијагностике је пажљива опсервација, да се пронађу промене у фунционисању на које можемо деловати различитим терапијским могућностима, односно да се нађу способности и капацитети који су неоштећени и могу послужити за компензацију оштећења узрокованих болешћу.

Лечење не обухвата само стару особу, него и њену ближу околину, породицу, дом пензионера и остале средине из којих старе особе са психогеријатријским поремећајима долазе и у коју ће се после лечења вратити. Овако широк третман могуће је остварити само уз помоћ мултипрофесионалног тима стручњака (лекари опште праксе, неуропсихијатри, психолози, терапеути, социјални радници, сестре-техничари и други) који морају бити континуирано едуковани из области геријатрије и психогеријатрије

Избор места лечења – хоспитал или ван хоспитала – зависи од клиничке слике и тежине симптома, ризика суицидалног понашања, процене социјалног функционисања, сарадње болесника у лечењу, присуства коморбидитетних болести, постојања подршке околине, искључења органског разлога депересије.

3.2. Фармакотерапија

Основу у лечењу депресивних поремећаја представљају лекови – антидепресиви. Они су темељ успешне борбе против депресије. Данас су на располагању бројне антидепресиве различитих механизама деловања. Циљ лечења није само отклањање симптома, него успостављање дуготрајног доброг стања и превенција нових депресивних епизода.

Међутим, код старих пацијената потребно је обратити посебну пажњу на избор антидепресива, из два разлога. Прво, треба имати на уму најчешћи коморбидитет о коме треба водити рачуна у току примене антидепресива, а то су астма, срчане болести, деменција, епилепсија, глауком, хипертензија, опструктивна уропатија, Паркинсонова болест. Друго, најчешћи разлог за неуспех терапије антидепресивима је недовољна доза лека или превремени прекид терапије. Најчешћи разлог за прекид су нуспојаве лекова или неинформисаност пацијената и њихових породица. Данас се сматра да пацијент мора да узима антидепресиве најмање годину дана, ако је реч о првој депресивној епизоди, а три до пет година ако се ради о поновљеној епизоди – некада и доживотно.

Оно што треба знати је да то није болест која се може брзо уклонити и да лекови не делују попут оних који се узимају за главобољу. Антидепресиви су лекови чије пуно дејство наступа после две, три, четири, а понекад и више недеља, и са тим треба упознати пацијента и породицу. Такође, треба објаснити да лекови могу изазвати одређене нуспојаве, које нису пријатне (сувоћа уста, опстипација или дијареја, осцилација крвног притиска, главобоља итд.), али да ће побољшање апетита и сна бити једни од првих знакова наступајућег опоравка.

3.3. Психотерапија

Психотерапија је код старијих окренута према ситуацији и проблему и захтева решења унутар већ утврђених личних оквира, без захтевнијих промена личности, односно сведена је на реалне оквире. Могу бити од користи сви видови психотерапије, посебно породична терапија, због очекивања старих особа од своје деце, и обрнуто. Ипак, не треба заборавити да најбољи резултат даје комбинација фармакотерапијских и психотерапијских мера.

3.4. Развојне перспективе у трећем животном добу

На крају, може се поставити питање – Да ли је треће животно доба заиста само период декаденције, када се умножавају проблеми и потребе, а без перспективе за развој као доживотни процес? Савремени геронтолози сматрају да треће доба нуди много могућих развојних перспектива и начина да се поправи квалитет живота. Муњижа (2008), на пример, наводи теорију «новог раста и развоја» по којој опадање броја родитељских улога код старијих особа отвара могућност да се они поново врате потенцијалним аспектима свога *Ја* који је можда био потиснут. На пример, жене типично постају активније и поузданије, и преузимају повећану одговорност у проширеној породици или друштвеној заједници,

а мушкарци постају пасивнији, емоционално зависни или више ангажовани духовним развојем. Теорија о интегритету его-а наспрам очајања (Ериксон) истиче да због јаче свести о смрти старији људи имају потребу да размотре и вреднују своја животна искуства. Ако прихвате свој животни циклус као нешто што је морало бити, имаће осећај интегритета, а не очајања у животу.

4. Закључак

Иво Андрић је писао у свом дневнику: „*Старост је свака тешка. Али могло би се рећи да сама по себи није ни лепа ни страшна, него онаква какву је ми сами припремимо пре него што наступи и како умемо да је дочекамо и понесемо кад се појави*“ (Вујатовић, 1983). Парола геронтолога је «Додати живот годинама», јер једно су године као мерна јединица времена, а друго је живот. У питању је садржај, смисао и циљ. Сваки период људског живота има свој садржај, смисао и циљ, има своју посебност.

Својим понашањем сваки човек може унапредити своје здравље или подстакнути болест. Активним учешћем у лечењу, пацијент из трећег животног доба може допринети свом излечењу. Терапија депресије код старих особа мора да стави нагласак на одржавање њиховог самопоштовања, организацију слободног времена и квалитетних садржаја, поправљање општег квалитета живота, и проналажење активности које старија особа може обављати у складу са својим способностима.

Дужност сваког хуманог друштва је да поштује и уважава старије особе, без обзира на њихово смањење снаге, и да им допусти да се осећају равноправним учесницима друштва. Треба подстицати и подржати сваку друштвену иницијативу која им омогућава да буду психофизички активни, при том да буду на корист друштву, преносећи млађим нараштајима своје знање и искуство, а за узврат да добију бригу која ће им омогућити мирну и срећну старост.

Литература

1. Жганец, Н., Русац, С. и Лаклија, М., (2008): *Трендови у скрби за особе старије животне доби у Републици Хрватској и у земљама Европске уније, Ревија социјалне полиике., год. 15, бр.* 2, стр. 171-188, Загреб
2. Вујатовић, А., (1983): *Саторст – медицински и психолошки вид*. Белешке са предавања. На: http://hrcak.srce.hr/file/56425

3. Муњижа, М.,(2006): *Јављање и раширеност депресивних поремећаја*. Предавање на семинару *Ментално здравље у примарној здравственој заштити,* Београд, одржано 19.маја 2006.
4. Муњижа, М.,(2008): Психијатријски синдроми у старијем животном добу. На: http://www.munjiza.com
5. Хотујац, Љ. ур., (2003)*: Живјети с депресијом*. Загреб: Плива

Живко Петровић, дипломирани психолог
Центар за породични смештај и усвојење Ниш
Michael P. Nichols & Richard C. Schwartz

ОСНОВЕ ПОРОДИЧНЕ ТЕРАПИЈЕ[1]

1. Почетак породичне терапије: основне технике

Изазов описивања основних техника породичне терапије је тај да сваки модел има свој начин на који делује. Рад на-проблем-усмерене терапије је веома различит од, на пример, Бовенове системске терапије. У ствари, постоје оправдане разлике у мишљењима о томе како управљати сваким аспектом третмана, почев од тога кога позвати на почетну сеансу, до тога када и како је окончати. Ипак, негде морате почети, те вам зато нудимо смернице које следе као почетни оквир за клиничку праксу[2].

Након нашег водича кроз фазе породичне терапије следе делови о процењивању породице и раду са посебним проблемима и популацијама. Разлог због којег смо одлучили да разматрамо процењивање након општих смерница за третман је тај што је процењивање сложена тема, која заслужује све више разматрања како терапеут стиче искуство.

[1] The Essentials of Family Therapy, Allyn &Bacon, Boston, 2001

[2] Свакако, нити једно правило или смерница нису универзално истинити или увек применљиви. Надамо се да ће вам ове сугестије бити од користи, али такође верујемо да ћете бирати и одабрати међу њима само оне за које нађете да су корисне.

