

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2018/XL/1/5-119/BEOGRAD

PSYCHIATRY TODAY
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY
TODAY

INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.
2018/XL/1/5-119/BEOGRAD

Psihijatrija danas se indeksira u sledećim bazama podataka:
PsychoInfo; Psychological Abstracts;
Ulrich's International Periodicals Directory,
SCIndeks, EBSCO

PSIHIJARIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara
Srbije*

Izdaje

INSTITUT ZA MENTALNO
ZDRAVLJE, Beograd

Glavni i odgovorni urednik

Dušica LEČIĆ TOŠEVSKI

Pomoćnici urednika

Milica PEJOVIĆ MILOVANČEVIĆ
Olivera VUKOVIĆ
Čedo D. MILJEVIĆ
Bojana PEJUŠKOVIC
Maja MILOSAVLJEVIĆ

PSYCHIATRY TODAY

Official Journal of the Serbian
Psychiatric Association

Published by

INSTITUTE OF MENTAL HEALTH,
Belgrade

Editor-in-Chief

Dusica LECIC TOSEVSKI

Assistant Editors

Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC
Olivera VUKOVIC
Cedo D. MILJEVIC
Bojana PEJUSKOVIC
Maja MILOSAVLJEVIC

Redakcioni kolegijum - Editorial Board

S. Akhtar (Philadelphia), J. Aleksandrowicz (Krakow), M. Antonijević (Beograd)
S. Bojanin (Beograd), M. Botbol (Paris), S. Branković (Beograd), J. Bukelić (Beograd)
G. N. Christodoulou (Athens), R. Cloninger (St. Louis), M. Divac Jovanović (Beograd)
S. Đukić Dejanović (Kragujevac), G. Grbeša (Niš), V. Ispanović Radojković (Beograd)
V. Jerotić (Beograd), M. Jašović Gašić (Beograd), A. Knežević (Novi Sad)
V. S. Kostić (Beograd), Z. Lopičić (Beograd), Ž. Martinović (Beograd)
M. Munjiza (Beograd), J. E. Mezzich (New York), M. Pejović (Beograd)
D. Petrović (Beograd), M. Pines (London), S. Priebe (London)
M. Preradović (Beograd), M. Riba (Ann Arbor), G. Rudolf (Heidelberg)
N. Sartorius (Geneva), V. Starčević (New Castle), N. Tadić (Beograd)
I. Timotijević (Beograd), S. Varvin (Oslo), M. Vincent (Paris)
V. Šušić (Beograd), D. Švrakić (St. Louis)

Tel/Fax: (381) 11 3226-925, (381) 11 3236-353

e-mail: imz@imh.org.rs

Website: www.imh.org.rs

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 50

BEOGRAD

BROJ 1, 2018

SADRŽAJ

Uloga dečjeg psihijatra u obrazovnom sistemu – može li saradnja biti bolja <i>/Pejović Milovančević M.</i>	5
Prikaz rada osnovne škole „Dr Dragan Hercog“ i saradnja sa Institutom za mentalno zdravlje <i>/Aleksić Z., Grumić T.</i>	17
Zrelost za polazak u školu <i>/Radosavljev Kirčanksi J.</i>	25
Deca sa teškoćama učenja u bolničkim uslovima i saradnja sa školama <i>/Rajković M.</i>	35
Zašto dete ne ide u školu – Kearney model <i>/Ljubomirović N.</i>	43
Psihodinamika inhibicije učenja <i>/Pešić D.</i>	49
Vršnjačko nasilje i mentalno zdravlje <i>/Aleksić Hil O., Kalanj M.</i>	59
Značaj asertivne komunikacije u školskom i socijalnom funkcionisanju adolescenata <i>/Košutić Ž.</i>	67
Deca, socijalna zaštita, obrazovanje <i>/Garibović E.</i>	73
Kognitivno-bihevioralna terapija u školskom okruženju <i>/Mitković Vončina M.</i>	85
Ručno izrađene igračke – posrednik u komunikaciji i obrazovanju <i>/Vasić J., Janković D., Karović Banjac M.</i>	97
Prikaz knjige	
Zašto slab uspeh u školi? – neuropsihički pristup Autor: Prof. dr Svetomir Bojanin, Izdavač: Pomoć porodici, 2018, Beograd <i>/Pejović Milovančević M.</i>	105
Obaveštenje	
Uputstva saradnicima.	111

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 50	BELGRADE	NUMBER 1, 2018
---------	----------	----------------

CONTENTS

The role of child psychiatrist within the education system – Can the collaboration be improved? <i>/Pejovic Milovancevic M.</i>	5
Overview of the elementary school “Dr. Dragan Hercog” activities and the collaboration with the Institute of Mental Health <i>/Aleksic Z., Grumic T.</i>	17
Maturity for the beginning of school education <i>/Radosavljev Kircanski J.</i>	25
Children with learning difficulties in inpatient settings and collaboration with schools <i>/Rajkovic M.</i>	35
Why a child does not go to school – the Kearney model <i>/Ljubomirovic N.</i>	43
The psychodynamics of the learning inhibition <i>/Pesic D.</i>	49
Bullying and mental health <i>/Aleksic Hil O., Kalanj M.</i>	59
The importance of assertive communication in school and social functioning of adolescents <i>/Kosutic Z.</i>	67
Children, social welfare, education <i>/Garibovic E.</i>	73
Cognitive-behavioural therapy in school settings <i>/Mitkovic Voncina M.</i>	85
Handmade toys – the mediator in communication and education <i>/Vasic J., Jankovic D., Karovic Banjac M.</i>	97
Book review	
Why the poor school performance – a neuropsychological approach; Author: Prof. Svetomir Bojanin, MD; Publisher: Family Care, 2018, Belgrade <i>/Pejovic Milovancevic M.</i>	105
Announcement:	
Instruction to contributors	115

UDK 37.014.5:616.89-053.6

159.922.7

COBISS.SR-ID 275792652

ULOGA DEČJEG PSIHIJATRA U OBRAZOVNOM SISTEMU – MOŽE LI SARADNJA BITI BOLJA

Milica Pejović Milovančević^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: Čvršće povezivanje zdravstvenog sistema sa drugim društvenim sektorima, naročito obrazovnim, bitno je zbog usklađivanja zajedničkih aktivnosti u cilju unapređenja razvoja dece. Zdravstveni sistem se i dalje više koncentriše na bolest/poremećaj, a manje na ličnost, iako je u osnovi koncepta psihijatrije orijentisane ka ličnosti kao savremenog pristupa u razumevanju nastanka i terapije problema mentalnog zdravlja. Bio-psiho-socijalni pristup pomaže da se ne izgube iz vida problemi koje treba rešiti da bi se olakšao obrazovni proces deteta. S druge strane, obrazovni koncepti trebalo bi da su generalno usredsređeni na dete, a ne na situacije, kao i na procese sticanja znanja, a ne na dinamiku interakcija između učitelja, nastavnika, obrazovnih saradnika s jedne i učenika s druge strane. I zdravstveni i obrazovni sistem zahtevaju međusobno povezivanje, ali i unapređenje saradnje s ciljem sveobuhvatnijeg sagledavanja deteta i njegovih razvojnih potreba.

Ključne reči: razvoj deteta, funkcionalnost, obrazovanje, zdravlje

Procenjuje se da 15 procenata svetske populacije ima smetnje u razvoju [1], a očekuje se da će taj procenat globalno rasti zbog loše zdravstvene zaštite i ishrane tokom ranog razvoja, odnosno povećanja broja starije populacije i nasilnih građanskih sukoba [2]. Prema najnovijim podacima jedno od sedmero dece uzrasta 2-8 godina ima dijagnozu mentalnog, ponašajnog ili razvojnog poremećaja, a brojni faktori porodice, zajednice i uopšte zdravlja dovode se u vezu sa problemima mentalnog zdravlja dece [3]. Deca sa sledećim karakteristikama imaju češće probleme: dečaci, deca uzrasta od 6-8 godina, poreklom iz siromašnih porodica, deca čiji roditelji imaju mentalni poremećaj [3,4].

Deca sa problemima mentalnog zdravlja suočavaju se sa višestrukim oblicima diskriminacije koji dovode do njihovog isključivanja iz društva, ali i obrazovanja. Stavovi prema deci sa mentalnim poremećajima, kao i nepostojanje inkluzivnog obrazovnog okruženja, neophodnih resursa i informacija, povećavaju izazove sa kojima se ova deca suočavaju u pristupu obrazovanju [5-9]. Međutim, dobro je što postoje delotvorni načini za izgradnju inkluzivnih društava u kojima deca sa smetnjama i deca bez njih mogu da uživaju svoja prava, uključujući i pravo na kvalitetno obrazovanje, ravnopravno sa svojim vršnjacima koji nemaju smetnje u razvoju.

Zdravstveni sistem nije samo nosilac dečjeg preživljavanja već mora da se bavi i razvojem dece odnosno njihovom podsticajnom negom. Redefinisanje zdravstvenih strategija u cilju unapređenja psihosocijalnog i ukupnog razvoja dece važan je korak jer je zdravstveni sistem prvi u kontaktu sa detetom i njegovom porodicom, i kao takav može uticati na promovisanje razvoja [10]; predstavnicima zdravstvenog sistema najviše se veruje, posebno u prvim godinama razvoja deteta. Čvršće povezivanje sa drugim društvenim sektorima, naročito obrazovnim, bitno je zbog usklađivanja zajedničkih aktivnosti u cilju promovisanja razvoja dece. S tim u vezi, postoji ideja da resor zdravstva proširi svoju viziju zdravlja tako da ona, pored prevencije i lečenja bolesti, obuhvati i podsticajnu negu o deci kao faktoru od suštinskog značaja za ostvarivanje punog potencijala razvoja [11].

U cilju boljeg razumevanja neophodnosti saradnje između različitih sektora kada je u pitanju briga za decu i mlade, podrazumeva se promena fokusa prilikom definisanja i prelazak sa pukog posmatranja dijagnoze na posmatranje ograničenja za učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima, a usled bolesti. Tako je kao osnov za procenu smetnji uvedena funkcionalna procena tj. procena funkcionalnih teškoća osobe. Osnovi funkcionalne procene postavljeni su u okviru Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invalidnosti i zdravlja (engl. *International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF*) [12], a nešto kasnije razvijena je i verzija za decu i mlade (*International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth ICF-CY*) Svetske zdravstvene organizacije [13]. Klasifikacije ICF i ICF-CY zasnovane su na Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom i predložene su kao instrument za praćenje njenog ostvarivanja [8]. Klasifikacija ICF obezbeđuje jedinstveni standardni jezik i okvir za opisivanje zdravlja i stanja koja su u vezi sa zdravljem [13].

Klasifikacija ICF-CY je okvir za organizovanje i dokumentovanje informacija o funkcionisanju i invaliditetu dece i mladih i služi se neutralnim jezikom kojim mogu da se opišu pozitivni i negativni aspekti funkcionisanja. Ova klasifikacija koristi bio-psiho-socijalni pristup u razumevanju invaliditeta i tako integriše medicinske i socijalne pristupe i modele. Ovaj okvir procenjuje funkcionisanje osobe na telesnom nivou (telesne funkcije i strukture), na individualnom nivou (aktivnosti) i na socijalnom nivou (participacija). Funkcionisanje se shvata kao dinamička interakcija između zdravstvenog stanja pojedinca, faktora okruženja i ličnih faktora. Funkcionalna procena je sveobuhvatniji način procene stanja deteta u odnosu na dosadašnju procenu koja se odnosila na prisustvo odnosno odsustvo simptoma bolesti. Time se značajno olakšava procena potrebnog nivoa podrške za dete, omogućava se planiranje neophodne intersektorske saradnje potrebne za pružanje maksimalne podrške porodici i pomoći detetu sa smetnjama u razvoju [14]. Čini se da ICF najbolje definiše ulogu i povezanost između sistema, a sve u cilju pružanja sveobuhvatne pomoći deci i mladima sa smetnjama u funkcionisanju.

Domeni podsticajne nege potrebni da bi dete ostvarilo svoj pun razvoj

Praćenje razvoja deteta više je od pukog praćenja napretka u visini i težini; posmatranje kako se deca igraju, uče, govore, ponašaju podjednako je važno koliko i praćenje njihovog telesnog razvoja. Razvoj deteta po rođenju nastavlja se u novom okruženju koje određuje kvalitet i tok samog razvoja. Deca tokom ranog razvoja imaju veću osetljivost na uticaje iz okruženja u odnosu na kasnije razvojne periode. Ovaj razvojni period zahteva povećanu pažnju stručnjaka za rano prepoznavanje razvojnih rizika i razvojnih problema, kao i intenzivniju podršku roditeljima. Zbog toga je neophodno čvršće povezivanje sektora koji se bave decom/porodicom radi usklađivanja zajedničkih aktivnosti. Ovo je posebno važno za decu osetljivih populacionih grupa (siromašni, Romi, migranti) koja zahtevaju dodatnu pažnju i angažovanje lokalne zajednice i društva.

Prvih nekoliko godina života ima presudan uticaj na kasniji uspeh deteta u životu – od dobrog zdravlja i školskih dostignuća do nivoa samopouzdanja, naročito emocionalne stabilnosti, osećanja poverenja i razvoja socijalnih veština. Ovaj kritičan period razvoja pruža velike mogućnosti za razvoj svakog deteta, ali je i period kada ove mogućnosti mogu biti propuštene. Istraživanja tokom protekle decenije potvrđuju da su prve godine života deteta kritičan period za razvoj mozga [15].

Razvoj dece je proces sazrevanja koji dovodi do pravilnog napredovanja u perceptivnim, motornim, kognitivnim, jezičkim, socio-emocionalnim veštinama i veštinama samoregulacije. Na taj način su definisani razvojni domen. Domen je skup srodnih fizioloških funkcija, anatomskih struktura, akcija, zadataka ili oblasti života. Primeri domena zdravlja uključuju vid, sluh, pokretljivost, učenje i pamćenje, dok primeri zdravstveno-zavisnih domena uključuju prevoz,

obrazovanje i društvene interakcije. U odnosu na ove domene izdvojene su sledeće komponente ICF-CY koje najbolje definišu funkcionalnu sposobnost kod dece [13]:

- 1) socio-emcionalne funkcije i aktivnost – formiranje i održavanje relacija sa drugima, empatija, kooperativnost, sposobnost da se sačeka red, fair play; samopoverenje, samouverenost, emocionalna kontrola;
- 2) kognitivni razvoj – sposobnost učenja, mišljenja, razumevanja, rešavanja problema;
- 3) funkcije i aktivnosti komunikacije – sposobnost izražavanja jezika i izražavanja putem jezika, verbalna komunikacija sa drugima;
- 4) funkcije i aktivnosti pokreta – razvoj grube i fine motorike, pokretljivost, ravnoteža, razvoj velikih mišićnih grupa (za trčanje, skakanje, penjanje) i malih (prsti za pincetni hvat i finu manipulaciju predmetima);
- 5) funkcije i aktivnosti svakodnevnog života – sposobnost adaptacije na okruženje i prihvatanje rutina, sposobnost oblačenja, hranjenja, održavanja higijene, toaletni trening, dr.;
- 6) funkcije čula – čulo vida, sluha i osećaj bola.

Podsticajna nega podrazumeva upravo saradnju između sistema i značaj zajedničkog, po mogućnosti, sinergističkog dejstva u pomoći deci i porodicama. Sticanje veština tokom celog života zasniva se na osnovnim kapacitetima uspostavljenim u ranom detinjstvu. Na sticanje kompetencija i veština utiče više faktora, među kojima su zdravlje, ishrana, sigurnost i bezbednost, staranje koje odgovara na potrebe dece i učenje u ranom detinjstvu. Svaki od njih je neophodan za podsticajnu negu. Podsticajna nega umanjuje štetne efekte nepovoljnih okolnosti na strukturu i funkciju mozga, što dalje poboljšava zdravlje, rast i razvoj dece [16].

U zemljama u razvoju i dalje je najraniji period razvoja deteta „pasivan“ po pitanju strategija i nacionalnih politika vezanih za unapređenje razvoja: deca se hrane i neguju bez mnogo komunikacije i igre, a nedostatak stimulacije je vrlo često razlog kašnjenja u razvoju. Deca tokom ranog razvoja imaju veću osetljivost na uticaje iz okruženja u odnosu na kasnije razvojne periode. Prvih nekoliko godina života od presudnog su uticaja na kasniji uspeh deteta u životu; ovaj kritičan period pruža velike mogućnosti za razvoj svakog deteta, ali je i period kada ove mogućnosti mogu biti propuštene [17].