2. Фазе породичне терапије

2.1. Почетни телефонски позив

Циљ иницијалног контакта је да се добије општи преглед изнесеног проблема и да се обезбеди да породица дође на саветовање. Слушајте како онај ко је позвао описује проблем, а онда идентификујте све чланове домаћинства као и оне који би могли бити умешани (укључујући и упутни орган и друге службе). Тада уговорите први интервју, одређујући ко ће присуствовати (обично сви чланови домаћинства), као и време и место.

Најмање компликовани позиви су они у којима се отворено тражи породична терапија, као што су када муж или жена тражи терапију у пару, или забринути родитељи који очекују да учествују у третману њиховог детета. У највећем броју случајева, међутим, људи који зову за помоћ размишљају о једној особи као „проблему“ и очекују да третман буде усредсређен на ту особу.

Иако постоје ствари које можете научити да их кажете како бисте изменили захтев за индивидуалну терапију у породични третман, најважнија ствар је везана за приступ (став). Најпре, схватите и поштујте да родитељ који жели да третирате његово дете индивидуално, или партнер који жели да разговара са вама насамо, има потпуно легитимно гледиште, чак и ако се деси да се то не подудара са вашим. Друго, уколико очекујете да се сретнете са целом породицом, истинита тврдња да је то начин на који ви радите, барем за прву сеансу, навешће многе породице да пристану на консултацију.

Када онај ко је звао износи проблем као проблем ограничен на једну особу, користан начин да се прошири фокус је да се пита како то утиче на остале чланове породице. Уколико се онај који зове супротставити идеји да се позове цела породица или каже да одређени члан неће да присуствује, реците да вам је потребно да чујете све чланове, барем у почетку, како бисте прикупили што је могуће више информација. Многи људи прихватају потребу да изнесу своје гледиште; оно чему се опиру је било каква импликација да су они ти које треба окривити за проблем или, у неким случајевима, чак и да су уопште укључени у проблем.

Када је дете идентификовани пацијент, родитељи могу бити вољни да присуствују, али ће нерадо довести сиблинге које не виде као део проблема. Попут „неумешаног мужа“ који је „исувише заузет“ да би могао да присуствује, несимптоматски браћа и сестре могу бити значајни у ширењу фокуса са грешака идентификованог пацијента на проблеме односа у породици.

Ширење фокуса, међутим, не значи и ширење кривице. Чланови породице често могу признати улогу у проблематичним породичним обрасцима уколико осете да терапеут не тражи коме ће да припише кривицу. Није неопходно да се сугерише да су сви умешани у проблем. Важно је да се сви придобију да раде заједно на решењу[3].

Коначно, пошто *највећи број* породица невољно седа заједно и суочава се са својим конфликтима, подсећање телефоном на долазак пре прве сеансе помаже да се смањи драматичност. Друга могућност, која ставља мало више одговорности на породицу, је да их се замоли да позову дан пре заказаног састанка и да потврде да ће свако бити у могућности да присуствује.

2.2. Први интервју

Циљ првог интервјуа је да изгради савез са породицом и да развије хипотезу о томе шта одржава изнети проблем. Добра је идеја да се постави пробна хипотеза (технички речено – „слутња") након иницијалног телефонског позива, а затим је тестирати у првом интервјуу (да би се избегло постављање омиљених теорија о породицама пацијента, гледање на њих у светлу својих властитих предрасуда, важно је остати отворен и за оповргавање, а не само потврђивање ваше почетне хипотезе). Ствар није у томе да се на брзину доносе закључци, већ да се почне активно размишљање.

Првенствени циљ консултације јесте да се успостави присност и прикупе информације. Представите се особи која вас је контактирала, а затим осталим одраслим особама домаћинства. Замолите родитеље да представе своју децу. Рукујте се и поздравите са сваким од присутних. Упознајте породицу са просторијом (нпр. двосмерна огледала, видео-снимање, играчке за децу) и са форматом сеансе (дужина и сврха). Поновите укратко (реченица или две) шта вам је онај што вас је позвао рекао преко телефона (да не бисте оставили остале да се питају), а затим тражите детаљно излагање. Чим сте чули и потврдили становиште једне

[3] Не сусрећу се сви терапеути рутински са целом породицом. Неки сматрају да имају више маневарског простора када се срећу са појединцима или подгрупама и затим постепено укључују остале. Други раде са „проблем-одређеним системом", само оним људима који су непосредно укључени. Док трећи покушавају да одреде ко су „купци" – заправо, они људи који изгледају најзабринутији. Уколико терапеут посумња у насиље или злоупотребу, индивидуалне сеансе могу омогућити члановима породице да открију оно о чему не би могли да говоре пред целом породицом. Оно што треба запамтити јесте да је породична терапија више начин гледања на ствари, него техника заснована на томе да се увек сусрећемо са целом породицом.

особе („Дакле, Ви кажете да је...“?), питајте сваког следећег члана породице за његово гледиште.

Док би највећи део сеансе требало да буде заузет расправом о главном проблему, овај проблем-центрирани фокус може да има обесхрабрујући ефекат. Зато време проведено у истраживању интересовања и постигнућа чланова породице никада није протраћено и понекада драматично мења емоционалну енергију сеансе.

У прикупљању података, неки терапеути сматрају корисним да узму породичну историју, а многи користе *генограм* да прикажу проширену породичну мрежу. Други верују да ће битне чињенице искрснути у природном следу догађаја и преферирају да се усредсређују на изнете бриге породице и околности које их окружују (зашто претраживати историју за одговором који само живи израз може дати?).

Породични терапеути развијају хипотезе о томе како чланови породице могу бити укључени у проблем тако што их питају *шта* су учинили како би пробали да га реше, и посматрају *начин* њихове интеракције. Идеје су подједнако важне као и акције: зато је корисно запазити објашњења проблема која нису од користи исто тако као и непродуктивну интеракцију.

Две врсте информација (*садржаја*) које су посебно важне су *решења која не функционишу* и *транзиције у животном циклусу*. Уколико све оно што је породица чинила да разреши своје тешкоће није уродило плодом, онда може бити да су ти покушаји део проблема. Типичан пример могу бити преукључени родитељи који покушавају да помогну стидљивом детету да се спријатељи тако што проводе много времена наговарајући га и критикујући га. Понекад чланови породице кажу да су „покушали све“ како би решили проблеме. Њихов проблем може бити неконзистентност. Они су покушали све, али су одустали пребрзо.

Упркос природној тенденцији усмеравања на проблеме и оно што их проузрокује, породичне снаге, а не њене слабости, су најважније у успешној терапији. Због тога терапеут треба да трага за резилијентношћу (Walcx, 1998). Шта су ови људи чинили добро? Како су они успешно превазилазили тешкоће у прошлости? Како би будућност која улива наду изгледала? Чак и најобесхрабреније породице су имале тренутке када су биле успешне, па иако су те позитивне епизоде можда замагљене фрустрацијом коју осећају због садашњих тешкоћа.

Иако није увек очигледно (поготово њима), већина породица тражи третман због тога што нису успели да се прилагоде променљивим околностима. Уколико муж или жена развију проблеме у року од неколико месеци након рођења детета, то може бити зато што се нису успешно пребацили од тога да буду један од двоје на то да буду један од троје.

Млада мајка може бити депримирана због тога што нема довољно подршке у задовољавању потреба бебе. Млади отац може бити љубоморан због времена и пажње којом његова супруга сада обасипа бебу, а може бити и повређен зато што она изгледа исувише уморна да би желела да има било шта с њим.

Иако напор чувања нове бебе изгледа очигледан, били бисте зачуђени тиме како често су младе депресивне мајке третиране као да нешто није у реду с њима – „нерешене потребе овисности“ можда, или можда Прозаков недостатак. Исто важи и када породице развију проблеме у време када дете полази у школу или постане адолесцент или код било које развојне промене. Транзициони захтеви по породицу су очигледни, *ако* размишљате о њима.

Млади породични терапеут можда нема личног искуства са неким од транзиција с којима се боре њихови клијенти. Када је ово случај, то наглашава потребу да терапеут буде радознао и да поштује невољу у којој се породица нашла, а не да на брзину доноси закључке о стварима о којима није довољно информисан.

Породични терапеут истражује *процес* породичне интеракције постављајући питања како би дошао до тога како се чланови породице односе једни према другима, или, позивајући их да дискутују о својим проблемима у сеанси. Прва стратегија, испитивање „процеса“ или „циркуларна“ питања су омиљени од Бовенијанаца и системских терапеута, а друга од структуралних терапеута. У оба случаја, кључно питање за терапеута јесте: Шта задржава породицу у застоју? Које силе их држе далеко од прилагођавања притисцима развоја и промене? Шта то интерферира са њиховим природним способностима за решавање проблема?

Када су се већ срели са породицом, сазнали о проблему који их доводи на третман, учинили напор да схвате породични контекст и формулисали претпоставку о томе шта треба да се учини како би се разрешио проблем, требало би да терапеут да препоруку породици. Ова препорука може садржати консултовање другог професионалца (експерта за тешкоће у учењу, лекара, правника) или чак сугерисање да породици није потребан третман или да за њега нису спремни. Свакако, најчешће ће препорука бити да се отпочне породична терапија. Иако многи терапеути покушавају да дају ову препоруку на крају првог интервјуа, ово може бити пренагљено. Уколико су потребна два интервјуа да би се формирала веза са породицом, разумела њихова ситуација и да бисте открили да ли можете радити са њима, онда препоруку дајте на крају другог интервјуа.

Уколико сматрате да можете помоћи породици да реши проблем, понудите им терапијски уговор (уговор о третману). Потврдите разлог због којег су дошли, реците да је то била добра идеја, и реците да мислите да

им можете помоћи. Затим, преговарајте о редовном времену састајања, учесталости и дужини сеанси, ко ће присуствовати, присуство посматрача или коришћење видеа, цену и како могу искористити здравствено осигурање. Запамтите да породични отпор не нестаје магично након прве (или четрнаесте) сеансе: зато нагласите важност тога да се сеансе редовно одржавају и потребу да сви присуствују. Коначно, не заборавите да нагласите породичне циљеве и снаге које сте код њих приметили.

2.2.а Списак провере за прву сеансу

1. Контактирајте са сваким од чланова породице и прихватите његов или њен поглед на проблем и осећања у вези доласка на терапију.
2. Успоставите вођство контролишући структуру и ритам интервјуа.
3. Успоставите радни савез са породицом балансирајући топлину и професионализам.
4. Хвалите чланове породице за одређене позитивне акције и породичне снаге.
5. Одржавајте емпатију са појединцима и поштовање за начине на које породица чини ствари.
6. Фокусирајте се на специфичне проблеме и покушана решења.
7. Развијте хипотезу о некорисним интеракцијама око изнетог проблема. Будите радознали због чега су оне упорно присутне.
8. Немојте превидети могућу умешаност чланова породице, пријатеља или помагача који нису присутни.
9. Преговарајте терапијски уговор који признаје породичне циљеве и одређује терапеутов радни оквир за структурирање третмана.
10. Дозволите им да постављају питања.

2.3. Рана фаза третмана

Рана фаза третмана је посвећена преради терапеутове хипотезе у формулацију о томе шта одржава проблем и почетку рада на разрешењу. Сада се стратегија помера са изградње савеза на изазивање акција и претпоставке. Многи терапеути су у стању да схвате *шта* треба да се мења. Оно што издваја добре терапеуте јесте њихова воља да „погурају“ да би до ових промена дошло.

„Гурање за промену“ може сугерисати конфронтирајући стил, као онај, рецимо, Салвадора Минучина. Али, оно што је потребно да би се по-

могло људима да ризикују промену није било који посебан начин рада: пре би се рекло да је то бескомпромисна посвећеност помагању да ствари буду боље. Ова посвећеност је видљива у упорним питањима о причама везаним за проблем код Мајкла Вајта, у мирном инсистирању да чланови породице престану да окривљују један другог и почну да траже своје сопствене реакције код Фила Герина, као и у упорном инсистирању да насилни људи треба да преузму одговорност за своје понашање код Вирџиније Голднер.

Без обзира који модел пратили, успешни терапеути деле упорност у својој потери за променом. Ово не значи само оданост, посвећеност или остајање уз породицу. То значи бити вољан да се интервенише, понекада енергично. Неки терапеути радије избегавају конфронтацију и налазе да је много ефективније да користе благу али упорну истрајност. Свеједно, без обзира на то да ли раде директно (и понекада користе конфронтацију) или индиректно (и избегавају је) добри терапеути су финишери. Стратегије и технике могу да се разликују, али оно што издваја најбоље терапеуте је њихова лична посвећеност да учине све што је потребно како би видели породице да долазе до успешног решења њихових проблема.

Успешна породична терапија се обраћа интерперсоналном конфликту и први корак (посебно у структуралној породичној терапији) јесте да се он доведе у собу за терапију. Често, ово није проблем. Парови у конфликту или родитељи у завади са својом децом обично одмах говоре о својим неслагањима. Уколико је породица дошла само због тога што их је неко послао (суд, школа, центар за социјални рад), терапеут почиње повезивањем породичног проблема са овим спољним службама. Како породица мора да се промени да би разрешила свој конфликт са овим службама? Како породица мора да се промени да њени чланови не би били у невољи?

Када је једна особа приказана као проблем, терапеут испитује односе, питајући друге како су они укључени (или како на њих то утиче). Која је била њихова улога у стварању (или руковођењу) проблема? Како су они на њега одговорили? На пример: „Малик је проблем. Он је непослушан“. „Како он пролази с тим“? или „Како ви реагујете када је он непослушан“?

Мање конфронтативани терапеути могу питати: „Када то примећујете“? „Шта он то чини да изгледа непослушан“? „Како ова непослушност утиче на вас“?

Или: „Ја сам у питању. Ја сам депресивна“. „Ко у породици доприноси вашој депресији“? „Нико“. „Онда, ко вам помаже да савладате вашу депресију“?

Ови изазови могу бити набусити или благи, зависно од терапеутовог преферираног стила и састава породице. Ствар није у томе да се кри-

вица пребаци са једне особе (непослушног детета) на другу (родитеља који не дисциплинује успешно), већ да се прошири проблем на проблем интеракције. Можда је мајка исувише попустљива с Маликом пошто сматра да је отац исувише строг, а поврх тога може бити преинвестирана у дечака због емоционалне дистанце у браку.

Најбољи начин да се изазову интеракције које нису од помоћи јесте да се истакну обрасци који људе држе у ћорсокаку. Корисна формула за ово је: „Што више ви чините X, то он више чини Y – и што више ви чините Y, то више она чини X“. (За X и Y, покушајте замену са зановетање и повлачење, или кажњавање и вређање.) Узгред, када терапеут укаже на то шта људи раде, а што није ефикасно, тактичка грешка је рећи им тада шта *би требало* да раде. Једном када терапеут скрене са истицања нечега на давање савета, пажња породице се пребацује са њиховог властитог понашања на терапеутово и његов савет.

Терапеут: „Када занемарујете приговоре Ваше жене, она се осећа повређена и љута. Можда ви нисте у стању да прихватите љутњу, али она се не осећа подржаном“.

Клијент: „Шта би требало да радим“?

Терапеут: „Не знам, питајте своју жену“.