Dvesta miliona dece mlađe od pet godina ne ostvaruje svoj razvojni potencijal usled razolikih nedaća – nedostatak adekvatne ishrane, loše zdravlje i okruženje koje pruža slabu stimulaciju, negu, razumevanje i sigurnost. Istraživanja pokazuju da ulaganja u rane intervencije, čija blagovremenost iskorišćava prednost ključne faze u razvoju mozga, može unaprediti živote mnoge ugrožene dece i dece bez adekvatnih uslova razvoj, kao i njihovih društava, čime se prekida krug siromaštva, nasilja i očaja [18].

Rana stimulacija i interakcija sa roditeljima i negovateljima predstavlja okidač za početak razvojnog puta mozga – i za učenje tokom čitavog života.

Detaljna istraživanja stimulacije kod male dece i tokom detinjstva pokazuju da nega, stimulisanje interakcije između male dece i njihovih roditelja i negovatelja, pozitivno i stalno jača sposobnost učenja, i može izmeniti funkciju mozga doživotno. Ono što je naučeno u ranom detinjstvu traje celog života, i donosi velike koristi. Osnova moždane mreže i puteva uspostavlja se do šeste godine života. Detaljna ekonomska analiza nobelovca ekonomiste Džejmsa Hekmana izrodila je „Hekmanovu krivu”, grafikon koji pokazuje da najviši doprinos od investiranja u obrazovanje i obuku donosi učenje pre polaska u školu, od rođenja do treće godine života [19].

Programi ranog učenja

Uključivanje dece u predškolsko obrazovanje direktno utiče na poboljšanje kognitivnih potencijala dece. Kvalitet programa ranog učenja je direktni prediktor ishoda programa: veći broj različitih materijala za igru, interaktivno ili čitanje kroz dijalog kao i organizacija rada sa decom u predškolskim ustanovama. Deca su rođena da uče; tako na primer zajedničko čitanje sa decom stvara okruženje u kojem deca imaju priliku da se susretnu sa mnogo više raznolikih i neobičnih reči [20]. Slikovnice za decu starosti do 5 godina sadrže preko 1.5 puta više različitih reči u odnosu na svakodnevni govor koji odrasli upućuju deci [20].

Slušanjem i oponašanjem odraslih dete uči da govori, razvija i usavršava govor, usvaja jezik i unapređuje ga kroz neprestanu interakciju sa sredinom. Usvajajući nove reči, izraze i rečenične konstrukcije, dete unapređuje sporazumevanje sa okolinom i razvija odnose sa drugima. Govor i jezik postaju oslonac i sredstva daljeg sveukupnog psihičkog razvoja deteta. Uz učenje na ranom uzrastu razvijaju se detetove sazajne sposobnosti, logičko i kritičko mišljenje. Obogaćuje se unutrašnji svet deteta, podstiče imaginaciju i razvoj stvaralačkog, kreativnog mišljenja. Dete uči kako jasnije da izrazi sebe, svoja osećanja, doživljaje, potrebe i želje. Uči kako da izrazi svoje stavove i mišljenja, ali i da prihvata i razume i gledišta drugih, što vodi razvoju tolerancije. Stiče veštine rešavanja sukoba na prihvatljive načine, bolja školska postignuća.

Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije (DEAPS), u saradnji sa Organizacijom Autism Speaks (www.autismspeaks.org), sprovedo je istraživanje u cilju boljeg razumevanja potreba roditelja dece sa autizmom kao i sagledavanja izazova i poteškoća sa kojima se ova deca i njihove porodice susreću tokom ostvarivanja pomoći. Anketiran je 281 roditelj i utvrđeno je da roditelji smatraju da su im veliki izazovi obezbeđivanje adekvatnog obrazovanja za njihovo dete (60%), kao i obezbeđivanje adekvatne socijalne pomoći (49.5%) [21]. Po mišljenju ispitanika, unapređenje obrazovanja (48.4%), unapređenje zdravstvene zaštite (41.8%) i unapređenje uslova službe socijalne pomoći (40.7%), najveći su prioriteti za sve porodice u Srbiji s autizmom [22]. Svega 12% dece ima dodatnu obrazovnu podršku kroz usluge kao što su pedagoški asistent, lični pratilac ili asistent van škole što je nedovoljno u odnosu na

potrebe ove dece i porodica, zbog čega je neophodno unaprediti ovu vrstu podrške [21]. Inkluzivni pristup zahteva obezbeđivanje uslova da sva deca mogu da ostvare svoja prava. Nažalost, ovaj pristup još uvek nije u dovoljnoj meri prisutan u svesti i praksi onih koji se bave decom.

Obrazovanje od medicinskog ka socijalnom modelu

Najstariji i najviše zastareo jeste „humanitarni ili milosrdni model“ prema kojem se pojedinac percipira kao ugrožen i jadan, i koji spasenje/pomoć može pronaći samo kroz tuđu milost, ljubav i brigu.

Medicinski model konceptualizuje smetnje, bolest kao stanje pojedinca koje treba tretirati i lečiti uz pomoć zdravstvenih radnika. Medicinski model i nalaženje „problema“ u samom detetu mogu da dovedu do segregacije ili pokušaja da se „normalizuju“ deca sa smetnjama u razvoju (integrisano obrazovanje).

Socijalni model se pojavio u najnovije vreme kao rezultat povećanog razumevanja prepreka s kojima se suočavaju osobe s problemima; tako npr. smetnje u razvoju posmatraju se kao rezultat interakcija između pojedinca sa specifičnim fizičkim, intelektualnim, čulnim ili mentalnim zdravstvenim problemima i društvenog, odnosno kulturnog okruženja u kojem živi. Teškoće se shvataju kao društveno-politički konstrukt u kojem prepreke u vidu stavova i okruženja, kao i institucionalne prepreke, inače duboko usađene u društvo, sistematski isključuju i diskriminišu osobe sa smetnjama.

Promena paradigme, odnosno prelazak na socijalni model odnosa prema osobama sa smetnjama pokazao je tokom proteklih decenija jednu bitnu činjenicu, a to je da inkluzivan obrazovni sistem bez prepreka, od predškolskog do visokog obrazovanja, dovodi do smanjenja većine prepreka koje decu sa smetnjama sprečavaju da pristupe i da dobiju kvalitetno obrazovanje, kao i da u takvom obrazovanju ravnopravno učestvuju sa svojim vršnjacima koji nemaju smetnje [23,24].

S tim u vezi poštuju se osnovni postulati inkulzije, odnosno Salamanka postulati, doneti na Konferenciji u Salamanki 1994. godine, a koji glase: sva deca imaju pravo na obrazovanje i vaspitanje; obrazovanje treba omogućiti što je moguće više u redovnim predškolskim ustanovama, osnovnim i srednjim školama; nastavnici i škole treba da prilagode način rada tako da izlaze u susret potrebama dece; i nekoj deci, zbog invaliditeta ili smetnji u razvoju, potrebna je dodatna pomoć [25]. U tom smislu zdravstveni radnici zapravo pomažu poštovanju ovih principa jer olakšavaju razumevanje prirode teškoća, mogućnosti i kapaciteta deteta od strane osoba zaposlenih u obrazovanju.

Inkluzivno obrazovanje definisano je kao proces u kojem se uzima u obzir i odgovara na različitost potreba svih učenika putem povećanja učešća u učenju, kulturama i zajednicama i smanjenja isključenosti iz vršnjačke grupe i u okviru sistema obrazovanja. Inkluzivno obrazovanje podrazumeva izmene i modifikacije sadržaja, pristupa, struktura i strategija, sa zajedničkom vizijom

koja obuhvata svu decu odgovarajućeg uzrasta i uverenjem da država ima odgovornost da obrazuje svu decu.

Na putu inkluzivnog obrazovanja stoje stereotipi, predrasude, diskriminacija, jer „ljude ne ometaju događaji već viđenja tih događaja i stavovi koje o njima imaju” (Epiktet, 50-130 n.e.). Inkluzivno obrazovanje je obavezno u Srbiji od 2009. godine [26], međutim čini se da koncept još uvek nije zaživeo ni među roditeljima, niti među stručnjacima. Kada stereotipi i predrasude utiču na ponašanje, znači da se osoba ponaša diskriminišuće, a ljudi se ponašaju u skladu sa ulogom, naročito ako o tome postoje snažni stereotipi. Etiketiranje ili kategorizacija dece, npr. „deca oštećenog vida“, može smanjiti očekivanja nastavnika prema ovoj deci. Prezaštićenost koju im nastavnici pružaju može dovesti do izostanka izazova i stimulacije. Na primer, kako bi izbegli da deca sa smetnjama u intelektualnom razvoju osele određeni pritisak, nastavnici ih mogu zamoliti da nacrtaju nešto dok druga deca rade pisane vežbe; to može biti dosadno i deca se mogu osećati stigmatizovanom zbog toga, što na kraju može dovesti do toga da dete postigne veoma mali napredak u obrazovanju.

Razvrstavanje dece po vrsti ili stepenu smetnje podstiče ideju da takve grupe dece treba podučavati na isti, „specijalan“ način i da takvo podučavanje treba da obavlja drugačije vrste nastavnika ili čak i u drugačijim okruženjima. Uobičajena je praksa, na primer, da se deci sa smetnjama u razvoju daju dodatni ili specijalni zadaci kako bi sustigli ostatak odeljenja. Ta deca se obično odvajaju od odeljenja kako bi radila taj specijalni zadatak dok su druga deca na odmoru ili na času likovne kulture ili fizičkog vaspitanja. Time ne samo da se izoluju deca sa smetnjama u razvoju, već ona propuštaju i aktivnosti koje su važne za razvoj njihovih društvenih veština ili drugih veština značajnih za njihov razvoj u celini. Na ovaj način deca se pre svega stigmatizuju.

Zatim, prisustvo odrasle osobe koja pruža podršku određenom detetu unutar odeljenja može sprečavati interakciju između deteta i ostatka odeljenja, osim ako se ta dodatna odrasla osoba ne posmatra kao neko ko treba da obezbedi povećanu fleksibilnost nastave za svu decu. Zbog usmerenosti na pojedinačne karakteristike (kao što su koeficijent inteligencije, sposobnost sluha, itd), nastavnici mogu pomisliti da nije moguće prevazići detetove teškoće u učenju ili da njima treba da se bave stručnjaci. Većina dece se ne uklapa u potpunosti u zadate kategorije i različiti stručnjaci mogu dati suprotne savete za isto dete.

Kategorizacijom dece može se steći utisak da su za decu sa smetnjama potrebni dodatni resursi čime se smanjuje samopouzdanje nastavnika u redovnoj nastavi koji mogu pomisliti da decu sa smetnjama u razvoju mogu podučavati samo ukoliko imaju te dodatne resurse. Zbog usmerenosti na pojedince, šira školska zajednica, organizacija škole i nastavni plan i program ne dovode se u pitanje pa se mogu propustiti prilike da se škola unapredi za svu decu.

Mentalni poremećaji kod dece i mladih mogu se posmatrati kao dinamička interakcija između zdravstvenog stanja osobe, faktora okruženja i ličnih faktora (model nije linearan, nego je interaktivan). U ICF ljudsko funkcionisanje

je organizovano na osnovu multidimenzionalne klasifikacije, pri čemu se koristi situacioni pristup odgovaranjem na pitanje: koja je trenutna životna situacija deteta? Procena za sposobnost sprovođenja obrazovnog procesa predviđa buduće životne situacije i usredsređuje se na informacije koje su važne za omogućavanje učenja i razvoja ka tom cilju. Problem koji treba rešavati nije ispravljanje oštećenja, već pružanje podrške deci da u potpunosti razviju svoj potencijal i uče. Međutim, iako je učešće glavni fokus procene za obrazovanje, ipak je važno razumeti uticaj problema mentalnog zdravlja na sposobnost učenja.

Klasifikacija ICF poziva nastavnike da dekonstruišu koncepte poput „ADHD-a“ i „poremećaja u ponašanju“ i da ih stave u kontekst situacija koje su ih donekle i stvorile. Time se dobija jasan uvid u faktore okruženja koji doprinose ograničenjima učešća, i samim tim u strategije za stvaranje podsticajnih okruženja. Prednost ICF je mogućnost predstavljanja informacija koje se odnose na funkcionisanje i smetnje u razvoju, što omogućuje jednako istraživanje problema i potencijala. Problemi su tradicionalno sintetisani u etiketu primenom diferencijalnih dijagnostičkih kriterijuma. Drugim rečima, izabrane su neke funkcionalne osobine deteta i povezane sa problemom. Potencijali se mogu razumeti kao buduće kompetencije ili sposobnosti.

Spremnost za školu

Od školske godine 2006/2007, sva deca u Srbiji su u obavezi da pohađaju obavezni pripremni predškolski program (PPP) u trajanju od jedne školske godine. Ukupno, 98 procenata dece koja trenutno pohađaju prvi razred osnovne škole pohađalo je predškolsko obrazovanje prethodne godine (27). Od ukupnog broja dece u Srbiji koja su u uzrastu za polazak u osnovnu školu (6 godina), prvi razred osnovne škole pohađa 97% (prvi razred na vreme upiše 100% dečaka i 94% devojčica). Pravovremeni upis ili neto stopa upisa je 91% kod dece koja žive u najsiriomašnjim domaćinstvima [27].

Kao najčešći razlozi za odlaganje polaska u školu spominju se postojanje ozbiljne jezičke barijere (dete dolazi u sredinu gde ne zna jezik), ugrađen kohlearni apart pred sam upis u školu, kao i planiranje ozbiljne hirurške intervencije u godini kada bi dete trebalo da krene u školu. Postoje, međutim, i drugi razlozi, obično zasnovani na stereotipima i predrasudama, a odnose se na decu koja su rođena pre vremena kada im generacija kreće u školu, odnosno na mišljenje školskog psihologa i drugih stručnjaka da treba odložiti upis na godinu dana, posebno ako se to mišljenje odnosi na decu koja su pohađala razvojne grupne u vrtiću (najčešće deca sa smetnjama u razvoju), odnosno decu koja iz nekog razloga nisu pohađala pripremni predškolski program. Ipak, čini se da je najveći problem onda kada pri upisu roditelj insistira da se odloži škola – da bi se detetu dala „još jedna godina da se igra; da se bolje razvije; da sazri i sl“, jer čini se da većina roditelja i dalje školu ne doživljava kao podsticaj razvoju deteta već kao teret na njegovim plećima.

Najčešće se susrećemo u svakodnevnoj praksi sa uverenjima o tzv. dobitima odlaganja polaska u školu – roditelji, ali i neki školski

psiholozi/nastavnici/drugi stručnjaci misle da godina dana odlaganja daje dodatno vreme za sazrevanja deteta te da škola ima vremena da planira kako s detetom i sl. Poznato je, međutim, da nema svrhe odlagati polazak u školu jer je za dete sa teškoćama korisno da se školuje sa svojim vršnjacima; deca najbolje uče i razvijaju socijalne i akademske veštine u vršnjačkom okruženju. Time se poboljšavaju komunikacione veštine, samoprocena broja prijatelja, objektivno merena frekvencija i kvalitet komunikacije je bolji, kvalitet slobodnog vremena se unapređuje, samovrednovanje deteta se povećava. Sa polaskom deteta u školu, individualni rad zdravstvenih i drugih stručnjaka sa detetom ne prestaje, može i da se intenzivira, a ne kao što mnogi roditelji misle, da se polaskom u školu gubi dragoceno vreme za terapiju. Dete u školi osim akademskog znanja stiče i životne veštine, a prihvatanje različitosti pomaže i drugoj deci.

Koncept „zrelosti“ se posmatra kao zastareo, jer se u novom pristupu škola prilagođava na način da uključi svu decu uz dopuštanje da se svako razvija prema svojim mogućnostima uz stalnu stimulaciju. Sva deca imaju koristi, a posebno deca sa neuobičajenim obrascima učenja, zato što svako dete radi na individualnim ciljevima dok je sve vreme u grupi sa drugim učenicima istog uzrasta. Škola koja uključuje sve učenike razvija inkluzivniji školski etos u kojem odrasli uče jedni od drugih, a uče i od svojih učenika. Ako je školsko osoblje svesnije mogućnosti sve dece, veća je verovatnoća da će obezbediti da se nastava i učenje zasnivaju na visokim očekivanjima, stvarajući krug uspeha koji se sam osnažuje.