Одбијање давања сугестија, поготово када су тражене, ствара напетост, напетост чија је сврха да охрабри чланове породице да открију своју властиту сналажљивост. Алтернатива усмерена на решење да се изазову акције које нису од користи је да се пита о успешним напорима и затим да се охрабрује на још више таквих покушаја.

Иако породични терапеути понекада изазивају закључке и акције, они настављају да слушају тачке гледишта и осећања чланова породице. Слушање је тиха активност, понекада ретка, чак и међу терапеутима. Чланови породице не слушају један другога дуго а да не почну да се бране или реагују. На несрећу, терапеути не слушају увек, поготово када једва чекају да ускоче са неслагањем или давањем савета. Али запамтите да људи нису вољни да поново размотре своје ставове док не буду саслушани и схваћени.

Домаћи задаци могу бити коришћени да провере флексибилност (једноставно, уколико су одрадили задатак, то представља меру спремности на промену), да учине чланове породице свеснијма њихове улоге у проблемима (рећи људима само да нешто уоче, без обавезе да пробају да то измене, је веома инструктивно) и да сугеришу нове начине међусобних односа.

Типични домаћи задаци укључују сугерисање да преукључени родитељи унајме бебиситерку и изађу заједно, навођење свађалачких партнера да наизменично говоре о својим осећањима док други само слу-

ша без да ишта каже (али уочава тенденције да постане реактиван), и задавање зависним члановима породице да проводе време сами (или с неким ван породице) и чине више ствари за себе. Домаћи задаци који ће вероватно да изазову конфликт, као што је преговарање с тинејџерима о правилима у кући, треба да буду избегавани. Сложене расправе треба да буду сачуване за време када терапеут може да делује као арбитар.

2.3.а Списак провере за рану фазу третмана

1. Идентификујте главне конфликте и доведите их у просторију за саветовање.
2. Развијте хипотезу и прерадите је у формулацију о томе шта породица чини да одржи или не успе да реши свој проблем. Формулације треба да разматрају процес и структуру, породична правила, троуглове и границе.
3. Задржите фокус третмана на примарне проблеме и интерперсоналне услове који их подржавају.
4. Користите домаће задатке како бисте обухватили и проблеме и услове који их подржавају у позадини.
5. Изазовите чланове породице да виде своје личне улоге у проблемима који их муче.
6. Гурните у промену, у сеанси и између сеанси код куће.
7. Потражите и ефикасно искористите супервизију да бисте проверили валидност формулација и успешност интервенција.

2.4. Средња фаза третмана

Када је терапија све друго само не кратка и на-проблем-усмерена, већина средње фазе је посвећена помагању члановима породице да се изразе и постигну међусобно разумевање. Уколико терапеут игра исувише активну улогу у овом процесу – филтрирајући све разговоре кроз себе – чланови породице неће научити како да се носе једни са другима и наставиће да успевају једино док су на терапији. Због тога, у средњој фази, терапеут узима мање активну улогу и охрабрује чланове породице на већу међусобну интеракцију. Како они у томе напредују, терапеут се повлачи и посматра процес. Како дијалог заглибљује, терапеут или указује на то шта је кренуло лоше или их једноставно охрабрује да наставе са разговором – али са мање прекидања и критицизма.

Када чланови породице говоре о свом конфликту непосредно, они имају тенденцију да постану анксиозни и реактивни. Анксиозност је непријатељ слушања. Неки терапеути (Бовенијанци, на пример) контролишу анксиозност тако што се чланови породице обраћају само терапеуту.

Други рађе препуштају члановима породице да се носе са својом анксиозношћу тако што им помажу да науче да разговарају један са другим мање одбрамбено (говорећи како се осећају и слушајући и прихватајући оно што други каже). Ипак, чак и терапеути који примарно раде са породичним дијалогом имају потребу да се умешају када анксиозност ескалира и разговори постану одбрамбени и деструктивни.

Према томе, у средњој фази третмана терапеут узима мање директивну улогу и охрабрује чланове породице да почну да се ослањају на своје личне снаге. Ниво анксиозности је регулисан алтернативним обраћањем чланова породице једних другима или терапеуту. У сваком случају, терапеут охрабрује чланове породице да превазиђу оптуживање, да говоре директно о томе шта осећају и шта желе – и да науче да виде свој удео у непродуктивним обрасцима интеракције.

2.4.а Списак провере за средњу фазу

1. Користите интензитет да изазовете чланове породице (или довитљивост да заобиђете отпор, или емпатију да зађете испод одбрамбености).
2. Избегавајте да будете превише директивни и контролишући, како не бисте члановима породице отежали да науче како да побољшају своје међусобне односе.
3. Негујте индивидуалну одговорност и узајамно разумевање.
4. Обезбедите да напори да се побољшају односи имају позитиван ефекат на изнете жалбе.
5. Чак и ако се сретнете са субгрупама, не губите из вида целокупну слику породице, и не занемарујте било којег појединца или однос – поготово оне „тешке“, које бисмо тако радо да избегнемо.
6. Редовно преиспитујте ситуацију. Да ли је терапија заглавила на платоу? Да ли су сеансе попримиле истоветност и предвидљивост? Да ли је терапеут преузео исувише активну улогу бирајући о чему ће да се говори? Да ли су терапеут и породица развили социјални однос који је постао важнији него разговор о сукобима? Да ли је терапеут преузео сталну улогу у породици (емпатичког слушаоца супружника или чврсте родитељске фигуре деци), замењујући недостајућу фигуру у породици (супружници не слушају један другога, родитељи не негују или не контролишу своју властиту децу)? Када се терапеути нађу увучени у активан одговор на потребе чланова породице, они треба да се запитају ко би у породици требало да узме ту улогу и затим да охрабре ту особу да то и учини.

2.5. Завршетак

За терапеуте који раде кратку терапију, завршетак долази чим се разреши изнесени проблем. За психоаналитичке терапеуте, терапија је дугорочни процес учења и може трајати годину или две или дуже. За већину терапеута, завршетак долази негде између ове две крајности и има везе и са осећањем породице да су добили оно због чега су дошли и осећањем терапеута да је третман достигао тачку умањења ефеката. Индиција да је можда дошло време завршетку је када породица дође и нема о чему да говори осим да ћаска (под претпоставком, свакако, да тиме не избегавају конфликт).

У индивидуалној терапији, где је однос са терапеутом често примарно средство промене, завршетак се усредсређује на поновно разматрање односа и казивање збогом. У породичној терапији усредсређеност је више на томе шта породица ради. Завршетак је због тога погодно време да се прегледа и учврсти оно што су научили. Иако су неки стратешки терапеути задовољни тиме да изазову промену, без да су убеђени да је породица то разумела, већина породичних терапија има одређену образовну функцију, тако да је завршетак време да се осигура да је породица научила нешто о томе како да се слаже и настави даље.

Може бити од помоћи да се затражи од породице да предвиди надолазеће изазове који могу проузроковати неуспехе и дискутовати с њима како ће поступати с тим тешкоћама. Питање: „Како ћете знати када ствари крену уназад и шта ћете учинити“? је корисно у том смислу. Породице можете и подсетити да њихова садашња хармонија може бити одржана унедоглед и да људи имају тенденцију да превише бурно реагују на први знак рецидива, што може бити окидач зачараног круга. Да парафразирамо Грка Зорбу, живот *је* невоља. Бити жив значи суочити се са тешкоћама. Прави испит јесте како се носите са њима.

Коначно, иако у терапијском послу нити једна вест обично није добра вест, може бити добра идеја да се провери како је породица неколико недеља након завршетка. Ово се може учинити писмом, телефонским позивом или кратком накнадном сеансом. Породица ће ценити терапеутово интересовање, а терапеут ће осетити да је дошло до закључења. Потребно је да терапијски однос буде донекле вештачки или барем уздржан. Али, не постоји разлог да се учини мање хуманим – или да се породице забораве када једном завршите с њима.