Zaključak

Samo kolaborativnim radom možemo pomoći da se deca sa problemima mentalnog zdravlja najbolje zbrinu i integrišu u sistem obrazovanja. U tom smislu, kao stručnjaci treba da poznajemo prednosti, ali i mane drugih sistema; da prednosti koristimo, a mane prevazilazimo tako što ćemo pre svega poznavati mogućnosti, ali i ograničenja drugih sistema, kao i da dete (a ne druge teme) bude u fokusu našeg rada. Posle kućne sredine, obrazovna sredina je ta u kojoj dete provodi najviše vremena i kao takva od presudnog je značaja za detetov razvoj, posebno kod dece kod koje postoje problemi mentalnog zdravlja. Strah i diskriminacija koju kao stručnjaci često (ne)namerno sprovodimo jedino se mogu prevazići spremnošću da ih pre svega demistifikujemo, sa istim se suočimo i da ih uz dodatnu edukaciju i spremnost za promenu – ispravimo.

THE ROLE OF CHILD PSYCHIATRIST WITHIN THE EDUCATION SYSTEM – CAN THE COLLABORATION BE IMPROVED?

Milica Pejovic Milovancevic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Stronger collaboration of the health system with other sectors, especially social and educational, is essential for the harmonization of joint activities in order to promote the development of children. The health system continues to focus more on disease / disorder, and less on personality, although it is basically the concept of person-oriented psychiatry as a modern approach to understanding the emergence and treatment of mental health problems. The bio-psycho-social approach helps to avoid problems that need to be solved in order to facilitate the child's educational process. On the other hand, educational concepts should be generally focused on the child, not on situations, as well as on the processes of acquiring knowledge, rather than on the dynamics of interactions between teachers, professors, educational assistants from one and the student on the other. Both the health and education systems require interconnection, as well as the promotion of cooperation with the aim of more comprehensively perceiving the child and his development needs.

Key words: *child development, functionality, education, health*

Literatura

1. WHO. Disability and Health. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> [pristupljeno 25.08.2018].
2. UNICEF. Konceptualizovanje inkluzivnog obrazovanja i njegovo kontekstualizovanje u okviru Misije UNICEF. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
3. Bitsko RH, Holbrook JR, Robinson LR, et al. Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders in Early Childhood – United States, 2011-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Reo* 2016; 65:221-6.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Mental health surveillance among children – United States, 2005-2011. *MMWR* 2013;62(Suppl; May 16, 2013):1-35
5. WHO, World Bank. (2011) World Report on Disability. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/disabilities/world-report/2011/report.pdf> [pristupljeno 20.08.2018].
6. UNICEF. Nastavnici, inkluzivna nastava i pedagogija usmerena na dete. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
7. UNICEF. Definicija i klasifikacija smetnji u razvoju. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
8. Handicap International. Equal right, equal opportunity. Inclusive education for children with disability. Global campaign for education. https://www.bildungskampagne.org/sites/default/files/download/Equal%20Right%20Equal%20Opportunity_WEB_2.pdf [pristupljeno 25.08.2018].
9. UNICEF. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 2012.
10. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood coming of age. Science through the life-course. *Lancet* 2016;36(16):31389-7
11. Britto PR, Lye S, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2016; 6736(16):31390-3
12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, Geneva, 2001
13. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth, Version, WHO, Geneva, 2007
14. Registar dece s smetnjama u razvoju; stručno metodološko uputstvo za primenu registra. Urd. S. Plavšić I A. Jović. U štampi Institut za javno zdravlje Beograd
15. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale for early childhood development. *Lancet* 2016; 6736(16):31698-1
16. Filmer D. Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys. *World Bank Economic Review*, 2008;22(1):141-63
17. Daelmans B, Darmstadt G, Lombardi J, et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet* 2016; 6736(16):31659-2

18. UNESCO. Guidelines for Inclusion: ensuring access to education for all, Paris 2005 http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Guidelines_for_Inclusion_UNESCO_2006.pdf [pristupljeno 23.08.2018].
19. Heckman the economics of human potential. Invest in Early childhood development: reduce deficits, strengthen the economy. <https://heckmanequation.org/resource/invest-in-early-childhood-development-reduce-deficits-strengthen-the-economy/> [pristupljeno 25.08.2018].
20. Montag JL, Jones MN, Smith LB. The Words Children Hear: Picture Books and the Statistics for Language Learning. Psychol Sci 2015;26(9):1489-96.
21. Krsmanović S, Grujičić R, Herrea A, Rudić N, Jerećim M, Pejović Milovančević M. Prve tegobe i podrška/pomoć porodicama dece s poremećajima iz spektra autizma. Psihijatra danas, u štampi
22. Pejovic-Milovancevic M, Stankovic M, Mitkovic-Voncina M, Rudic N, Grujicic R, Herrera A, Stojanovic A, Nedovic B, Shih A, Mandic-Maravic V, Daniels A. Perceptions on support, challenges and needs among parents of children with autism: the serbian experience. Psychiatria Danubina, in press
23. Education, European Agency for Development in Special Needs. "Profile of Inclusive Teachers." Odense: European Agency for Development in Special Needs Education, 2012.
24. UNICEF. "Child Friendly Schools Manual." New York: UNICEF, 2009. "The right of children with disabilities to education: A rights-based approach to inclusive education. Position paper". Geneva, 2012.
25. UNESCO (1994) The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF [pristupljeno 25.08.2018].
26. Vlaović Vasiljević D, Miloradović S, Pejović-Milovančević M. Vodič za rad interresornih komisija za procenu potrebe za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene ili socijalne podrške detetu i učeniku. Centra za socijalnu politiku, Beograd 2016.
27. Republički zavod za statistiku i UNICEF, 2014. Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u Srbiji 2014, i Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u romskim naseljima u Srbiji 2014, Glavni nalazi. Beograd, Srbija: Republički zavod za statistiku i UNICEF, 2014.

Doc. dr Milica PEJOVIĆ MILOVANČEVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Doc. dr Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: milica.pejovic@imh.org.rs

UDK 376.1-056.24-057.874(497.11)

613.86:005.71(497.11)

COBISS.SR-ID 275794700

PRIKAZ RADA OSNOVNE ŠKOLE „DR DRAGAN HERCOG“ I SARADNJA SA INSTITUTOM ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Zoran Aleksić¹, Tatjana Grumić¹

¹Osnovna škola „Dr Dragan Hercog“, Beograd

Apstrakt: Nastava sa decom na bolničkom lečenju prvi put je organizovana u Švajcarskoj, Lozana, 1910. godine. Prvi organizovani oblici vaspitno-obrazovnog rada u našoj zemlji vezuju se za period posle Drugog svetskog rata, a prva odeljenja u bolnicama pripadala su školama koje su bile teritorijalno najbliže. Takva organizacija rada nije obezbeđivala kontinuitet i ujednačenost kvaliteta nastave, javila se potreba za osnivanjem škole koja će raditi samo sa decom na bolničkom lečenju. Prvog septembra 1969. godine, zvanično počinje sa radom Osnovna škola „Dr Dragan Hercog“, jedinstvena po obliku organizacije i realizacije nastave: u beogradskim bolnicama i kućna nastava. Ubrzo po osnivanju škole, 1971. godine, otvara se jedno odeljenje mladih razreda na Institutu za mentalno zdravlje, a tokom narednih godina i u Dečjoj dnevnoj bolnici, kao i na Kliničkom odeljenju za decu i omladinu kako za mlade, tako i za starije razrede. Nastavnik u bolnici mora da odgovori na složene zahteve: da poznaje kliničke slike ranih razvojnih poremećaja i njihov uticaj na nastavni proces, da poseduje veliku fleksibilnost, prilagodljivost, strpljenje, pozitivan stav, posvećenost i kreativnost. Mora da bude dobar organizator nastavnog procesa, da učestvuje u timskom radu. Značaj škole u bolnici je da se učenicima na bolničkom lečenju obezbedi kontinuitet u obrazovno-vaspitnom procesu, odnosno da stvori uslove za njihov povratak u školu, lakši i brži nastavak školovanja. **Zaključak:** Višedecenijskom saradnjom bolnice i škole uspešno smo realizovali zajednički cilj „dobrobit svakog deteta“ i zato je treba nastaviti.

Ključne reči: škola u bolnici, saradnja IMZ i škole, značaj škole u bolnici

Istorijat – nastava u bolnici

Potreba da se organizuje nastava sa decom na bolničkom lečenju realizovana je prvi put u Švajcarskoj, u Lozani 1910. godine, na klinici u kojoj je radio univerzitetski profesor doktor Rolije [1]. To su bili prvi, pionirski pokušaji da se sistemski reši problem edukacije dece kojoj je bolest uskraćivala mogućnost na redovno školovanje. Istorijske okolnosti koje su ubrzo usledile samo su potvrdile neophodnost takvog vida školovanja. Nakon Prvog, a posebno Drugog svetskog rata potreba za nastavom u bolnici bila je veoma izražena [2].

U Jugoslaviji se prvi organizovani oblici vaspitno-obrazovnog rada vezuju za 1946. godinu. Novo političko i društveno uređenje stvorilo je klimu da se deca traumatizirana ratnim strahotama, ranjena ili obolela od bolesti koje su zahtevale dugotrajno bolničko lečenje uključe u obrazovni sistem. Prva odeljenja u bolnicama pripadala su školama koje su bile teritorijalno najbliže, i ovakav vid školovanja vezuje se za veće gradove. Međutim, takva organizacija rada nije obezbeđivala kontinuitet i ujednačenost kvaliteta nastave, i vremenom se javila potreba za osnivanjem škole koja će raditi sa decom na bolničkom lečenju.

Škola

Prvog septembra 1969. godine, zvanično počinje sa radom Osnovna škola „Dr Dragan Hercog“. Prve godine rada, nastava se odvijala u tri bolnice i dve kućne nastave. Školske 1969/70 bilo je 23 odeljenja, a ove školske godine upisano je 55 odeljenja. Danas su učenici pokriveni nastavom u 12 bolnica i 48 svojih domova. Dnevni prosek je između 180 i 230 učenika, dok se na godišnjem nivou nastavom obuhvati oko 2000 učenika iz svih krajeva Srbije i Republike Srpske. Na realizaciji nastavnog procesa angažovano je 75 nastavnika svih profila.

Saradnja

Ubrzo po osnivanju škole, 1971. godine, na inicijativu profesora Svetomira Bojanina otvara se jedno odeljenje mlađih razreda na Institutu za mentalno zdravlje, a već 1994. godine otvara se još jedno odeljenje mlađih razreda. Od 1997. godine organizuje se nastava i za učenike od petog do osmog razreda, koja sa izvesnim prekidima traje i danas [1].

Na Kliničkom odeljenju za decu i omladinu od 2013. godine počinje da se realizuje nastava za mlađe razrede, a od 2016. godine i za starije razrede.

Nastavnik u bolnici – IMZ

Nastavnik u bolnici mora da odgovori na brojne složene zahteve: da poznaje kliničke slike ranih razvojnih poremećaja i njihov uticaj na nastavni proces, da poseduje veliku fleksibilnost, prilagodljivost, strpljenje, pozitivan stav, posvećenost, kreativnost. Nastavnik nije samo predavač, već osoba puna

razumevanja i spremnosti za saradnju kako sa bolničkim osobljem, tako sa roditeljima i matičnom školom.

Edukacija nastavnika je imala uzlaznu razvojnu putanju. Pre pojave akreditovanih seminara najveću pomoć nastavnici su dobili kroz brojna predavanja/savete lekara DDB dr prof. Svetomira Bojanina, dr Nenada Rudića, kao i defektologa Milene Karović Banjac, Viole Povše Ivkić, Tanje Govedarice. Njihova iskustva iz neposredne prakse su dragocena i nezamenljiva za nastavnike. Saradnju godinama dopunjujemo obradom različitih tema: upoznavanjem kliničkih slika ranih razvojnih poremećaja i njihovog uticaja na nastavni proces, uključivanjem roditelja kao saradnika u nastavnom procesu.

Izazovi

Nastavnik mora da bude i dobar organizator nastavnog procesa jer se svakodnevno susreće sa:

- Čestim promenama strukture u kombinovanom odeljenju – prijemi i otpusti;
- Učenicima sa različitim poremećajima;
- Velikim oscilacijama u funkcionisanju učenika (motivacija, angažovanje...);
- Velikim razlikama u nivou prethodno usvojenih nastavnih sadržaja – učenici istog razreda;
- Radom u kombinovanom odeljenju sa učenicima kojima je potrebna dodatna podrška u nastavi.

Specifičnosti realizacije nastave

U neposrednom radu nastavnik mora da uvažava svakodnevno zdravstveno stanje učenika. To je presudno za napredovanje i usvajanje novih sadržaja. Nastavnik nastoji da primenjuje, kada je moguće, frontalni i grupni rad. Učenik se tada oseća da je u prirodnom školskom okruženju, ali najčešće zbog prirode bolesti i tretmana nastavnik pribegava individualizaciji i koristi individualni pristup. Za kvalitetnu nastavu iskusan nastavnik koristi različite metode i tehnike, raznovrsna nastavna sredstva.

Saradnja sa medicinskim osobljem – neposredno

Svakodnevna saradnja nastavnika sa medicinskim sestrama obuhvata: informacije o trenutnim prijemima učenika, opšte podatke o svakom od njih, njihove kliničke slike, podatke ili dokumentaciju (primerak IOP) za učenika kojem je potrebna dodatna podrška, planirano trajanje boravka u bolnici, da li je učenik poneo školski pribor, za koje učenike su planirani otpusti.

Saradnja sa specijalnim pedagogom, defektologom, psihologom bolnice se realizuje kroz razmenu mišljenja i zapažanja o opštem angažovanju učenika, motivaciji, trenutnom nivou postignuća, razgovoru o tome koje metode i tehnike se primenjuju u radu kod određenih učenika i daju pozitivne ishode i u kojim oblastima.

Saradnja sa izabranim lekarom učenika podrazumeva sve prethodno navedeno, ali i dogovor vezan za pisanje izveštaja nastavnika matičnoj školi, kao i podatak za koje učenike na dužem lečenju poslati zahtev matičnoj školi za uzimanje prevodnice.

Nastavnik u bolnici, po potrebi, organizuje saradnju Stručnog tima IMZ i IOP tima matične škole za nekog učenika. Razredne starešine su članovi Stručnih timova bolnice gde na sastancima iznose svoja zapažanja o prisutnim učenicima.

Kako je školovanje obavezna svakodnevna aktivnost njihovih pacijenata, medicinsko osoblje želi da bude informisano o promenama kako Zakona, tako i brojnih Pravilnika vezanih za obrazovanje o čemu ih informiše nastavnik-koordinator na njihovim Stručnim timovima.

Saradnja sa medicinskim osobljem – posredno

Lekar u dispanzeru informiše dete i njegove roditelje da se na Kliničkom odeljenju za decu i adolescente realizuje nastava, tako da je učenik po prijemu od prvog dana spreman za školu.

Za pojedine učenike, po proceni lekara ili na molbu roditelja, nastavnik piše izveštaj za učenike mlađih razreda koji sadrži: period prisustva nastavi u bolnici, opštu procenu učenika (motivaciju, pažnju), procenu postignuća po predmetima, preporuke za dalji rad i napredovanje. Izveštaj se piše u dva primerka, jedan roditelj predaje nastavniku u matičnoj školi, a jedan je za lekara i sastavni je deo istorije bolesti.

Za učenike starijih razreda svaki nastavnik posle svog održanog časa upisuje sveobuhvatna zapažanja za svakog učenika u svesku utisaka i ona je važan dokument za Stručni tim odeljenja.

Značaj škole u bolnici za učenike

Realizacijom obrazovno-vaspitnog procesa u bolnici:

- Ostvaruje se pravo deteta na obrazovanje;
- Omogućuje se kontinuitet nastave (nema potrebe da se polaže razredni ispit zbog velikog broja izostanaka sa nastave u matičnoj školi);
- Olakšava se adaptacija deteta na bolničke uslove;
- Proces učenja postaje deo sveobuhvatnog bolničkog tretmana deteta;
- Kako su školske aktivnosti svima poznate, prisustvom na nastavi smanjuje se stres kako kod deteta, tako i kod njegovih roditelja;
- Olakšava se nastavak školovanja pri povratku u matičnu školu;
- Za učenike 8. razreda postoji mogućnost polaganja završnog ispita u bolnici.

Značaj škole u bolnici za društvenu sredinu

Nastavnici naše škole pružaju neposrednu podršku učiteljima u beogradskim redovnim školama tako što pišu izveštaje sa sugestijama i preporukama za dalji rad za učenike koji se vraćaju u svoje škole, daju savete za rad i ukazuju na najbolje metode. Brojni su primeri da naš učitelj svojim pristupom bude podrška učeniku prilikom adaptacije na novu školsku sredinu. Osim savetodavne pomoći kolegama, nastavnik je velika podrška i učeniku i njegovim roditeljima pri uključivanju učenika iz DDB kod kojih se ublaže zdravstveni problemi do njegove potpune adaptacije.

Učitelji pružaju pomoć i podršku učiteljima širom Srbije kroz pisanje izveštaja o opštoj proceni učenika i preporuke za dalji rad i napredovanje.

Nastavnici predmetne nastave pružaju pomoć razrednim starešinama učenika viših razreda širom Srbije putem neposredne komunikacije, pisanjem izveštaja ili prevodnice sa ocenama.

Edukovani nastavnici naše škole su važan resurs za nastavnike redovnih škola jer im pružaju pomoć pri uključivanju učenika sa mentalnim zdravstvenim problemima nakon hospitalizacije ka redovnom školskom procesu.

Informisanje lekara na međunarodnom stručnom skupu Društva za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke (DEAPS) prezentovanjem radova nastavnika-koordinatora na brojne teme: o oblicima rada škole u bolnici, značaju škole u IMZ, primeri dobre prakse, u cilju da ovaj oblik rada počne da se primenjuje i u drugim bolnicama na celoj teritoriji Republike Srbije.

Zaključak

Višedecenijskom saradnjom bolnice i škole uspešno smo realizovali zajednički cilj „dobrobit svakog deteta“ i zato je treba nastaviti.

OVERVIEW OF THE ELEMENTARY SCHOOL “DR DRAGAN HERCOG” ACTIVITIES AND THE COLLABORATION WITH THE INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Zoran Aleksić¹, Tatjana Grumić¹

¹ Primary school “*Dr Dragan Hercog*”, Belgrade

Abstract: Hospital school program was first organized in Switzerland, Lausanne in 1910. The first organized forms of such educational work in our country date back to post-WW II period, and first classes in hospitals belonged to the nearest schools. Since such organization could not ensure continuous and uniform quality of education, a need arose to establish a school that would be solely focused on working with hospitalized children. On September 1st, 1969, primary school *Dr Dragan Hercog* officially started its operation, unique by its organization and education form: in Belgrade hospitals and through home school programs. In 1971, shortly after the school was established, one department of junior grades was set up at the Institute of Mental Health, at the Children's Daily Hospital over the following years, and also at the Children and Youth Health Care Department both for junior and senior grades. A hospital teacher must meet complex requirements: to be familiar with clinical features of early developmental disorders and their effects upon the teaching process, to boast of high flexibility, adaptability, patience, positive attitude, commitment and creativity. He/she must be a good organizer of the teaching process and take part in teamwork. The purpose of a school in hospital is to provide hospitalized pupils with continuity in educational process, i.e. to create conditions for their comeback to schools, easier and faster continuation of education. **Conclusion:** Owing to decades-long cooperation between the hospital and the school we have successfully accomplished the common goal of “every child's welfare“ which is why such cooperation should be sustained.

Keywords: *school in hospital, cooperation between IMH and school, the purpose of a school in hospital*

Literatura:

1. Joksimović A. Škola za sve – školovanje u bolnici i kućnim uslovima; Zbornik radova sa stručnog skupa Beograd: MP; 1995.
2. Trnavac N. Škole na slobodnom vazduhu; Leksikon istorije pedagogije srpskog naroda; Zavod za udžbenike, Beograd; 2012.

Zoran ALEKSIĆ, direktor osnovne škole „Dr Dragan Hercog“, Beograd, Srbija

Zoran ALEKSIĆ, director, Primary school „Dr Dragan Hercog“, Belgrade, Serbia

E-mail: gnjata@gmail.com

UDK 159.922.72.072-053.4
373.29:159.9
COBISS.SR-ID 275795468

ZRELOST ZA POLAZAK U ŠKOLU

Jelena Radosavljev Kirčanski^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje

²Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum

Apstrakt: Polazak deteta u školu predstavlja važan momenat u odrastanju i za dete i za roditelje. Kako će ovaj period proteći zavisi, između ostalog, i od zrelosti deteta. Kriterijumi za procenu zrelosti za polazak u školu baziraju se na hronološkoj dobi, ali i na razvojnom stupnju koji detetu omogućuje da primereno reaguje na zahteve škole. Pre upisa u školu svako dete prolazi fizikalni pregled i procenu od strane školskog psihologa/ pedagoga, tokom kojih se procenjuje njegova spremnost za polazak u školu. Osnovne komponente koje se procenjuju su telesna, intelektualna, socijalna, emocionalna i motivaciona zrelost. Istraživanja pokazuju da su emocionalni i socijalni razvoj povezani sa akademskim uspehom. Predlaže se uvođenje dinamičke procene od strane psihologa/pedagoga, kako bi se sagledale ne samo trenutne sposobnosti deteta, već i “zona narednog razvoja”. Razmatra se mogućnost promene paradigme – od procene deteta i njegovog prilagođavanja školi, do procene spremnosti škole i uvođenja individualizovane nastave, sa ciljem da se uvažavaju osobenosti svakog pojedinačnog deteta i da mu se olakša adaptacija i proces školovanja.

Ključne reči: *polazak u školu, zrelost za školu, psihološka procena*

Uvod

Polazak u školu je važan trenutak za dete i njegove roditelje. Ulaskom u školu dete postaje deo organizovane i strukturisane sredine, uči se sistemu vrednovanja i takmičenja, sreće sa obavezama koje su zahtevnije od onih u predškolskom periodu, a osećanje odgovornosti za njihovo ispunjavanje je veće. Prvi školski dani mogu biti uzbuđujući i za većinu dece oni protiču bez problema. Ali, ovo može biti i period nelagodnosti i straha od nepoznatog, kako kod dece tako i kod roditelja koji su zabrinuti kako će se njihovo dete prilagoditi zahtevima škole, hoće li biti uspešno i hoće li naći prijatelje. Strahovi su naročito prisutni ako dete nije dostiglo očekivani stepen zrelosti za polazak u školu. Stoga je važno proceniti detetovu zrelost i spremnost, ali i otkriti eventualne poteškoće, kako bi se one na vreme otklonile.

Osnovna škola u Srbiji je obavezna. Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja donelo je zakon u kojem je definisano da se “u prvi razred upisuje svako dete koje do početka školske godine ima najmanje šest i po, a najviše sedam i po godina. Izuzetno, detetu može da se odloži upis u prvi razred za godinu dana. Dete koje ima od šest do šest i po godina upisuje se u prvi razred nakon provere spremnosti za polazak u školu. Ako dete starije od sedam i po godina zbog bolesti ili drugih razloga nije upisano u prvi razred, može da se upiše u prvi ili odgovarajući razred, na osnovu prethodne provere znanja, koju obavlja tim sastavljen od nastavnika razredne nastave, pedagoga i psihologa škole uvažavajući standarde postignuća i ceneći najbolji interes deteta.” [1]

Škola kao institucija ima određene zahteve za dete, a hoće li se ono snaći i prilagoditi zavisi od stepena njegove zrelosti. S obzirom da se deca ne razvijaju jednakom brzinom ni telesno ni psihički, propisana hronološka dob deteta nije jedini i pouzdan način merenja zrelosti. Stoga se koristi i drugi kriterijum – spremnost deteta za polazak u školu, a određuje se kao minimum razvojnog stupnja koji detetu omogućuje da primereno reaguje na zahteve škole [2]. Podrazumeva sposobnost deteta da se prilagodi zahtevima škole, zadovolji kriterijume učitelja, napreduje u učenju i bude u stanju da prikaže rezultate tog napretka u objektivnim testovima i u procenama učitelja, odnosno uključuje celokupni odnos deteta i škole [3].

Zrelost za polazak u školu

Zrelost deteta za polazak u školu uključuje telesnu, intelektualnu, socijalnu, emocionalnu i motivacionu komponentu.

1. Telesna zrelost

Dete mora dostići određen stepen telesne zrelosti da bi moglo da podnese ritam škole – svakodnevno nošenje školske torbe, višesatno sedenje u klupi, časove fizičkog vaspitanja. Stoga se obavlja fizikalni

pregled, koji uključuje merenje visine i težine, držanje deteta, razvijenost čulnih organa (pregled oftalmologa i audiologa), kao i proveru pojave stalnih zuba. Telesno zrelo dete dostiže visinu oko 120 cm za dečaka i 117 cm za devojčice i težinu oko 20 kg.

2. Intelektualna zrelost

Osnovni zadaci koje se tokom školovanja postavljaju pred dete su intelektualne prirode, pa je bitno proceniti razvoj govora, razvijenost pažnje i pamćenja, grafomotorne veštine i naravno inteligenciju.

Pre polaska u školu dete bi trebalo da ima razvijen govor, kako bi moglo adekvatno da razume druge i izrazi svoje potrebe, misli i osećanja. Okvirni fond reči na predškolskom uzrastu je oko 3000, iako se na dnevnom nivou koristi svega stotinak. Dete je u stanju da ih izgovara relativno tačno, da prepozna glasove koji ih čine, kao i da odredi koji je glas početni.

Do polaska u školu dete je retko primorano da u kontinuitetu održava pažnju na nekom sadržaju. U školi se od njega očekuje da pažnju usmeri i održi dovoljno dugo na sadržaju koji mu se prezentuje. Kod većine dece u tom uzrastu pažnja je kratkotrajna (obično do 15-ak minuta) i distraktibilna, što čini poseban izazov učiteljima, naročito u prvim mesecima školovanja.

Tokom predškolskog programa deca se uče grafomotoričkim veštinama, koje imaju značajan uticaj na savladavanje veština čitanja i pisanja. Do polaska u školu očekuje se da je dete ovladalo upotrebom olovke, da ume da nacrtaja ljudsku figuru i prepoznatljive geometrijske oblike.

Intelektulne sposobnosti, iako od pojave inkluzivnog obrazovanja ne predstavljaju ključni kriterijum za definisanje spremnosti deteta za polazak u školu, i dalje čine značajnu komponentu u proceni mogućnosti da dete adekvatno prati i savladava školski program. Prema Pijažeu, očekuje se da na ovom uzrastu dete pređe iz predoperacionalnog u stadijum konkretnih operacija, što predstavlja značajnu kvalitativnu promenu u načinu mišljenja. Konkretno operacije su interiorizovane akcije, koje su reverzibilne (mogu se odvijati u dva smera; npr. sabiranje se može preokrenuti u oduzimanje), omogućavaju obrazovanje celovitih sistema (nijedna operacija ne postoji izdvojena, već se obrazuje u okviru celovite klasifikacije kojoj pripada; npr. brojevi se ne pojavljuju nezavisno jedan od drugog već se razumeju kao elementi uređenog niza) i daju mogućnost da dve operacije iste vrste mogu biti komponovane u treću operaciju koja i sama pripada toj vrsti (npr. više uzastopnih sabiranja jednako je jednom sabiranju). Na taj način se proširuje pojmovno i logičko mišljenje, sposobnost shvatanja odnosa i veza među stvarima i pojavama koje deca

opažaju, ali i predviđanje tih odnosa bez ranije stečenog iskustva. Grade se glavne misaone operacije koje koristimo pri formiranju pojmova, apstrakcija i generalizacija. Deca između 6 i 7 godina nalaze se u stadijumu konkretnih operacija, a zbog razlika u iskustvima koja su stekli u svojoj okolini mogu se međusobno razlikovati u brzini prelaska iz predoperacionalne u operacionalnu fazu [4].

3. Socijalna zrelost

Ova vrsta zrelosti odnosi se na mogućnost uspostavljanja i održavanja društvenih veza i povezana je sa emocionalnom zrelošću deteta. Dete mora da prihvati društvene obaveze i norme koje važe u novoj grupi (razredu) i da se izbori za svoje mesto u njoj. Vršnjaci postaju kriterijum za poređenje, oni procenjuju dete dajući mu do znanja da li ga prihvataju ili ne, što utiče na izgrađivanje slike o sebi i razvoj samopoštovanja. Dete bi trebalo da bude sposobno za saradnju sa drugima, za pravljenje dogovora i kompromisa i rešavanje konflikata na socijalno prihvatljiv način. Osim veština komunikacije i saradnje sa vršnjacima, socijalna zrelost uključuje i autoritet učitelja i sposobnost da se on u određenim situacijama nadredi do tada najbitnijem autoritetu roditelja.

4. Emocionalna zrelost

Emocionalna zrelost pretpostavlja da su detetove emocije stabilne, a reakcije primerene situaciji. Dete postepeno ovladava mogućnošću da diferencira osećanja i da ih ispoljava. Očekuje se da do polaska u školu ono na prihvatljiv način reaguje na uskraćivanje svojih želja i potreba i da je razvilo odgovarajuću emocionalnu kontrolu – da zna da prikrije ili manje intenzivno, na socijalno prihvatljiviji način ispolji emocije, naročito ljutnju i bes. Bitno je da može tolerisati frustraciju, jer to omogućava da istraje i onda kada mu nešto nije po volji, kada mu nije zabavno i prijatno.

Istraživanja pokazuju da je emotivni i socijalni razvoj povezan sa akademskim postignućima. Deca koja imaju teškoće sa održavanjem i usmeravanjem pažnje, ili sa kontrolom negativnih osećanja (ljutnje ili nelagode) imaju i lošije školsko postignuće [5]. Sposobnost da na prosocijalan način regulišu emocije omogućava im da sa vršnjacima i nastavnicima grade bolje odnose i da ih oni bolje prihvate, pa se posredno odražavaju i na uspeh u školi [6].

5. Motivacija

Do polaska u školu u detetovom životu mnoge aktivnosti su bile podređene detetovim željama, interesovanjima, mašti. Iako je i tada bila prisutna unutrašnja potreba za saznavanjem, sada dete mora da uči u mnogo strukturiranijem setingu, što nije uvek u skladu sa njegovim trenutnim

željama. Zato je važno da razvije zainteresovanost za učenje i usvajanje novih znanja i veština.

Neki autori prave razliku između pojmova spremnost za školu (*readiness for school*) – da li će dete biti uspešno u tipičnom školskom kontekstu i spremnost za učenje (*readiness to learn*) – da li je dete spremno da (na)uči neki specifičan sadržaj [7]. Kada kažemo da je dete spremno za školu podrazumevamo oba ova značenja.

Procena zrelosti deteta za polazak u školu

Roditelji su dužni da dete upišu u osnovnu školu ukoliko ono na početku školske godine ima najmanje šest i po i najviše sedam i po godina. Upisna procedura se odvija u periodu od 1. aprila do kraja maja.

Nakon dobijene potvrde da je dete završilo obavezni predškolski program i obavljenog sistematskog pregleda školski psiholog/pedagog ispituje zrelost deteta za pohađanje osnove škole, primenjujući standardne instrumente.

Prvi test koji je imao za cilj procenu da li je neko dete spremno da krene u školu konstruisao je 1904. god. Alfred Bine na molbu Ministarstva Francuske. Ovaj test (Bine Simonova skala) je i nakon više od sto godina i dalje u upotrebi među kliničkim psiholozima. Do vremena kada su deca polazila u školu sa sedam godina u našoj sredini za procenu zrelosti za polazak u školu koristio se Test za ispitivanje prvaka (TIP-1) [8]. Uvaživši promene u obrazovnom sistemu – pomeranje polaska u prvi razred na 6 godina i uvođenje inkluzivnog obrazovanja, konstruisan je Test zrelosti za školu [9], ali je ubrzo pokazano da nedovoljno diskriminiše nadprosečnu decu, zbog čega je bio manje pogodan za selekciju u razrede. Tako je konstruisan Test zrelosti za školu +, koji sadrži pet subtestova: vizuelni rečnik (test lingvističke kompetencije), infromisanost (test praktičnog znanja i socijalne adaptiranosti), vizuelnu memoriju (test sposobnosti upamćivanja i pažnje), slaganje kocaka (test vizuo-motorne koordinacije, perceptivne organizacije i sposobnosti planiranja) i šifru (test sposobnosti učenja iz iskustva, koncentracije i vizuo-motorne koordinacije).

Nakon primene testa psiholog/pedagog zaključuje da li je dete spremno da krene u školu. Škola može da utvrdi da postoji potreba za donošenjem individualnog obrazovnog plana (IOP) ili za dodatnom podrškom u obrazovanju deteta. Ukoliko roditelj iz bilo kog razloga sumnja u odluku, može podneti zahtev za ponovno testiranje komisiji škole. Nakon ponovnog ispitivanja o spremnosti za upis, komisija donosi odluku o upisu deteta u prvi razred ili odlaganju upisa na godinu dana i ponovno pohađanje predškolskog programa. Istraživanja o efektima odlaganja polaska u školu pokazuju da odlaganje polaska u školu ili zadržavanje u

predškolskom programu još jednu godinu nema značajnih pozitivnih rezultata i da je za dete najbolje da se uključi u podsticajnu sredinu [9].