2.5.а Завршна листа провере

1. Да ли је представљени проблем побољшан?
2. Да ли је породица задовољна тиме што је добила или је заинтересована да настави да учи о себи и побољша своје односе?
3. Да ли је породица схватила шта су то чинили што није функционисало и како да избегну поновно појављивање сличних проблема у будућности?
4. Да ли је мање враћање проблема одраз мањка одлучности, неког позадинског динамизма или просто значи да породица мора да се прилагоди да функционише без терапеута?
5. Да ли су чланови породице развили и побољшали односе ван тренутног породичног контекста као и у њему.

3. Процена породице

Породични терапеути се веома разликују по степену до којег доносе формалне процене. Бовенови системски терапеути раде трогенерацијске генограме пре почетка третмана, психоаналитичари почињу узимањем детељних историја личности, а бихејвиорални терапеути рутински користе лепезу упитника и листа провере како би прибавили основне податке о паровима и породицама. На другој страни крајности, структурални, нарешење-усмерени и наративни терапеути мало чине на плану формалних евалуација. Али, без обзира на њихов званичан приступ процени, већина терапеута проводи премало времена у пажљивим евалуацијама пре но што се упусте у третман.

Радије него да прикажемо исцрпно упоређење разних процедура процене, ми ћемо уместо тога описати неке од димензија породичног и индивидуалног функционисања које би терапеути требало да размотре пре но што крену путем третмана. Овај преглед је направљен пре да би био илустративан него свеобухватан; због тога вероватно ћете се досетити барем једног или два важна проблема које смо занемарили да поменемо.

У описивању неких од главних тема које би требало да буду размотрене у процењивању породица за третман, немамо намеру да сугеришемо да клиничари треба увек формално да испитују сваку од ових области. У ствари, наша намера је била да опишемо неке од разноврсних проблема које терапеути треба да разумеју у основи и буду их свесни. Одлуку да се дубље копа по било којој од ових области терапеути морају да донесу када сматрају да је потребно. Размотрите, као контраст, како се спроводе стандардни психијатријски интервјуи. Студенти медицине често су подучавани да рутински питају да ли пацијент чује гласове или је ли раз-

мишљао у самоубиству. Док је ово можда значајно за људе који изгледају поремећени или депресивни, оваква питања могу бити доживљена као крајње непримерена од некога ко се жали на благу анксиозност. На исти начин, иако може бити катастрофално кренути у терапију пара без знања да је један од партнера овисник о кокаину, није неопходно питати свакога ко уђе у вашу канцеларију да ли он или она пуше крек.

3.1. Изношење проблема

Може изгледати очигледно да прва брига треба да буде изнесена жалба. Ипак вреди нагласити да испитивање изнетог проблема треба да буде и детаљно и емпатско. Неки терапеути, истог минута када чују да је породични проблем, рецимо, неприлагођено понашање или лоше комуникације, спремно скачу у акцију. Њихова обука их је припремила да раде са децом која имају неприлагођено понашање или проблеме комуникације, и они једва чекају да крену. Они знају шта треба да се учини. Ипак, пре него што крену, требало би да схвате да *немају* посла са „децом с неприлагођеним понашањем“ или „комуникационим проблемима"; они имају посла са одређеним степеном једне од ове две тешкоће.

Истраживање изнетог проблема започиње једноставно слушањем породичног објашњења, њиховим речима. Сваки члан породице треба да има прилику да изрази своју перспективу – и обоје, и њихови описи и њихова осећања треба да буду прихваћени. Овај отворени упитник треба да буде праћен специфичним, детаљним питањима како би се сазнало више о природи проблема. Уколико се дете неприлагођено понаша, шта то тачно чини? Колико често? Под којим околностима? Да ли се неприлагођено понаша код куће или у школи, или на оба места?

Следећа ствар коју треба истражити јесу покушаји породице да реши проблем. Шта су покушали? Шта је било од помоћи? Шта није? Да ли је неко други, осим присутних, био укључен у покушаје да се помогне (или омете) породица у суочавању са њеним тешкоћама?

3.2. Разумевање упута

Почевши од иницијалног телефонског позива, преко прве сеансе, важно је да разумете ко је упутио ваше клијенте и зашто. Каква су била њихова очекивања? Каква очекивања су они пренели породици?

У многим случајевима процес упућивања је рутина и није од великог значаја. Ипак, важно је знати да ли је учешће породице добровољно или принудно, да ли сви, или само неки од њих, препознају потребу за третманом, и да ли ће друге службе имати неку врсту континуираног укључења у случај.

Када индивидуални терапеути упућују породицу, они обично имају на уму одређени програм рада. Саветник једног студента је једном упутио њега и његову породицу на третман. Испало је да је млади човек открио потиснуто сећање на сексуалну злоупотребу и претпоставио да је то морао бити његов отац, а породични терапеут је некако требало да буде медијатор између младог човека, који није могао да замисли ко би други могао да буде одговоран за овај магловито запамћени инцидент, и његових родитеља, који су апсолутно порицали да се било шта слично икада догодило. Да ли је индивидуални терапеут очекивао конфронтацију, признање, покајање? Неку врсту испреговараног споразума? Најбоље је да се утврди.

Такође је важно да се сазна да ли су клијенти били негде другде на третману. Уколико јесу, шта се десило? Која очекивања или изворе отпора је претходна терапија створила? Још је важније да се открије да ли је неко у породици тренутно на третману. Мало је ствари које могу да доведу напредовање у пат позицију као што то могу два терапеута који вуку на супротне стране.

3.3. Препознавање системског контекста

Без обзира на то кога терапеут изабере да с њим ради, императив је да се јасно разуме интерперсонални контекст проблема. Ко је све у породици? Да ли значајне фигуре за опстајање проблема не присуствују? Момак с којим станује? Деда или баба који живе у суседном стану? Да ли су друге социјалне службе укључене у породицу? Каква је природа њиховог дејства? Да ли их породица види као помажуће?

Запамтите да је породична терапија приступ људима у контексту. Најрелевантнији контекст може бити непосредна породица. Али, породице не егзистирају у вакууму. Систем такође укључује и ванпородични контекст. Може бити значајно срести се са наставницима и саветницима детета које се неприлагођено понаша у школи да би се сазнало шта се дешава. Понекада, нуклеарна породица можда и није најважнији контекст проблема неке особе. Понекада, на пример, депресија студента има више везе с тим што се дешава у учионици или спаваоници него с оним што се дешава код куће.

3.4. Фаза животног циклуса

Породични контекст има, поред интерперсоналне, и временску димензију. Већина породица не долази на третман због тога што нешто суштински није у реду са њима, већ због тога што су застали у транзицијама животног циклуса. Некада је ово одмах видљиво. Родитељи се

могу жалити, на пример, да не знају шта је то ушло у Џени. Била је тако добра девојчица, али сада када има четрнаест година, постала је мрзовољна и свађалачки настројена. (Један разлог зашто је родитељство увек аматерски спорт је тај што таман када родитељи помисле да га „имају“, деца мало одрасту и баце им цео нови комплет фелшева). Адолесценција је тај степен у животном циклусу породице када млади родитељи треба да одрасту и опусте свој захват на деци.

Понекада није сасвим очигледно да породица има проблем да се прилагоди новој фази животног циклуса. Парови који се венчају, након што су годинама живели заједно, можда нису предвидели да брак може да усковитла бројна несвесна очекивања која се односе на то шта значи бити породица. Нису усамљени они парови који су се изненадили када су открили да њихов љубавни живот нагло опада након што су везали чвор. У друго време, значајне промене у животном циклусу се јављају у генерацији родитеља, а ви не сазнате увек о овим утицајима – осим ако не питате.