Promena paradigme

Testiranje predškolaca nije jednostavno. Oni kod psihologa ne dolaze svojevremeno, neki su uplašeni pri susretu sa nepoznatom osobom koja ih stavlja u visoko strukturisanu situaciju i zahteva da, u vremenski ograničenom period, odgovaraju na zahteve od kojih neki prevazilaze detetove aktuelne kapacitete. Za razliku od kliničke procene, koja se može obavljati u više susreta, procena zrelosti za polazak u školu je jednokratna. Dete samo jednom, u kratkom periodu, treba da pokaže šta zna. Roditelji neretko budu frustrirani jer dete nije pokazalo svoja maksimalna, a nekad ni optimalna postignuća. Zbog toga bi procena trebalo da obuhvati ne samo ono što dete može u datom trenutku, već i da pokaže šta ono može u budućnosti, kako će se dalje odvijati njegov kognitivni razvoj.

Vigotski je uveo pojam “zone narednog razvoja” kako bi razlikovao šta dete može da uradi samostalno od onoga što može da postigne uz pomoć odraslog [10]. Po njemu, kognitivni razvoj se odvija uz asistenciju kompetentnijih drugih, odraslih ili vršnjaka. Mehanizam kojim socijalna interakcija utiče na razvoj je internalizacija; svaka funkcija u kulturnom razvoju deteta pojavljuje se prvo na socijalnom nivou, a nakon njenog pounutrenja na psihološkom, individualnom nivou.

Uvažavajući ovaj koncept zone narednog razvoja, neki autori predlažu uvođenje dinamičke procene [11]. Predlog je u potpunosti u skladu sa idejom inkluzivnog obrazovanja, ali se s obzirom da trenutnu organizaciju obrazovnog sistema, još uvek čini nedostižnim. U našoj sredini škola je i dalje zasnovana na normiranju i proceni uspešnosti deteta na osnovu komparacije sa drugom decom istog kalendarskog uzrasta, pa uprkos mogućnosti kreiranja individualnih obrazovnih planova za pojedinačno dete, mogućnosti individualizacije koristi veoma skromno.

Neki autori se zalažu za promenu paradigme. Po njima treba ukinuti pojam spremnosti za polazak u školu i polazak u školu shvatiti ne kao izazov deci, već roditeljima, predškolskim ustanovama i školi [12]. Ključno pitanje ne bi trebalo da bude da li je dete spremno za školu, već da li je škola spremna za dete. Škola je ta koja, individualizovanim pristupom, treba da se prilagodi svakom pojedinačnom detetu. Ona bi trebalo da se bazira na komunikaciji i kooperaciji između obrazovnog sistema i roditelja, čime se omogućava kontinuitet detetovog iskustva, a dete od pasivnog objekta postaje aktivni učesnik u obrazovanju [13].

Zaključak

Od trenutka procene zrelosti deteta za polazak u školu, pa tokom čitavog procesa obrazovanja, pristup detetu u školi je uniforman – nastavni planovi, programi i načini procene stepena u kojoj ih je dete usvojilo su univerzalni za svu decu. Škola je i dalje više fokusirana na reprodukovanje prezentovanog, nego na ishode učenja. Prethodna znanja i iskustva deteta se često ne uvažavaju.

Da bi ovakav pristup mogao da se promeni potrebno je ne samo reorganizovati postojeći sistem obrazovanja, već i uticati na svest učesnika u obrazovnom procesu kako bi koncept učenja kreiran još u vreme industrijske revolucije prilagodili detetu XXI veka.

MATURITY FOR SCHOOL BEGINNING

Jelena Radosavljev Kirćanski^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Department of Psychology, Faculty of Media and Communications,
Singidunum University, Belgrade, Serbia

Abstract: Starting school is an important moment in growing up for both the child and the parent. How this period will go depends, among other things, on the maturity of the child. Criteria for assessing maturity for going to school are based on a chronological age, but also on a development stage that allows the child to respond appropriately to the requirements of the school. Prior to enrollment in school, each child undergoes physical examination and assessment by a school psychologist/pedagogue, during which his / her readiness to attend school is assessed. The basic components of assessment are physical, intellectual, social, emotional and motivational maturity. Research shows that emotional and social development is linked to academic success. It is recommended to introduce a dynamic assessment by a psychologist / pedagogue, in order to take into account not only the child's healing capacity, but also the "future development zone". The possibility of changing the paradigm from the assessment of the child and its adjustment to the school, to the assessment of the readiness of the school and the introduction of individualized teaching, is considered in order to respect the individuality of each individual child and to facilitate the adaptation and the education process.

Key words: *starting school, maturity for school, psychological assessment*

Literatura:

1. Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja. Službeni glasnik RS, br. 88/2017 i 27/2018; član 18.
2. Lemelin JP, Boivin M, Forget-Dubois N, Dionne G, Seguin JR. i sar. The genetic-environmental etiology of cognitive school readiness and later academic achievement. *Child Development*. 2007;8:1856-62.
3. Čudina Obradović M. Spremnost za školu: višestrukost značenja pojma i njegova suvremena uporaba. *Odgojne znanosti*. 2008;10(2):285-300.
4. Starc B, Čudina Obradović M, Pleša A, Profaca B, Letica M. Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi: priručnik za odgojitelje, roditelje i sve koji odgajaju djecu predškolske dobi. Zagreb: Tehnička knjiga; 2004.
5. Raver C. Young children's emotional development and school readiness. *Social policy report*. 2003;16.3:3-19.
6. Shores, RE, Wehby JH. Analyzing the classroom social behavior of students with EBD. *Journal of Emot and Behavioral Disorders*. 1999;7(4):194-9.
7. Kagan SL. Readiness 2000: Rethinking rhetoric and responsibility. *The Phi Delta Kappan*. 1990;72.4:272-9.
8. Ivić I, Milinković M, Pešikan A, Bukvić A. Test za ispitivanje prvaka (TIP-1) – Priručnik. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2004
9. Tovilović S, Baucal A. Procena zrelosti za školu - kako pristupiti problemima procene i adaptacije marginalizovane dece na školu. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2007.
10. Vigotski L. Mišljenje i govor. Beograd: Nolit; 1977.
11. Luković S, Baucal A, Tišma B. Dinamičko procenjivanje zone narednog razvoja testom za ispitivanje prvaka-1 (TIP-1). *Applied Psychology*. 2013;6.4:371-83.
12. Somolanci Tokić I, Kretić Majer J. Dijete kao aktivni sudionik polaska u osnovnu školu. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*. 2015;61.1:103-10.
13. Carlton M, Winsler A. School readiness: The need for a paradigm shift. *School Psychology Review*. 1999;28:338-52.

Jelena RADOSAVLJEV KIRČANSKI, dr sc, docent, specijalista medicinske psihologije, Institut za mentalno zdravlje, Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum, Beograd, Srbija

Jelena RADOSAVLJEV KIRCANSKI, PhD, Associate Professor of Clinical Psychology, Specialist in Medical Psychology, Institute of Mental Health, Department of Psychology, Faculty of Media and Communications, Singidunum University, Belgrade, Serbia

E-mail: jradosavljev@yahoo.com

DECA SA TEŠKOĆAMA UČENJA U BOLNIČKIM USLOVIMA I SARADNJA SA ŠKOLAMA

Milena Rajković

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Detinjstvo i adolescencija nisu ni laki ni srećni kako bi mi to želeli. Predstavu o srećnom detinjstvu remete saznanja da deca u tim godinama imaju razne tegobe koje utiču na razvojni tok. One mogu biti različite počevši od fizičke bolesti, frustracije, kazne, neprekidno povećanih zahteva od strane odraslih koji su često nagli i sa mnogo pritisaka, potom teškoće življenja u disfunkcionalnim porodicama, izloženost traumatskim iskustvima itd. Pritisci koji remete rast i razvoj deteta prete da ugroze formiranje psihički zdrave i emocionalno stabilne ličnosti. Kod dece sa smetnjama u mentalnom zdravlju ponekad postoje indikacije za hospitalni tretman. Kako je kod njih naglašena i potreba za rehabilitacijom i socijalnom reintegracijom, stoga taj proces kreće odmah po započetom tretmanu, nastavkom školovanja u bolničkim uslovima. U tom procesu pružanja psihosocijalne pomoći neophodno je eliminisati postojeće tegobe, raditi na kontinuiranim pozitivnim promenama baziranim na iskustvima stečenim u zaštićenim uslovima čije pozitivne efekte prenose u spoljašnju sredinu.

Ključne reči: psihosocijalna pomoć i podrška deci sa problemima mentalnog zdravlja, školska nastava u hospitalnim uslovima

Kliničko odeljenje za decu i adolescente kao deo Klinike za decu i omladinu IMZ, korisnici

Kliničko odeljenje za decu i adolescente postoji od samog osnivanja IMZ-a 1963. godine. Tada su hospitalizovani prvi pacijenti-deca, a terapijski koncept korišćen u radu sa ovom vulnerabilnom grupom je terapijska zajednica u svom punom značenju, ali prilagođena ovom uzrastu. Taj model podrazumeva uvođenje u lečenje svih relevantnih činioca dečje svakodnevnice, a samim tim i nastave u bolničkim uslovima za decu školskog uzrsta. U početku je nastava organizovana od strane adekvatnog obrazovnog profila IMZ-a (defektolog, pedagog) da bi 1983. godine prerasla u zvaničnu saradnju sa OŠ "Dragan Hercog" iz Beograda, čiji se rad bazira na podršci u obrazovanju dece koja su na dužem bolničkom lečenju.

Ko su naši korisnici?

- Deca sa oštećenjem kognitivnih funkcija
- Deca sa emocionalnim poremećajima
- Deca sa poremećajima socijalizacije
- Deca koja ispoljavaju simptome psihotičnih, depresivnih poremećaja
- Deca bez roditeljskog staranja, emocionalno deprivirana
- Deca koja su zlostavljana

Početkom 90-tih godina prošlog veka, a u skladu sa globalnim društvenim, socijalnim promenama došlo je i do promena u kliničkoj slici kod dece koja ispoljavaju smetnje u sferi mentalnog zdravlja. Tranzicija kao i događaji koji su joj prethodili, usloveli su priliv većeg broja malih pacijenata sa izraženom psihosocijalnom patologijom, što je zahtevalo kompleksniji pristup kako u lečenju tako i u prevenciji očuvanja mentalnog zdravlja. To podrazumeva preventivno uključivanje pojedinca, šire društvene zajednice kao i delova društvenog sistema u proces lečenja mlade osobe. Poučeni dugogodišnjim iskustvom u radu sa decom koja ispoljavaju probleme mentalnog zdravlja izdvajam najvažnije razloge kontinuiranog pohađanja nastave tokom hospitalizacije:

- Naglašena potreba za rehabilitacijom i socijalnom reintegracijom kod dece koja ispoljavaju smetnje u sferi mentalnog zdravlja (što pre dokazati da su kao ostala deca i da ne pripadaju vulnerabilnoj grupi)
- Bitno umanjen osećaj da se nalaze u instituciji koja leči mentalne smetnje ukoliko su uslovi slični onima u spoljašnjoj sredini (kontinuitet pohađanja nastave)
- Dete na jednostavniji način prevazilazi strah od škole ukoliko je lečenje uslovljeno tim problemom (male grupe, individualni pristup u radu)
- Kraće traju pripreme oko povratka u matičnu školu (iskustva stečena pohađanjem škole u hospitalnim uslovima daju brže

rezultate u prihvatanju pozitivnih promena, a nivo stresa i neizvesnosti pri povratku u redovnu školu je bitno umanjen)

- Stručni tim ima intenzivniji uvid u tok lečenja ukoliko prati dete u procesu nastave.

U tom pogledu je Klinika za decu i omladinu IMZ-a propratila i primenila sve napredne modele psihosocijalne rehabilitacije dece i adolescenata korišćene u zemljama koje se smatraju kolevkom dečje psihijatrije kao što su pre svega Velika Britanija, Francuska, Nemačka [1]. Te zemlje su prve preduzele meru komunikacije sa školskom zajednicom kao neodvojiv element tokom hospitalnog tretmana dece i adolescenata sa problemima mentalnog zdravlja.

Realizacija tako zahtevnog programa lečenja zahteva opsežnu pripremu, pa se u tom smislu postavlja pitanje:

Šta sve treba prilagoditi ?

- Fizičku sredinu (gde se uči)
- Nastavni plan i program (šta se uči)
- Nastavna pomagala /materijali (iz čega se uči)
- Metode učenja (kako se uči)
- Ocenjivanje (kako se proverava šta je naučeno)

Sama činjenica da je dete tokom hospitalizacije odvojeno od porodice i sredine kojoj pripada i funkcioniše, nameće stručnom timu nova pitanja i to: na koji način lečenje pacijenata učiniti što efikasnijim, sa što manje stresa? Po prijemu u odeljenje niko od pacijenata nije spreman da mirno i bez otpora prihvati novu strukturu i obaveze nametnute kućnim redom i protokolom lečenja. Bez obzira na problematiku zbog koje se leče, usled izolovanja imaju osećaj gubitka lične slobode jer sve što su mogli u spoljašnjim uslovima i što im se činilo prihvatljivim – sada postaje drugačije. Pacijent ulazi u zonu dogovaranja sa terapeutima i zajedničkog kreiranja plana praćenja školskog programa

Počinje se od prostora odnosno fizičke sredine gde boravi, a samim tim i pohađa nastavu i uči. Taj prostor bi trebalo da već pri prvom kontaktu kod pacijenta izazove osećaj prijatnosti i sigurnosti (svi članovi terapijske zajednice učestvuju u odabiru postera, slika koje ukrašavaju prostor, doniraju časopise). Naravno, tokom boravka svaki pacijent daje lični pečat u prostoru koji im je namenjen, a to podrazumeva uređenje panoa, održavanje biblioteke, odabir radova koje bi po njihovom mišljenju trebalo da vidi što veći broj ljudi, te na taj način ostvaruju osećaj autonomnosti i samopoštovanja, ličnog doprinosa i odgovornosti. Deci i adolescentima sa problemima mentalnog zdravlja formalna škola neretko predstavlja pozornicu na kojoj su svi upućeni u njihove probleme na jedan izazovan i neprijatan način. Zato se trude da budu neprimetni u školi, neretko izbegavaju da idu na nastavu jer "Svako ima svog druga iz klupe, a ja sam često odbačen i drugačiji..." [2].

Stoga pri polasku u našu školu naglašavamo da je raspored sedenja promenljiv i neformalan kako bi se što brže opustili i razbili stereotipe o

odbacivanju jer se razlikuju od drugih. To su naravno samo predrasude s kojima dođu naši pacijenti, ali u ovkvoj neformalnoj i opuštenoj atmosferi one brzo nestaju i bivaju zamenjene osećajem pripadnosti.

Kada se dete ili adolescent adaptira na novonastalu situaciju zajedno sa pedagogom se fokusira na ishode. Pre svega, pacijent se podržava u postavljanju dostižnih ciljeva dnevnih i nedeljnih, i na taj način se eliminiše mogućnost neuspeha. Gradivo mora biti prilagođeno hronološkom uzrastu, povezano sa prethodnim iskustvima, deli se u smislene celine, kontinuirano obnavlja, prilagođeno je interesovanjima pacijenta, postepeno se pristupa novom. Predavanja nastavnika su jasna, kratka po količini i kvalitetu prenesenih informacija, a na taj način i prijemčiva za decu koja su duže vreme van nastavnog procesa. Veliki broj pacijenata pokazuje prve znake bolesti kroz pad školskog uspeha, nemogućnost pohađanja nastave, hipervigilnu pažnju i lošu koncentraciju [3]. Tokom hospitalnog tretmana trudimo se da pacijentima dajemo jasne instrukcije, a isto tako imamo jasna očekivanja od njih (ŠTA RADIM I ZAŠTO?). Organizujemo interaktivan rad u malim grupama, dajemo jasne preporuke (metode učenja, tehnike memorisanja, organizovanja i preslišavanja gradiva).