3.5. Породична структура

Најједноставнији системски контекст проблема је интеракциони процес између две стране. Она гуњђа и он се повлачи; рестриктивна родитељска контрола изазива побуну адолесцента и супротно. Понекада, ипак, дијадна перспектива не обухвата целу слику.

Породични проблеми постају укопани зато што су уграђени у снажне, али невидљиве структуре. Без обзира на то који приступ терапеут користи, мудро је сазнати понешто о породичној *структури*. Какво је актуелно функционисање *субсистема* и каква је природа *граница* између њих? Каква је природа границе око пара или породице? Који троуглови су присутни?

Ко игра које улоге у породици? Јесу ли ови појединци и субсистеми заштићени границама које им дозвољавају да делају без неприкладног мешања – али са приступом љубави и подршци?

И овде, такође, постоји временска димензија. Уколико се жена врати на посао након година проведених код куће са децом, родитељски субсистем је изазван да се мења од комплементарног на симетрични облик.

3.6. Комуникација

Иако неки парови још увек долазе на терапију говорећи да имају „комуникационе проблеме“ (што обично значи да један партнер неће да ради оно што други жели), рад на комуникацији је постао нешто као кли-

ше у породичној терапији. Зато што је комуникација средство односа, сви терапеути се баве комуникациом. Али, разјашњавање комуникације ретко је довољно да се реше породични проблеми.

Иако конфликт не нестаје чаролијом када чланови породице почну да слушају једни друге, није вероватно да ће се конфликти решити *пре* него што људи почну да слушају једни друге (Nichols, 1995). Уколико, након једне или две сеансе и терапеутовог „охрабривања", изгледа да чланови породице и даље нису у могућности да слушају једни друге, терапија кроз разговор ће бити као вођење битке узбрдо.

Друга ствар коју треба нагласити у вези слушања спада под категорију „шта је добро за гуску, добро је и за гусана". Терапеути који охрабрују чланове породице да слушају једни друге, не упражњавају увек оно о чему проповедају. Члан породице ће почети да протестује или објашњава, а терапеут ће прекинути ту особу како би је усмерио да слуша мишљење неког другог. Особа која је прекинута можда ће безвољно слушати, али већина људи није стварно заинтересована да чује шта било ко други има да каже док се најпре они не осете саслушани и схваћени.

Чланови породице који уче да слушају једни друге са разумевањем, често открију да немају потребе да мењају једни друге (Jachobson & Chrinstensen, 1996). Многи проблеми могу бити решени, али проблем живљења са другим људима који не виде увек ствари како их ви видите није један од њих.

3.7. Злоупотреба дроге и алкохола

Иако можда није неопходно да питате сваког клијента о коришћењу дроге и алкохола, веома је важно да испитате пажљиво да ли постоји било каква сумња да ово може бити проблем. Немојте бити сувише љубазни. Упућујте директна и специфична питања. Уколико изгледа да члан породице која тражи породичну или терапију пара злоупотребљава дроге или алкохол, размислите двапут о претпоставци да ће терапија разговором бити одговор на проблеме породице.

3.8. Насиље у породици и сексуално злостављање

Уколико постоји било какав наговештај о насиљу у породици или сексуалном злостављању, клиничар треба да обрати пажњу на то. Процес испитивања може почети док су присутни сви чланови породице, али када постоји снажна сумња на злостављање или занемаривање, може бити мудро да се састанете са члановима породице појединачно како би им дозволили да говоре отвореније. Иако има места неслагању по питању корисности здруженог приступа у случајевима благог насиља у породи-

ци, као што је шамарање или гурање, веома је значајно размотрити да ли ће неизбежан стрес заједничке сеансе са паром изложити жену већој опасности од одмазде њеног незадовољног партнера.

Многе државе (државе САД – оп. прев.) захтевају од професионалаца да пријаве било какву сумњу на злоупотребу детета. Било који клиничар који размишља да не пријави сумњу на злоупотребу детета засновану на његовој клиничкој процени, треба да размисли и о последицама ове омашке да то пријави, о којој ће се сазнати уколико неко други пријави случај. То се зове – губитак лиценце.

3.8. Ванбрачне везе

Откриће љубавне афере је криза која ће погодити многе, ако не и већину парова у неком периоду њиховог односа. Неверство је уобичајена ствар, али је ипак криза. Оно може разорити брак. Ванбрачне везе које не укључују сексуалну интимност, иако мање очигледне, могу саботирати третман уколико се један или оба партнера редовно окрећу трећој страни да би одрадили ствари које треба да буду одрађене у пару. (Индиција да је однос део троугла јесте тај да се о њему не говори отворено). Треће стране које су тобоже од помоћи могу бити чланови породице, пријатељи и терапеути.

Једном је један пар дошао на терапију, жалећи се да је нестало интимности у њиховом односу. То није било толико ствар конфликта, већ да једноставно више нису проводили време заједно. Након неколико недеља спорог напредовања, жена је открила да је одлазила код индивидуалног терапеута. Када је упитана зашто, одговорила је да је имала потребу да разговара с неким.

3.9. Пол

Непрепознате полне неравноправности доприносе породичним проблемима на разне начине. Женино незадовољство може имати дубље корене него породични проблеми у жижи. Мужевљева невољност да се више укључи у породицу подједнако може бити и производ културних очекивања као награда за постигнуће у каријери, али и резултат неког недостатка у његовој личности.

Сваки терапеут мора да се довије како да балансира између екстрема наивног игнорисања постојања полне неравноправности и наметања личне тачке гледишта клијентима. Није, међутим, разумно претпоставити да оба партнера улазе у брак са једнаким снагама или да је комплементарност између супружника једини динамизам који ради у њиховом односу.

Сукоб око полних очекивања, било да се о њему говори непосредно или не, довео је до великих обрта у културним очекивањима у последњих неколико година. Да ли се још увек сматра да је женина обавеза да прати мужевљеву каријеру, селећи се кадагод и гдегод је потребно због његовог напредовања, без обзира како је то утицало на њене (или дечије) интересе? Да ли је још увек истина да се од жена очекује да буду примарни (што је често еуфемизам за једини) неговатељи беба и деце?

Без обзира на терапеутове вредности, да ли су полне улоге које је пар успоставио функционалне за њих. Или, да ли изгледа да су неразрешене разлике, сукоби или забуне извор стреса? Можда је најкорисније питање које треба поставити у вези неједнакости полова: „Како свако од партнера доживљава правичност узимања и давања у односу“?

3.10. Културни чиниоци[4]

У процењивању породица за третман, терапеут треба да размотри и поштује јединствену субкултуру из које породица потиче (McGoldrick, Giordano & Pearce, 1966) као и ефекте неоспорних утицаја из шире културе који се могу одражавати на њихове проблеме (Doherty, 1991).

У раду са породицама које су припадници националне мањине, може бити значајније да се развије *културна компетенција* него да се поседује културна толеранција. Односно, породице могу стећи поверење у терапеута који је одвојио време да изучава њихову културу исто као и у онога који је можда исте расе или националности. Начин да се развије културна компетенција јесте да се успоставе везе након радног времена – на пример, уколико сте белац, тако што ћете присуствовати служењу црначке цркве у заједници где ваши клијенти живе, или похађањем часова латинских плесова, или провођењем времена у центру азијске заједнице. Оваква искуства свакако не чине некога експертом, али могу учинити да клијенти осете да вам је довољно стало да схватите и поштујете њихов начин живота. Такође је важно заузети нижу позицију с обзиром на културну и етничку различитост – то јест, замолити ваше клијенте да вас науче о њиховим искуствима и традицијама.