Procena napredovanja je prilagođena Bloomovoj taksonomiji [4] koja podrazumeva tri nivoa usvajanja znanja:

- Kognitivni domen usvajanja znanja
- Afektivni domen – stavovi, vrednosti, interesovanja
- Psihomotorni domen – veštine

Organizovanje nastave u sklopu Kliničkog odeljenja za decu i adolescente zahteva fleksibilnost edukatora, dok se pacijentu daje mogućnost da planira svoje vreme, mogućnosti, postignuća, kratke i srednje ciljeve (na taj način jača samopouzdanje i prihvata odgovornost za dostizanje ciljeva u promenjenim uslovima). Edukator za sve vreme hospitalizacije prati pacijenta i pruža mu podršku. Ovaj koncept se stalno dograđuje kroz stečena iskustva ali u svakom momentu pokazuje svoje dobre strane i to:

- Manja grupa omogućava bolje adaptivno ponašanje (brigu o sebi, komunikacija, razvijanje socijalnih veština)
- Postavljanje jasne strukture (dnevne, nedeljne, mesečne)
- Ustanovljava nova jasna pravila ponašanja primenjiva u spoljašnjim uslovima
- Omogućava nam da odmerimo zadatke kojima treba uposliti dete
- Kreira situaciju u kojoj će dete moći da pomogne drugom (duh zajedništva)
- Dete se uključuje u sve aktivnosti
- Razvija se osećaj sigurnosti i poverenja u sistem

Za uspeh u procesu psihosocijalne rehabilitacije deteta sa teškoćama u mentalnom zdravlju neophodna je dobra saradnja sa roditeljima i starateljima jer i oni čine terapijsku celinu. Tokom lečenja deteta sa roditeljima se pravi partnerski odnos, a saradnja bi trebala da bude kontinuirana i obostrana [4].

Važno je da se roditelju omogući da da svoj doprinos kroz prisustvo u radu stručnog tima s decom, te da se podstiče razmena informacija između roditelja, dece, učitelja i nastavnika. Takođe je neophodno roditelje redovno izveštavati o terapijskim planovima i napretku deteta u učenju kako bi se u opuštenijoj atmosferi pripremili za novi početak.

Dok je dete na bolničkom lečenju i pohađa nastavu u izmenjenim uslovima zaštićene bolničke sredine, neophodno je dobiti dozvolu roditelja za zvanični kontakt stručnog lica sa pedagoško-psihološkom službom matične škole. To je neophodno kako bi se škola upoznala sa problemima deteta, sa planom oporavka i potrebom pružanja neophodne podrške detetu po završetku bolničkog lečenja. Potrebno je tim službama približiti individualne programe i planove za dete koje je u terapiji, kontaktirati i povezivati školske uprave sa pedagoško – psihološkim službama matičnih škola. Naravno, omogućiti i protok informacija koje se odnose na detetove sklonosti. Ukoliko je dete ocenjeno od strane nastavnika/učitelja u bolnici (a steklo je uslove boravkom u bolnici dužim od tri nedelje) te ocene se zvanično prenose, po važećoj zakonskoj proceduri, u matičnu školu.

Otpori kod dece i načini prevladavanja

Realnost i očekivanja dece i adolescenata koji su na bolničkom lečenju su veoma oprečni. S jedne strane imamo pacijenta koji neprihvatanjem sopstvenog stanja nema potrebu za promenama i s druge strane terapijski koncept koji u najkraćem roku treba da bude saveznik pacijentu [5]. Početni otpori naših pacijenata su sasvim očekivani, naročito kada je u pitanju poštovanje strukture odeljenja, koncepta lečenja i kućnog reda. Vidni i najčešći otpori mogu se iskazati na sledeći način:

- Nepoverenje u novonastali sistem – Zašto da učim kada to već znam? Pružamo ti šansu da to i pokažeš!
- Od škole bežim, vi me terate u nju! Budi hrabar i počni iz početka!
- Ustajem i ometam čas! Pokaži zrelost!
- Ne umem da učim, glup/a sam! Dokazaćemo zajedno da si u zabludi!
- Smejaće mi se druga deca jer sam zbunjiv/a! Možda, svaki početak je težak, smej se i ti kada shvatiš!

Ovo je samo delić iskustava koje stičemo u našem radu, svakako je neophodno ići u korak sa trendovima kojima deca žele da pripadaju, a važni su i društveno socijalni moment, milje iz kojega dete dolazi kao kompletni individualni potencijali deteta.

Zato u radu s decom koja imaju problem u sferi mentalnog zdravlja i trude se da kroz naš terapijski proces prihvate svakodnevne obaveze pohađanja škole i naprave pozitivne promene – preporučujemo:

- Strpljenje i raščlanjivanje problema na manje segmente.
- Pažljivo gledati i slušati svaku detetovu ekspresiju, hrabriti ga.

- Unapređenje i proširenje komunikacije sa detetom.
- Zaštita deteta od zastrašivanja i zadirkivanja davanjem prostora za konstruktivnu diskusiju.
- Planiranje grupnog rada u kojem bi dete pokazalo šta može.
- Strukturisanje aktivnosti sa jasno podeljenim ulogama.
- Vežbanje različitih socijalnih uloga u vršnjačkoj i školskoj sredini.
- Naučiti dete da dobija i gubi.

Zaključak

Tokom dugogodišnjeg rada s decom koja ispoljavaju problem u sferi mentalnog zdravlja neophodno je naglasiti da su ciljevi ličnog napretka deteta i potpune rehabilitacije motivisani rastom samopouzdanja i samopoštovanja, samopotvrđivanjem kroz školski sistem u kojem svako dete vidi svoju šansu. Ukoliko dete ima problem strukture vremena i obaveza, dobar pristup školi će ih uobličiti. Veliki deo problema kod dece i adolescenata nastaje u školskoj i vršnjačkoj sredini, zato se i treba vratiti na taj poligon i otvoreno razgovarati o njima. Neophodno je u rešavanju problematike pribegavati uzročno – posledičnom pristupu, naročito kada se dete suoči sa neuspehom. Pozitivne promene bazirati na zdravom delu ličnosti i fokusirati dete na njegov najbolji deo.

CHILDREN WITH LEARNING DIFFICULTIES IN HOSPITAL ENVIRONMENT AND COOPERATION WITH SCHOOLS

Milena Rajkovic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Childhood and adolescence are not as easy and happy as we would like them to be. The notion of a happy childhood is disrupted by the fact that children in that age have various problems which affect development. They can be individual, like illness, frustration, punishment, progressively increasing requests from adults which are often abrupt and with a lot of pressure and also difficulties of living in dysfunctional families and exposure to traumatic experiences. Pressures that disturb the growth and development of a child threaten to form a mentally healthy and emotionally stable personality. As for children with mental health disorders sometimes there are indications for a hospital treatment. Accent is placed on the need for their rehabilitation and social reintegration, thus the process begins immediately after the start of treatment, with continued schooling in hospital environment. In the process of providing psychosocial support it is essential to eliminate existing problems and work on continuous positive changes based on experiences gained in a safe environment, whose benefits are carried to the outside world.

Key words: *psychosocial care and support of children with mental health disorders, schooling in hospital environment.*

Literatura:

1. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:1261-72.
2. Jurić-Šimunčić A., Djeca sa teškoćama u učenju i vladanju, priručnik za nastavnike nižih razreda osnovne škole, Školska knjiga, Zagreb, 1981.
3. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-46.
4. Hrnjica S. i grupa autora, Škola po meri deteta, priručnik za rad sa učenicima redovne škole ometenim u razvoju, Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta, Save the Children UK, Beograd, 2004.
5. Čolin T., Marković S., Deca sa smetnjama u razvoju u Srbiji- Dokument za diskusiju i preporuke za srednjoročnu politiku i planiranje, Save the Children UK, Beograd 2004.

Milena RAJKOVIĆ, specijalista zdravstveni saradnik – specijalni pedagog, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Milena RAJKOVIC, specialist medical associate – special pedagogue, Institute of Mental Health, Belgrade

E-mail: mimaraj@gmail.com

ZAŠTO DETE NE IDE U ŠKOLU – KEARNEY MODEL

Nataša Ljubomirović

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: U ovom radu se govori o školi, kako polasku u školu, tako i problemima sa kojima se pojedinac i porodica susreću. Škola predstavlja susret sa novim i za decu i za roditelje. Susreću se sa nečim novim i nepoznatim što ne mogu anticipirati. Često negativna iskustva na novom putu dovode do toga da dete odbija da ide u školu. Smatra se da nepohađanje nastave dolazi posledično, usled neusvajanja roditeljskih granica od malena, ili pak nepostavljanja granica roditelja u odnosu na decu. U radu je prikazano istraživanje Kearney-a, koji je podelio decu koja ne pohađaju školu u četiri grupe i za svaki dao model pružanja pomoći i intervenciju. Ovu pojavu neodlaska u školu i nepohađanje nastave nazvao je jednim pojmom SRB (*“School refusal behavior”*). Ovim radom smo želeli da skrenemo pažnju da bi pri pružanju pomoći pojedincu i porodici trebalo da učestvuje cela mreža saradnika iz oblasti mentalnog zdravlja, pri čemu nije neophodno pribegavati psihijatrijskoj intervenciji.

Ključne reči: škola, deca, roditelji, anksioznost, mreža pomoći

Uvod

Škola predstavlja susret sa novim i za decu i za roditelje. Susreću se sa nečim nepoznatim što ne mogu anticipirati. Takva neizvesnost stvara unutrašnju strepnju, koja može biti pozitivna, ali i parališuća kada se razvija bojazan od novog. Strepnja se prenosi i ćutnjom, a ne nužno rečima, tako da uzajamni odnos sigurnosti na relaciji roditelj – dete biva poljuljan uzajamnom strepnjom.

Dete često ne bude emocionalno pripremljeno za takav novi izazov: novi doživljaji i iskustva sa grupom poznatih i onih koje ne poznaje. Neki od njih ne mogu da odgovore na ovakav novonastali izazov, te se uznemireni roditelji i deca javljaju psihijatrijskoj službi. Ovde najčešće bivaju upućeni od strane škole koja ne zna kako da pripremi roditelje i decu za nova iskustva i prevazilaženje istih. Iskustva sa psihijatrijskom stručnom službom mogu biti pozitivna, ali više je onih koja su negativna i koja stvaraju poteškoće. “Da nije škole nikad ne bi došli i ne bi imali susret sa psihijatom”, kaže većina. Da li je to bezazleno i jednostavno, i da li da shvatimo to kao trivijalnost?

Posledice nepohađanja nastavnog procesa

Istraživanje koje je sproveo Karney u periodu od 2002. do 2006. godine ukazuje na podatak da u Velikoj Britaniji 50.000 dece izostaje u jednom danu iz škole – i to neopravdano. Nemaju konkretan razlog za ne odlazak na nastavu. Procenat dece koja izostaju iz škole povećava se sa adolescentnim uzrastom (od 11-te godine). Odbijanje odlaska u školu ima veliki negativan uticaj na dečiji socijalni razvoj i usvajanje novih znanja [1]. Posledice se uočavaju u stagniranju kognitivnog razvoja, ali emocionalnog, socijalnog, umnogome i motornog razvoja.

Smatra se da nepohađanje nastave dolazi posledično, usled neusvajanja roditeljskih granica od malena, ili pak nepostavljanja granica roditelja u odnosu na decu. Činjenica da se u ranom uzrastu deci daje na volju da rade šta hoće, uzima svoj danak kad dete krene u školu, jer mnogi ne prepoznaju pravila prosocijalnog uklapanja u grupu, praćenje strukturisanog vođenja učitelja, te se uznemirena na zahteve vraćaju kući sa rečima da ih učitelj ili učiteljica „ne voli“.

Mnogi roditelji žive u uverenju da puštajući detetu na volju rade dobro detetu i da su dobri roditelji, ali ustvari to je bežanje od odgovornosti. Biti roditelj po principu „tako mi je lakše“ ili „šta ja tu mogu“ nije dobro roditeljstvo i ne obećava kad govorimo o kapacitetima roditeljstva.

Druga dimenzija je nastavno osoblje koje ima ideju da sva deca treba da budu manje ili više ista ili slična, i malo odstupanje i različitost može dovesti do disharmonije u razredu, narušavanja standarda koja su postavljena i onda taj razred biva obeležen. Nijedan učitelj ne želi takvu reputaciju za sebe, te je lakše otuđiti dete, poslati ga u psihijatrijsku ustanovu, nego se uhvatiti u koštac sa problemom i rešavati ga po stimulativnom programu, učiniti da dete iako je drugačije pripada grupi i da je dobro i sa svojim različitostima. Bitno je razumeti šta nam dete govori i poručuje. Za to je potreban izvestan senzibilitet i znanje profesionalca koji bi trebalo da je to znanje poneo i stekao u obrazovnom

sistemu svog školovanja i usavršavanja. Asertivnost je veština koja se uči i vežba. Profesionalno vođenje kroz asertivni trening može predstavljati uvod u sve bitne aspekte asertivne komunikacije i prevazilaženje strahova vezanih za socijalne interakcije što doprinosi boljem funkcionisanju dece u socijalnim interakcijama i školskom funkcionisanju. Ni jedno živo biće nije satkano samo od dobrog ili samo lošeg dela, nego su oba isprepletana, a na odraslima je da to dobro prepoznaju i unaprede ga.

Kratkoročne posledice kod dece koja izbegavaju pohađanje škole su poteškoće u relacijama sa svojom porodicom i vršnjacima. One su ionako narušene samom činjenicom da dete izbegava nešto, a boravkom u kući ovakvi narušeni odnosi se samo produbljuju. Kod deteta dolazi do povlačenja, do produbljiivanja nesigurnosti i samopouzdanja, razvija se ideja da je nekompetentno i da ne može da prati grupu kako se očekuje od njega. Razmišljanje da nije dovoljno dobro doprinosi razvoju loše slike i predstave o sebi, što dovodi do razvoja depresivne simptomatologije u deteta. U roditelja pak izneverena očekivanja u odnosu na dete dovode do stanja frustriranosti i ljutnje.

Dugoročne posledice nepohađanja nastave uključuju neobrazovanost, poteškoće u zapošljavanju, povećan rizik od kriminogenog ponašanja [1,2].

Zbog ovakvih posledica, odsustvovanju iz škole, posvećena je velika pažnja. U Velikoj Britaniji su razmatrane dve grupe dece:

- Oni koji su definisani kao deca sa “Školskom fobijom” – koja uključuje emocionalnu uznemirenost, depresiju ili anksioznost. Ova grupa svoje izostanke ne krije od roditelja.
- Oni koji su definisani kao “Zabušanti” – koji su pokazivali smanjenu zainteresovanost za školu i obično izostajali iz nje, bez znanja roditelja.

Zvanični naziv pojave

Karney i Silverman (1999.) predložili su da se deca ne etiketiraju kao zabušanti ili pak oni drugi, već su preporučili termin koji su nazvali “*School refusal behavior*” (SRB), koji obuhvata svu decu. Ovaj termin uključuje četiri tipa SRB [1,2], a to su:

- I tip – izbegavanje; dak koji izbegava odlazak jer ima visoku anksioznost i izražen strah koji ne može da savlada.
- II tip – bežanje; oni koji izbegavaju situacije kada su evaluirani negativno, izbegavaju kontrolne, odgovaranje, koji ne mogu da podnesu negativni sud o sebi.
- III tip – traženje pažnje, tako što ne pohađaju školu (traženje pažnje nastavnika ili roditelja).
- IV tip – opipljiva potkrepa, đaci koji ne idu u školu jer imaju van škole ugodne aktivnosti koje su mnogo unosnije i zabavnije, funkcionisanje po principu zadovoljstva.

Oformljena je skala za detekciju problema i intervencije. Kearney i Silverman (1993.) su napravili skalu za skrining kako bi se deca mogla pratiti i obrađivati stanja i nazvali su je SRAS (*School Refusal Assessment Scale*) koja je revidirana (SRAR-R) 2002 [3].

- Skala nije napravljena kako bi dijagnostikovala učenike nego je osmišljena sa ciljem da se dobiju informacije od značaja i to od različitih izvora kako bi se planirala i napravila intervencija.
- U sagledavanju učestvuju učenik, roditelji i nastavnici (tako da svi akteri određenog stanja aktivno učestvuju u formiranju tretmana za dete ili porodicu).

Profesionalac, koji nije iz psihijatrijske tercijarne službe, može primeniti predložene intervencije:

- Za tip I izbegavanje – predložene tehnike su relaksacione, nekad medikamentozne
- Za tip II bežanje – preporučuje se trening razvoja socijalnih veština i njihovo usvajanje i primena
- Za tip III traženje pažnje – trening koji je usmeren ka roditeljima kako bi poboljšali svoje veštine i roditeljstvo – u cilju pružanja pažnje detetu
- Za tip IV opipljiva potkrepa – porodična terapija, potkrepljujuće ponašanje putem kognitivno-bihejvioralne terapije

Zaključak

Sve nabrojane tehnike mogu primeniti osobe koje su prošle navedene treninge, što ne uključuje nužno prisustvo psihijatra. Druge službe imaju profesionalce kao što su pedagozi, psiholozi, defektolozi, okupacioni terapeuti, profesori, nastavnici, učitelji, s ciljem da se pomogne porodici, detetu a i svima koji se bave obrazovanjem dece u školi [4]. Školsko okruženje predstavlja važan *setting* za sprovođenje intervencija u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata, s obzirom na dostupnost intervencija širem broju mladih, i manju mogućnost za stigmatu koja prati psihijatrijski tretman [5]. Aktivni učesnik u sagledavanju situacije (uključenje đaka, roditelja, učitelja) kroz ovakav proaktivan pristup po tipu participacije ima za ishod intervencije koje su u okviru primarne prevencije, a ne uključuju tercijarne ustanove zaštite.

Učinimo da spontani izraz jednog aktuelnog osećanja “Zbogom školo, nisam te ni vol'o”, bude zapravo “Od kolenke pa do groba najlepše je đачko doba” [6]. Budimo ljubav prema školi i prema usvajanju novih sadržaja. Negujmo aktivni pristup u odnosu na đake, ne odbacujmo ih i ne odgurujmo provocirajući u njima osećanje krivice i nelagode. Aktivno slušajmo i čujmo šta je to što nam dete govori svojim licem, i svojim ponašanjem, svojim kreativnim izrazom.

WHY A CHILD DOES NOT GO TO SCHOOL – THE KEARNEY MODEL

Natasa Ljubomirovic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: This article talks about school, how about going to school, and about the problems with which the child and parents meet. School is something new, new experience, for children and parents. They meet with something new and unfamiliar that they can't anticipate. Negative experiences on the new road often lead to the fact that the child refuses to go to school. It is believed that school non-attendance comes consequently, due to the failure to adopt parental boundaries in early years of age or the failure to establish the boundaries of parents in relation to children.. Author presented the research of Kearney, who shared the children who do not attend school into four groups and each given model of providing assistance and intervention. He named this entity as SRB-School refusal behavior. With this work we wanted to underline the attention to assisting individuals and families can be a whole network of collaborators in the mental health area as (social workers, pedagogues, teachers and psychologist) and it is not necessary to resort to intervention through the psychiatric intervention and treatment.

Key words: school, children, parents, fear, network

Literatura:

1. Mabey H. School refusal behavior, In: Margaret T. Child and Adolescent Mental Health-Theory and Practice, by Taylor and Francis Group, LLC 2012,268-74.
2. Thomson M. Child and Adolescent Mental Health-Theory and Practice, by Taylor and Francis Group, LLC. 2012.
3. Kearney CA. Identifying the function of school refusal behavioral revision of the school refusal assessment scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2002;24:235-45.
4. Lee SS, Victor AM, James MG, Roach LE, Bernstein GA. School-Based Interventions for Anxious Children: Long-Term Follow-Up. Child Psychiatry Hum Dev. 2016;47(2):183-93.
5. Kearney CA, Silverman WK.: Functionally based prescriptive and non prescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. Behavior Therapy. 1999;30:673-95.
6. Bojanin S. Škola kao bolest, Izdavač XX vek, Beograd, 1990.

Doc. dr Nataša LJUBOMIROVIĆ, psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Visoka škola za socijalni rad, Beograd, Srbija

Natasa LJUBOMIROVIC, MD, psychiatrist, Institute of Mental Health, Colleague of Social Work, Belgrade, Serbia

Email: natasa.ljubomirovic@imh.org.rs

PSIHODINAMIKA INHIBICIJE UČENJA

Danilo Pešić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Proces učenja se može razmatrati iz kognitivne, motivacione i emocionalne perspektive. Emocionalna i nesvesna persektiva procesa su zanemarene u pedagoškoj literaturi. Psihoanalitičke teorije daju bogat doprinos u objašnjavanju nesvesnih i emocionalnih aspekata procesa učenja, a njihovo razumevanje ima kliničku primenu u otklanjanju inhibicije.

Ključne reči: *učenje, psihoanalitičke teorije, inhibicija*

Učenje kao proces možemo posmatrati kroz kognitivnu, motivacionu i emocionalnu komponentu, a ove komponente se široko preklapaju. Sve češće se ukazuje na činjenicu da se u odnosu na prve dve komponente učenja, manje pažnje poklanja emocionalnoj komponenti procesa učenja, ali i emocionalnoj kompetenciji samih učenika i nastavnika kao subjekata u tom procesu [1].

Sve više se naglašava važnost socioemocionalnog učenja za sam proces savladavanja gradiva. Velika meta-analiza koja je ispitala uticaj savladavanja socioemocionalnih veština u školama, pokazala je da njihovo usvajanje indirektno popravlja i samo akademsko postignuće, te je bez dvoumljenja dokazala važnost emocionalnih faktora za akademski uspeh [2].

Na sličan način prve psihološke teorije o učenju ne uvažavaju ni emocionalnu ni intersubjektivnu dimenziju učenja. Teorije koje su imale za cilj da objasne sam proces učenja razvijale su se od simplifikovanih gledišta da je učenje jednostavno potkrepljivanje tačnih odgovora, i procesuiranje informacija koje se dobijaju od učitelja, do kompleksnog sagledavanja kroz Pijaževe ideje da je suština učenja u aktivnosti i da „razumeti znači otkriti“, kao i ideje Vigotskog da je suština učenja konstrukcija znanja, a da učenje mora biti ponuđeno u zoni narednog razvoja-rastojanje između najtežeg zadatka koji neko može da uradi sam i najtežeg zadatka koji može da uradi uz nečiju pomoć [3].

Paralelno sa razvojem teorija u akademskoj psihologiji (koje su lakše prodirale u pedagogiju) razvijale su se i psihoanalitičke teorije učenja, a bile su najviše fokusirane na klinički aspekt tj. inhibiciju učenja. Iako su psihoanalitičke teorije u odnosu na teorije akademske psihologije manje prodirale u pedagogiju, one postoje u oblasti savremene psihoanalitičke pedagogije u delima autora kao što su Tamara Bibi i Debora Brizman [4,5]. Kroz naslove knjiga Deборе Brizman, profesorke pedagogije na Jork univerzitetu u Torontu i psihoanalitičarke („Frojd i Edukacija“, „Posle edukacije: Ana Frojd, Melani Klajn i psihoanalitičke teorije učenja“, „Psihoanalitičar u učionici“), može se videti bogato preplitanje skoro svih psihonalitičkih škola sa pedagoškom misli [6].

Ako pođemo od istorijske perspektive, sam početak psihoanalize i bavljenje seksualnošću je u isto vreme i bavljenje učenjem. Frojd govori o tome da dete veoma rano ispoljava zainteresovanost za sopstvene seksualne organe, ali u isto vreme počinje da postavlja različita pitanja koja su vezana za seksualnost koja se fokusiraju oko pitanja „Kako se prave bebe?“ („*little sex researcher*“).

Po Frojdu je epistemofilični instinkt (instinkt za znanjem) komponentni instinkt koji se sastoji od sublimirane želje za dominacijom, i voajerističkih tendencija. Seksualna radoznalost je baza intelektualne radoznalosti, početni korak u generalnoj potrazi za znanjem [7].

Praktična konsekvencija ovog razmišljanja vidi se u preporukama profesora Frojda u slučaju „*Mali Hans*“. Roditelji malog Hansa su lekari i po savetu Frojda otvoreno odgovaraju na Hansova pitanja koja se tiču seksualnosti [8].

Sličan prosvetiteljski trend postoji i kod Melanije Klajn u njenim radovima i poznatom članku o razvoju deteta („*The development of the*

child“) [9]. Melanijin Erik i Frojdov Hans su sličnih godina, Erik je „prijateljski nastrojen“, ali je uključen u psihoanalitički tretman jer „kasni“. Njemu je po Klajnovoj blokirana zdrava radoznalost („ubeđen je da zna da kuva, čita, piše i govori francuski“), a ona želi da preventivno deluje na inhibicije učenja kod njega.

Melanija Klajn je pod uticajem njenog prvog učitelja Šandora Ferencija koji tvrdi da je moralizatorska i religiozna edukacija (koja je bila dominantna) bazirana na potiskivanju i da pravi neurozu i kod nepodložne dece. Shodno tome njen opšti princip je bio da će odgovaranje na seksualnu radoznalost sprečavati tendencije potiskivanja te povlačenja „instinktualne energije“, jer kada potiskujemo „zabranjene misli“ potiskujemo i sve asocijativne veze sa zabranjenim mislima, te je to već baza inhibicije. Seksualno prosvetčivanje („*sexual enlightenment*“) bi savremnim epidemiološkim jezikom bila primordijalna prevencija neuroza. Odatle tadašnja popularnost vaspitača u vrtićima sa psihoanalitičkim znanjima, a jedna od poznatijih je Sabina Špilrajn.

Međutim prosvetčivanje nije prolazilo bez teškoća. Iako je Klajnova davala samo nekonfliktne i nekontroverzne informacije (npr. da bebe dolaze iz majčinog tela), Erik je bio izložen i uticaju drugih koji mu govore da ih npr. donose rode. Erik nastavlja sa pitanjima: „Šta je sa deda mrazom, anđelima, da li oni postoje?“ i Klajnova navodi da on ne želi da prihvati negativan odgovor ili je odsutan tokom dijaloga. Takođe nastavlja sa pitanjima tipa „Da li postoji bog?“, dodajući da „tata veruje“. Klajnova zaključuje da je neophodno da priča i o seksualnosti ali i o religioznosti. Takođe se susreće sa moćnim ograničenjem-dete želi da zna i ono što odrasli ne zna. O bogu mu odgovara „neki su izabrali da veruju ali nema dokaza“, na šta je Erik pita kako nešto samo može da nastane bez boga, i postavlja joj niz pitanja vezanih za autoritet npr. da li ako on želi da peva može da peva iako mu to ona brani, ili da li su samo vidljive stvari realne?

Ipak uz sve ove teškoće Erik počinje više da se pita, da sumnja, da postavlja pitanja vezana za odgovornost i autoritet a i Klajnova primećuje da se smanjila njegova infantilna onipotencija, te da nema stalne podređenosti autoritetu. Iako Klajnova kasnije saopštava da je Erik zapravo njen sin Fric, što dovodi puno stvari u pitanje, važnost njenog istraživanja ogleda se u naglašavanju važnosti odnosa, pregovaranja, i u susretanju sa ograničenjima terapijskog učinka seksualne edukacije. Klajnova se, učeći iz sopstvenog iskustva, pomera iz pozicije mame-analitičarke, u analitičarku koja radi sa drugom decom, ne radi sa roditeljima i čvrstog je stava da se edukacija i analiza ne mešaju.

Ovo je delom i područje „kontroverznih rasprava“ i neslaganja u Britanskom psihonaličkom društvu između pristalica Klajnovе i pristalica Ane Frojd koja vidi intrinzičku povezanost edukacije i psihoanalize [10]. Ana Frojd je na početku karijere učiteljica i poznata je po kovanici „u najboljem interesu deteta“. Anksioznost po Ani Frojd dolazi i od spolja, ne primarno iznutra kao

kod Klajnovce. Kao i Hermine Hug Helmut, analiza je po Ani Frojd neodvojiva od implementacije moralnih i estetskih ideala, a analitičar je uvek i model. Analiza podrazumeva uvek i edukaciju, jačanje ega, hrabrenje klijenta, postavljanje zabrana i fokus na adaptaciji [11]. Klajnova zastupa drugačije stanovište. Po njoj anksioznost dolazi primarno iznutra, te je poenta razumeti nesvesnu fantaziju. Pošto se edukacija suprotstavlja fantaziji za edukaciju jednostavno nema mesta u analizi, jer jedino što pomaže su direktne interpretacije anksioznosti. I sam problem inhibicije u učenju nije potrebno rešavati edukativnim pristupom. Klajnova smatra da je prvi objekt koji dete upoznaje majčino telo, te da od samog početka postoje nesvesne fantazije prodiranja u majčino telo. Ona naglašava sadističku komponentu „želje da se zna“ te njenu drugu stranu „inhibiciju“. Kada je agresivna komponenta želje da se zna jaka, ona je povezana sa jakim agresivnim fantazijama prodiranja u majčino telo, te se po principu taliona javlja strah od majčine osvete (ono što ja radim nekome on će uraditi meni), što rezultuje blokadom radoznalosti i učenja. Iako i samo objašnjenje procesa deluje fantastično, baza je kasnije elaboriranog učenja o formiranju simbola (i slomu te funkcije) i klinički je primenljivo u rešavanju inhibicije učenja i blokade u umetničkom stvaranju.

Bion, najznačajniji naslednik Klajnovce govori o tome da misao počinje sa iskustvom trenutka kada nema dojke („*no breast experience*“), kada se beba prvi put susreće sa frustracijom i kada je primorana da misli. Njegov složeni koncept mreže u kojoj misli mogu da budu raspoređene horizontalno i da rastu vertikalno po složenosti i apstraktnosti, ogroman je doprinos nesvesnim mehanizmima učenja. Bion govori o tome da sa objektima u spoljašnjem svetu pored veze ljubavi (i njenog odustva L+L-) i mržnje (H+H-) postoji i treći tip veze K+ (što predstavlja sofisticiraniju verziju epistemofiličnog instinkta) i da je za naš mentalni aparat neophodna istina da bi se razvijao. Međutim postoji i suprotna težnja (K-), znanje koje nije zasnovano na mišljenju o emocionalnom iskustvu, koje je posledica izbegavanja neminovnog mentalnog bola i frustracije učenja iz iskustva [10].

Po Ronaldu Britonu, jednom o najkreativnijih savremenih Klajnjana, proces učenja je povezan sa mentalnim triangularnim prostorom omeđenim sa tri tačke: doživljajem sebe i odnosom prema majčinskoj i očinskoj figuri, tj. doživljajem veze između sebe i roditelja i roditelja međusobno. Za učenje je neophodna pozicija „treći odvojeni“ jer je to pozicija posmatranja i učenja. Da bi se triangularni prostor i pozicija „trećeg“ ustanovila, dete mora da percipira da postoji veza između roditelja i da je ta veza različita od one koju ono ima sa roditeljima. Veza između roditelja je prokreativna veza i iz nje može da nastane dete, a veza između roditelja i deteta nema tu mogućnost i podrazumeva zavisnost deteta od roditelja. Napad na ove tipove povezivanja („*attack on linking*“) uslovljava i poremećaje mišljenja po formi i omniscijenciju [12]. U sličnom ključu Ričard Rusbridžer navodi da sam trenutak pojavljivanja značenja u analizi (ali i u učenju) podrazumeva formiranje para (uslov za to je tolerisanje odvojenosti roditeljskog para od sebe

i priznavanje njihovog iskustva i kreativnosti- što se kasnije generalizuje na druge) te da postoji tendencija da taj momenat sopstvene kreativnosti bude nesvesno napadnut [13].

Kroz koncept „prelaznog objekta“ i „kapaciteta da se bude sam“ (koji je povezan sa kapacitetom da se bude sa drugim, te je nekima jednostavno neophodno prisustvo drugog dok uče), vinikotijanske teorije daju doprinos razumevanju inhibicije učenja [14].

Inhibicijom u užem smilu najviše se bavio Fenihel i po njemu inhibicija predstavlja restrikciju neke funkcije ega (seksualne, ishrane, kretanja, rada) – kada ta funkcija postane suviše erotizovana npr. kada radnja pisanja postaje u nesvesnom izjednačena sa „puštanjem tečnosti iz jedne cevi na papir“ – dolazi do inhibicije [15]. U inhibiciji, funkcije mišljenja (i govora) izjednačene su sa seksualnim funkcijama tj. inhibicija krije nesvesno instiktivno (seksualno ili agresivno) značenje. Mogli bismo takođe da kažemo da je ona mera predostrožnosti kojom se izbegava konflikt sa superegom. Inhibicija može da ima značenje izbegavanja kastracije (gubitka ponosa) ili izbegavanja krivice, ali i sama inhibicija može da krije značenje kazne („oni koje je slomio uspeh“) [16]. Različiti konflikti, takođe, mogu da budu važni u inhibiciji, a to su konflikti oko zavisnosti/nezavisnosti (samostalnost), konflikti oko pobune/potčinjavanja, a izbegavanjem ili inhibisanjem funkcije o kojoj je reč izbegava se ponovno pojavljivanje starih konflikata.

Razvojno gledano problemi sa učenjem počinju da se javljaju već u okviru „školske fobije“ koja u stvari nije fobija (jer nema premeštanja) već predstavlja strah od odvajanja.

Strah od neuspeha u učenju može se razumeti kao strah od odbacivanja od roditelja, kažnjavanja nastavnika, ismevanja vršnjaka, i u svim slučajevima podrazumeva mehanizam premeštanja sa strogog i rigidnog superega na spoljašnje objekte [17].

Nemogućnost da se uči tokom burnog perioda adolescencije može se razumeti i kroz Lauferov koncept narcističkog sloma u adolescenciji. Ponovo na kraju kruga, „kriza finalizacije“ kod apsolutenata često krije separacionu dinamiku [18].