Изазов за практичара је двострук: научити да се поштују различитости и развити осећај за неке од проблема с којима се суочавају припадници других култура и етничких група. Сада је доступно мноштво књига које описују карактеристике и вредности различитих етничких група, од

[4] Питања културе, као и расе, етничких обележја и друштвених класа, биће испитивана током курса у овој књизи. Овде желимо само да понудимо нека прелиминарна разматрања како бисмо помогли терапеутима почетницима да прођу кроз своје прве породичне сеансе.

којих су многе пописане у делу о мултикултурализму у 11. поглављу ове књиге. Уз ове академске књиге, романи – као што су *Љубав у време колере, Вољени, Мирис зелене папаје, Краљеви мамба свирају песме о љубави* итд. – често живописно дочаравају друге културе.

У раду са клијентима из других култура вероватно је важније поштовати разлике и бити радознао у вези другачијих начина како се ствари могу радити, него покушати да се постане експерт из етнологије. Ипак, док је важно да се поштују различитости других људи, може бити проблем да се некритички прихвате тврдње попут: „Ми то радимо (контрапродуктивно) због наше културе“. На несрећу, тешко је за терапеута из туђинске културе да процени валидност оваквих изјава. Можда је најбољи савет да се буде радознао; останите отворени, али постављајте питања.

Чак и када радите са клијентима из ваше властите културе, важно је да размотрите дејство културних утицаја. Како културна очекивања и аспирације утичу на породицу са којом планирате да радите? Један клијент се недавно жалио да је његова жена очекивала да породични живот буде као „Бредијева дружина“. Одговор његове жене је био: „Не мора увек да буде ни ’Шоу Џерија Спрингера’“.

Неке од уобичајених културних претпоставки на које треба да будете спремни јесу: ступање у брак значи живети срећно заувек; сексуално задовољство је нешто што долази природно; адолесценција је увек време немира; тинејџери само хоће слободу и више им нису потребни родитељска љубав и разумевање.

3.11. Етничка димензија

Већина терапеута је свесна етничке одговорности своје професије: терапија треба да буде у клијентову корист, а не да разрешава нерешене проблеме терапеута. Клијенти имају право на поверљивост, тако да ограничења приватности наметнута обавезом да се извести социјални радник задужен за праћење осуђеника пуштеног на условну слободу, родитељи или социјалне службе, треба од самог почетка да буду јасна. Терапеути избегавају да искоришћавају поверење и зависност својих клијената (и практиканата) те због тога морају да предузму сваки напор како би избегли двојне односе. Професионалци су обавезни да обезбеде најбољи могући третман и, уколико нису квалификовани да задовоље потребе конкретног клијента, треба да га упуте неком другом.

Иако је већина терапеута свесна својих личних одговорности, многи размишљају мање него што би могли о етничким димензијама понашања њихових клијената. Ово је друго подручје без чврстих и одређених пра-

вила. Ипак, потпуна и савесна процена сваке породице треба да садржи и разматрање права и обавеза чланова породице. Које обавезе лојалности имају чланови породице? Да ли невидљиве лојалности (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) утичу на њихово понашање? Ако је тако, да ли су оне правичне? Каква је природа међусобне посвећености партнера? Да ли су ове посвећености јасне? Избалансиране? Какве обавезе имају чланови породице с обзиром на верност и поверење? Да ли су ове обавезе испуњене?

Ишчитавајући нашу тему о процени породице, можда сте приметили да нема одељка о индивидуалним динамизмима. Ово је било намерно. Разлика између индивидуалних и системских нивоа искуства је корисна, али вештачка. Без обзира да ли третирате појединце или породичне групе, компетентан терапеут треба увек да има на уму да целокупно људско искуство изискује и интерактивне и личне димензије (Nichols, 1987). Индивидуални терапеут који не узима у обзир утицај терапијског односа (као и односа ван канцеларије) на клијентов материјал пропушта најважнији допринос. Терапеути никада нису празан екран.

На исти начин, породични терапеут који не узме у обзир психолошке аспекте понашања члана породице, игра само са пола шпила. Породице никада нису црне кутије. Понекада, када породичне интеракције заглаве, важно је да се размотри допринос психопатологије, психодинамике или простих отказивања нерава.

4. Породична терапија породица са специфичним проблемима

Некада је било уобичајено да породични терапеути сматрају да њихов приступ може бити примењен на готово све клиничке проблеме. Данас, овај став „универзалне величине“ не сматра се више валидним и постало је све уобичајеније да се развију специфичне технике за одређене популације и проблеме.

Док је свака породица свакако јединствена, ипак постоје општи принципи применљиви на широк спектар породица и проблема. Сваком пару је потребно да се прилагоде једно другом, успоставе границу око свог односа, и успоставе равнотежу искрености, били они богати или сиромашни, борили се са проблемима у комуникацији или у њиховом сексуалном животу. Слично томе, сваки родитељ може профитирати од учења да престане да потктрепљује нежељено понашање пажњом и да почне да награђује понашање које жели да учврсти, без обзира на изнете жалбе.

Међутим, иако постоје општи принципи успешне породичне терапије, постоје и многи случајеви који представљају јединствене проблеме и за које је неопходна специјалистичка експертиза. Најбоље усмерење може бити да се научи општи приступ породичној терапији, а затим постепено ширити опсег проблема и популација за које бисте постали стручни.

Следећа дискусија је пример посебних поступака за два често сусретана клиничка проблема, брачно насиље и сексуално злостављање деце. Иако се надамо да ће ове сугестије обезбедити неке идеје за рад у овим тешким ситуацијама, добро би било запамтити да одговорни терапеути знају границе своје стручности и упућују случајеве којима нису дорасли искуснијим практичарима.

4.1. Насиље у браку

Питање на који начин је најбоље третирати брачно насиље подваја професионалце као нити једно друго. Тренутно доминантна парадигма је да се пар раздвоји и да се нападач упути на програм контроле беса (anger-management), док се његова партнерка третира у групи за пружање подршке премлаћеним женама. (Edelson & Tolman, 1992; Gondolf, 1995). Традиционална терапија парова се види као потенцијално опасна и често непримерена због смештања насилног мушкарца и његове злостављане партнерке у скучен простор, а позив да говоре о спорним темама има потенцијал да доведе жену у опасност и прибави нападачу платформу за самооправдање (Avis, 1992; Боград, 1984, 1992; Hansen 1993). Третирање партнера заједно подразумева да обоје деле одговорност за насиље и даје изглед законитости односу који може бити злоћудан.

Аргумент за састајање са насилним паровима заједно јесте да је насиље исход узајамне провокације, ескалација, иако неприхватљива, емоционално деструктивног понашања које карактерише многе односе. Када су оба партнера третирана заједно, насилни мушкарац може научити да препозна емоционалне окидаче који их покреће и да преузму одговорност за контролу својих поступака. Њихове партнерке могу да науче да препознају исте знакове опасности и преузму одговорност за осигуравање властите безбедности.

У недостатку емпиријских доказа који би показали да су одређене групе третмана сигурније или успешније од терапије парова (Brown & O¨Leary, 1995; Feldman & Ridley, 1995), већина клиничара и даље остаје подељена на два табора када се ради о третману породичног насиља. Пре него да се бира између покушаја да се реше проблеми у односу који воде до насиља или усредсређивања на обезбеђење сигурности и заштите за жене које су жртве насиља, могуће је да се комбинују елементи оба

приступа – међутим, не покушајем да се ради традиционална терапија парова.[5]

У раду са насилним паровима, терапеут не сме да дозволи било какав компромис или двосмисленост по питању сигурности. Проблеми односа могу бити сматрани као узајамни, али за злочин насиља извршилац мора бити сматран одговорним.

У почетној консултацији са паровима када се посумња на насиље, корисно је да се прво сретнемо са оба партнера заједно, а затим са сваким од њих одвојено. Сусрет са паром заједно дозвољава вам да их видите у акцији, док вам разговор са женом насамо дозвољава да испитате да ли је изоставила или умањила значајан податак о степену насиља или застрашивања којем је била подвргнута. Ови одвојени састанци омогућавају терапеуту да негује савез са оба партнера.

Насилан мушкарац и претучена жена покрећу јаке реакције у свакоме ко покуша да им помогне. Када овакви парови затраже терапију они су често поларизовани између љубави и мржње, оптуживања и посрамљености, чекања да се побегне и остајања у опседнутости једног другим. Зато није изненађујуће што професионални помагачи имају тенденцију да реагују на њих у екстремима: држећи страну једном партнеру против другог, одбијајући да било када држе некоме страну, преувеличавајући или минимизирајући опасност, третирајући партнере као децу или као чудовишта. Да бисте изградили савез са оба партнера, важно је да исказујете поштовање према њима као личностима, чак и ако не можете опростити неке од њихових поступака.

Да бисте утврдили степен и учесталост насиља, неопходно је да поставите директна питања. „Колико често сукоб између вас двоје завршава неком врстом насиља“? „Када се то десило последњи пут“? „Која је најгора ствар која се икада десила“? Важно је утврдити да ли је неки од инцидената за последицу имао повреде, да ли је коришћено оружје и да ли се жена тренутно плаши.

Уколико је жена била насилна исто као мушкарац, терапеут може да појасни да је насиље у било ком облику неприхватљиво. Али, такође, корисно је истаћи да, осим ако користи оружје, њена агресивност није толико опасна зато што она није физички толико јака. Ова поента може бити наглашена постављањем питања мушкарцу да ли се стварно физички уплашио од своје партнерке током свађе (што је њен доживљај њега). Одговор је готово увек „Не“.

---

[5] Следеће смернице су углавном извучене из рада Вирџиније Голднер и Гилијан Вокер, које су кодиректори Пројекта о половима и насиљу на Акермановом институту.

Што је више насиље коришћено као стратегија застрашивања и што је више присутан образац насиља, то је мушкарац опаснији. Ово је посебно тачно када је у питању насиље ван куће. Мушкарац који се туче са другим мушкарцима је много експлозивнији него мушкарац који је насилан само према некоме ко не може стварно да узврати. Такође је важно да питамо о пијењу и коришћењу дрога зато што они слабе инхибиције, а терапија мора да нагласи уздржавање.

Уз процену степена насиља, терапеут такође мора да вреднује способност партнера да конструктивно раде у терапији. Да ли је мушкарац вољан да прихвати одговорност за своје понашање?

УПУТСТВО АУТОРИМА

Часопис **„Актуелности“** настао је као одговор на потребу да се савремена теоријска, методолошка и практична сазнања од значаја за развој и унапређење система социјалне заштите учине доступна свим заинтересованим социјалним актерима. Објављују се изворни радови и преводи одабраних текстова који су од значаја за разумевање савременог социјалног рада. Такође, део страница Часописа посвећен је размени информација, приказима стручних скупова и приказима књига и часописа из области социјалне политике и социјалног рада, као и других хуманистичких и друштвених наука од значаја за социјални рад.

Аутори своје прилоге за објављивање у овом часопису треба да шаљу **искључиво** електронским путем, на e-mail адресу Редакције aktuelnosti@gmail.com

Формат: Word
Језик: Српски
Писмо: Ћирилица
Фонт: Times New Roman, величина слова 12

Текст

Оптимална дужина текста је 15 до 18 страница, куцано проредом 1,5. Текст треба припремити тако да свака страница буде нумерисана. На насловној страници треба навести наслов рада, академску титулу, име и презиме аутора, институцију у којој је аутор запослен, место, приватну или службену контакт адресу (поштанску и електронску), број телефона. Уколико рад има више аутора, за сваког појединачног аутора треба навести све наведене податке. На другој страници треба навести наслов рада и резиме, с кључним речима. Табеле треба означити одговарајућим бројем и насловом који их јасно објашњава. Графички прикази треба да имају наслов и легенду која прати приказ. Такође, имајте на уму да часопис није у боји, те је графиконе потребно прилагодити томе. Страни изрази, укључујући називе докумената и институција на страном језику пишу се курзивом – нпр. *Bullying, National Association of Social Workers* и сл. Сва наглашавања у тексту врше се **подебљаним словима**. Подвлачења или различити фонтови се у текстовима **не користе**.

Резиме

Треба да буде сачињен у највише 20 редова и да на крају има три до пет кључних речи. Када је реч о тексту у којем се даје приказ емпиријског истраживања, поред имена и презимена аутора и наслова рада, резиме треба да садржи и: значај проблема или теме која се обрађује, циљеве, задатке, примењене методе, пресек добијених резултата и закључке. Ако је реч о теоријским радовима, треба навести значај проблема или теме, основна теоријска полазишта, најважније елементе аналитичке разраде и закључке.

Коришћена литература – референце

Позиве на литературу треба давати у тексту, у заградама, а избегавати фусноте за навођење библиографских података. Фусноте треба користити, ако је то нужно, за коментаре и допунски текст. У позиву на литературу наводи се презиме аутора и година издања извора на који се позивамо, на пример: (Јанковић, 2008.). Уколико је реч о навођењу докумената, наводи се пун назив документа и година издања. Ако је реч о прецизном наводу или цитату, треба укључити и број странице, односно: (Јанковић, 2008.: 24). Ако се наводе документи, онда се то чини на следећи начин: (Закон о социјалној заштити, 2009, чл. 7, ст. 1). Имена страних аутора дају се тако што се у тексту прво наведе име у транскрипцији, а у загради се напише име у оригиналу. На пример: Прајс (Price). Уколико се наводи више аутора, у загради се наводи презиме првог аутора и скраћеница и сар.

Коришћена литература

На крају рада наводи се попис свих извора који су наведени у тексту. Литература се наводи абецедним редом и то на следећи начин:

1. Адлер А., (1977): О нервозном карактеру, Београд, Просвета
2. Милосављевић М. (1993): Роми и девијације, Друштвене промене и положај Рома, Зборник радова, Београд, САНУ и Институт за социјалну политику
3. Gould, N. (2004): Qualitative research and social work: the methodological repoertoire in a practice-oriented discipline. In: Lovelock, R., Lyons, K. & Powell, J. (eds.), Reflecting on social work – Discipline and profession. Farnham: Ashgate Publishing, 130–145.
4. Муслић, Љ., Русац, С. & Ајдуковић, М. (2009): Сензибилност за насиље над старијима код студената: Могућност интервенција кроз наставни програм. Љетопис социјалног рада, 16 (1), 51–67.
5. Породични закон (2005): Службени гласник РС, бр. 18/2005

При навођењу извора с веб (интернет) страница потребно је навести тачан датум посете страници. На пример:

6. http://www.zavodsz.gov.rs/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=81&Itemid=145 Посећено 28. 12. 2009.

Процена радова

Текстови које аутори доставе подвргавају се рецензији, а Уредништво ће ауторе обавестити о резултатима процене, могућим сугестијама и предлозима за дораду текста пре објављивања. Уредништво задржава право да добијени текст прилагоди пропозицијама часописа и стандардима књижевног језика.

Рукописи се не враћају.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

364.62(497.11)
АКТУЕЛНОСТИ : Часопис Удружења стручних радника социјалне заштите Републике Србије / Главни и одговорни уредник Живорад Гајић. – Vol. 1, br. 1 (2000) – . – Земун (Марије Бурсаћ 49): Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, 2000 - (Београд : Чигоја штампа). – 24 cm

Двомесечно
ISSN 1451-3129 = Актуелности – Удружење стручних радника социјалне заштите Србије
COBISS.SR-ID 177748999