Najzad „inhibiciju“ (i njeno nesvesno simboličko značenje) pronalazimo u „psihopatologiji“ svakodnevnog školskog života i fenomenima kao što su neuspeh u određenim školskim predmetima, uporna nezainteresovanost za određene oblasti, lažni „nedostatak talenata“ ili situaciji kada učenik ne može da napiše samo određeno slovo ili da deli ili množi baš određenim brojem.

Vinjeta

N. je star 16 godina i pohađa prvi razred muzičke škole. Javlja se na tretman u Dnevnu bolnicu za adolescente (DBA) Instituta za mentalno zdravlje, zbog sniženog raspoloženja, suicidalnih ideja, jake napetosti, zamora i uporne nesanice. Najveći problem mu predstavlja blokada u sviranju.

N. je učenik generacije u osnovnoj školi, osvojio je 25 prvih nagrada na muzičkim takmičenjima i ima, „apsolutni sluh“. Tegobe su uporne i visokog intenziteta, te je uvedena farmakoterapija (sertralin i alprazolam). N. je uključen u različite oblike psihoterapije u okviru DBA. Tokom tretmana u DBA on delimično koriguje submisivni obrazac ponašanja u vršnjačkoj grupi i spremniji je da interpersonalno uči. Motivisan je da donosi snove, iznosi ih i na grupi i na individualnim seansama. Manifestni i latentni sadržaj snova često su blizu, i oni jasno oslikavaju slabljenje pritiska Nad-ja, što se manifestuje postepenim slabljenjem blokade u sviranju tokom narednih godinu dana.

San 1: *Budi se tokom podnevnog sna i trgne se, pored njegovog kreveta na stolici sedi policajac i ne progovara, samo gleda u njega („bezimeni užas“)*

San 2: *N. mazi mačku koja sedi u njegovom krilu, mačka otvori usta i proguta čitavu njegovu desnu šaku.*

San 3: *Dirigent filharmonije hvali sve članove orkestra idući od jednog do drugog, stigne do njega i ne kaže ništa! N. se oseća užasno. („bezimeni užas“ dobija ime, mentalizacija napreduje)*

San 4: *Direktor škole svira „prvu“ a on „drugu“ violinu. N. kaže sebi dobro je bilo, a direktor dodaje „ništa nisi spremio, stvarno si đubre“. Ne prihvata to toliko teško.*

San 5: *N. svira u nekoj sali, Stefan Milenković dođe do njega, sedne pored njega i počne da ga šamara (kaže „ali nije iz mržnje“). Milenković se smeje, N. se smeje. Milenković mu kaže, slušaj samo sebe i radi po svom sistemu bez straha!*

Zaključak

Učenje je funkcija ega, koja kao i druge ego-funkcije može da bude nesvesno inhibirana. Razumevanje nesvesne dinamike inhibicije kao i sagledavanje nesvesne dinamike samog procesa učenja može imati praktičnu primenu u otklanjanju problema sa učenjem.

THE PSYCHODYNAMICS OF LEARNING INHIBITION

Danilo Pesic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Learning process can be considered from the cognitive, motivational or an emotional standpoint. The emotional and the unconscious features of the learning process have been neglected in the pedagogical literature. Psychoanalytical theories have greatly contributed to the unconscious and emotional aspects of the learning process, whereas their understanding is applicable in clinical treatment of inhibition.

Literatura:

1. Tošić Radev MN, Pešikan AŽ. 'Komadić koji nedostaje' u procesu obrazovanja – socioemocionalno učenje. *Nastava i vaspitanje*. 2017;66(1):37-54.
2. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD. & Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*. 2011; Vol. 82, No. 1, 405-32.
3. Pešikan A. Savremeni pogled na prirodu školskog učenja i nastave – socio-konstruktivističko gledište i njegove praktične implikacije. *Psihološka istraživanja*. 2010;13(2):157-84.
4. Bibby T. Education – an impossible profession: Psychoanalytic explorations of learning and classrooms. London: Routledge Taylor and Francis Group; 2011.
5. Britzman D. The very thought of education – Psychoanalysis and the impossible professions. New York, Albany: State University of New York Press; 2009.
6. Mindoljević Drakulić A. Pedagoški aspekti psihoanalitičke teorije privrženosti u dijadi učitelj – učenik. In: M. Ljubetić, S. Zrilić, editors. *Pedagogija i kultura*. Zagreb: Hrvatsko pedagoškijsko društvo; 2012. p. 165-73.
7. Freud S. Tri rasprave o teoriji seksualnosti. Zagreb: Stari grad; 2000.
8. Jovanović Dunjić I. Klasična psihoanalitička teorija Sigmunda Frojda-psihopatološki model. In Erić Lj, editor. *Psihodinamička psihijatrija, Tom 1. Istorija, osnovni principi, teorije*. Službeni glasnik, Beograd; 2011.
9. Klein M. The development of the child. In: *Contributions to psychoanalysis 1921-1945*; New York, itd: McGraw-Hill; 1935.
10. Hinshelwood RD. *A Dictionary of Kleinian Thought*; London: Free Association Books; 1994.
11. Freud A. The Ego and the mechanisms of defense. New York: International University Press; 1936.
12. Britton R. Subjectivity, Objectivity and Triangular Space. *Psychoanal Q*. 2004;73(1):47-61.
13. Rusbridger R. Elements of Oedipus complex: A Kleinian account“. *Int. J. Psycho-Anal*. 2004;85:731-47.
14. Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment. London: Hogarth; 1965.
15. Fenichel O. Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1961.
16. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. London: The Hogarth Press; 1973.

17. Erić Lj. Socijalna fobija. Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu; 1998.
18. Ilić I. Akademska inhibicija i kriza finalizacije kod mladih. Engrami. 2005;27(1-2):83-92.

Dr Danilo PEŠIĆ, psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum, Beograd, Srbija

Danilo PESIC, MD, psychiatrist Institute of Mental Health, Department of Psychology, Faculty of Media and Communications, Singidunum University, Belgrade, Serbia

Email: pesicdanilo@yahoo.com

VRŠNJAČKO NASILJE I MENTALNO ZDRAVLJE

Olivera Aleksić Hil, Marko Kalanj

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Apstrakt: U radu je dat pregled novijih nalaza iz više velikih studija praćenja i meta-analiza vezanih za dugoročne posledice vršnjačkog nasilja po mentalno zdravlje. Izloženost vršnjačkom nasilju povezana je sa rizikom za razvoj različitih psihijatrijskih poremećaja, u prvom redu anksioznih i depresivnih, kao i sa javljanjem suicidalne ideacije i ponašanja, nezavisno od drugih faktora rizika, pri čemu najgore ishode za mentalno zdravlje imaju osobe koje spadaju u kategoriju žrtava/nasilnika. Pored ovoga, dat je pregled novijih podataka iz naše sredine o korišćenju digitalne tehnologije, rizicima i zastupljenosti digitalnog nasilja među decom. Korišćenje digitalnih tehnologija je uopšte široko rasprostranjeno među decom i mladima, a sa uzrastom raste učestalost korišćenja, pa tako i stepen izloženosti digitalnom nasilju – od trećine učenika u mlađim razredima osnovne škole do dve trećine učenika srednje škole. Nepovoljne posledice digitalnog vršnjačkog nasilja po mentalno zdravlje se mogu uporediti sa posledicama klasičnih, tradicionalnih oblika nasilja, a između ove dve kategorije vršnjačkog nasilja postoji značajan stepen preklapanja.

Ključne reči: *vršnjačko nasilje, digitalno nasilje, školsko nasilje*

Uvod

Vršnjačko nasilje je u poslednje vreme ozbiljna tema koja zaokuplja pažnju stručnjaka različitih profila: učitelja, nastavnika, psihologa, sociologa, pedagoga. U ovom radu, daćemo pregled novijih nalaza vezanih za vršnjačko nasilje sa fokusom na dugoročne posledice po mentalno zdravlje. Poseban osvrt bi bio na nalaze vezane za nove, digitalne oblike vršnjačkog nasilja i njihove veze sa klasičnim tradicionalnim oblicima.

Pre pregleda empirijskih nalaza, navedimo, radi podsećanja, neke teorijske odrednice. Prema jednoj definiciji, nasilništvo (siledžijstvo, engl. *bullying*) predstavlja takav oblik agresivnog ponašanja kojem je žrtva više puta izlagana i gde postoji nesrazmera moći (počinilac je jači pojedinac ili grupa) [1]. Naravno, u literaturi se mogu naći mnoge druge definicije; opsežan pregled definicija i terminoloških teškoća, uključujući i teškoće sa prevodom samog engleskog termina *bullying* daje Popadić [2]. Ograničićemo se na to da iz pregleda pomenutog autora navedemo neka razmatranja o tome šta sve nije vršnjačko nasilje, usled čestih pogrešnih koncepcija o tome. Antisocijalno ponašanje nije isto što i nasilje, ono predstavlja širu kategoriju, kojoj pripada i nasilje, ali ne samo nasilje, već i ceo spektar manje ili više ozbiljnih formi ponašanja, koje su u suprotnosti sa prihvaćenim društvenim normama ili su štetna po društvo. Bavljenje borbenim sportovima takođe ne predstavlja nasilje, jer su u tom slučaju postupci koji bi inače bili označeni kao agresivni – dozvoljeni ili intrinzični samoj igri. Tuča kao igra, u formi prividnog sukoba, tj. rvanja, koškanja, nadmetanja i sl., se od agresivnih postupaka razlikuje tako što je učesnicima zabavna, rado učestvuju u njoj, i često zahteva pravila ili saradnju. Igranje nasilnih video-igara ne predstavlja nasilje, jer se nasiljem smatra nanošenje štete drugom živom biću, a ne igrački ili imaginarnom liku. Predrasude same po sebi nisu nasilje, ali diskriminacija kao njihov rezultat jeste. Konflikt, kao neslaganje u ciljevima, takođe sam po sebi ne podrazumeva nasilje, i pogrešno je smatrati da deca ulaze u konflikt zato što su agresivnija [2].

Akteri nasilništva se dele na žrtve, nasilnike, žrtve/nasilnike i posmatrače. Žrtve su obično fizički slabija, preosetljiva, anksiozna, bojažljiva, povučena deca, koja su nesigurna, neasertivna i na napad reaguju plačem i povlačenjem. Često imaju neki nedostatak (fizičko oštećenje, mucanje, gojaznost...), ali ono najčešće nije uzrok, nego samo zgodan povod za nasilnike. [1,3]. Što se tiče nasilnika, mitovi o profilu tipičnog nasilnika podrazumevaju da je u pitanju slab učenik, neomiljen u razredu, sa osećanjem manje vrednosti. Empirijski potvrđene karakteristike su, međutim, da se nasilnik često odlikuje time da je fizički jači i spretniji od vršnjaka, da ima potrebu za dominacijom nad vršnjacima i da izgleda čvrsto, razdražljiv je, agresivan prema odraslima i teško podnosi neuspeh. Bez razvijene je empatije, i sklon da tuđe ponašanje vidi kao provokativno. Uloge kako žrtve, tako i nasilnika, su relativno stabilne tokom vremena [1,3]. Do relativno skorijeg vremena i istraživanja, manje upadljiva i prepoznata kategorija bili su žrtve-nasilnici (engl. *victim bully*), odnosno deca koja su

“provokativne”/“agresivne” žrtve nasilja. Oni su primarno agresivni, a svojim ponašanjem ili neuklapanjem u grupu izazivaju grupu ili njen deo protiv sebe, te tako postaju žrtve jačih od sebe, a nasilni prema slabijima od sebe. Njihove druge tipične karakteristike podrazumevaju kombinaciju anksioznosti i agresivnosti, i sklonost reaktivnoj agresiji, te su nemirni, iritabilni i lako ih je isprovocirati. Obično su manje socijalno popularni nego nasilnici i češće potiču iz disfunkcionalnih porodica, i imaju ranije javljanje emocionalnih i ponašajnih problema nego nasilnici [3]. Posmatrači nasilja mogu imati pozitivan stav prema nasilju, u kom slučaju se dele na sledbenike, koji se priključuju nasilniku u zlostavljanju, potom podržavaoce, koji pružaju podršku nasilniku ali ne učestvuju sami u nasilnim delima, kao i pasivne podržavaoce, kojima se sviđa nasilje ali ne pokazuju otvorenu podršku. Pored ovoga, mogu imati i negativan stav prema nasilju, kada govorimo o potencijalnim zaštitnicima, koji ne odobravaju nasilje ali ništa ne preduzimaju, i o zaštitnicima, koji aktivno pokušavaju da zaustave nasilje. Međutim, empirijska evidencija pokazuje da većina dece ne čini ništa da zaustavi nasilje kojem prisustvuje [3].

Vršnjačko nasilje i kasniji ishodi za mentalno zdravlje

Uticaj uključenosti u vršnjačko nasilje u zavisnosti od uloge (nasilnik, žrtva, ili žrtva/nasilnik) i njene stabilnosti ispitivan je u britanskoj ALSPAC (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) studiji praćenja [4]. U navedenoj studiji, u uzorku od ukupno 4101 dece, procenjivana je uključenost u nasilništvo u osnovnoj (na uzrastu od 10 godina) i srednjoj školi (na uzrastu od 13 godina), a status mentalnog zdravlja je procenjivan na uzrastu od 18 godina, uz kontrolisanje velikog broja potencijalno pridruženih varijabli. Deca – žrtve nasilja i žrtve/nasilnici imala su povećan rizik za razvoj depresivnih i psihotičnih poremećaja u adolescenciji. Žrtve nasilja imale su povećan rizik za razvoj anksioznih poremećaja, dok žrtve/nasilnici nisu, ali su, sa druge strane, imali veću verovatnoću za javljanje impulsivnih ponašanja. Pronađeno je i da je uloga žrtve i žrtve/nasilnika relativno stabilna, ali da konstantnost i učestalost izloženosti nasilju ne utiču na verovatnoću javljanja problema mentalnog zdravlja [4].

Američka GSMS (*Grand Smoky Mountains Study*) studija praćenja [5] uključila je grupe dece na početnom uzrastu od 9, 11 i 13 godina, uz godišnje procene izloženosti vršnjačkom nasilju i zlostavljanju od strane odraslih do uzrasta od 16 godina, i psihijatrijske procene do perioda od 10 godina od uključivanja u studiju. Nalazi studije govore da vršnjako zlostavljanje u detinjstvu, bez obzira na ulogu (samo žrtva ili žrtva/nasilnik) povećava rizik za anksiozne i depresivne tegobe, samopovređivanje i suicidalnost u adolescenciji. Naročito upečatljiv nalaz je da se, kada se porede efekti zlostavljanja od strane vršnjaka i od strane odraslih, ispostavlja da deca koja su zlostavljana samo od strane vršnjaka imaju oko dva puta veći rizik za razvijanje problema mentalnog zdravlja u adolescenciji od dece koja su zlostavljana samo od strane

odraslih [5]. Kada se razmatraju ishodi posle adolescencije, podaci iz GSMS studije praćenja pokazali su i da deca iz kategorije žrtava/nasilnika imaju najgore ishode na više polja u odraslom dobu: povećanu verovatnoću za razvoj somatskih ili psihijatrijskih bolesti (oko 6 puta), teškoće sa obrazovanjem, zaposlenjem i formiranjem stabilnih socijalnih relacija. Sa druge strane, "čisti" nasilnici nisu imali povišen rizik za nepovoljne ishode u odraslom dobu, nakon kontrole drugih faktora rizika [6]. Glavni zaključak autora uključenih u obe prethodno navedene studije praćenja je da je vršnjako zlostavljanje u detinjstvu marker za aktuelni i budući rizik za psihopatološka ispoljavanja, nezavisno od prethodno postojećih bihejvioralnih i emocionalnih problema, kao i od stabilnosti viktimizacije [5].

U odnosu na ozbiljna psihopatološka ispoljavanja značajni su i rezultati meta-analize koja se bavila nasilništvom i rizikom za suicidalnu ideaciju i pokušaje suicida kod učenika osnovnih i srednjih škola iz zdrave populacije [7]. Analiza je obuhvatila 22 studije, u čije uzorke su bili uključeni deca i adolescenti bez drugih predispozicija za suicidalnost (kao što su psihijatrijski komorbiditet, zloupotreba supstanci i dr.). Glavni nalazi su da žrtve tradicionalnih, klasičnih oblika nasilja imaju oko 2 puta veću verovatnoću da planiraju i/ili izvrše pokušaj suicida i 1,7 puta veću verovatnoću da izvrše pokušaj suicida koji zahteva ozbiljnije medicinsko zbrinjavanje. Pored ovoga, dobijeno je da nasilnici takođe imaju, blag, povećan rizik za suicidalnu ideaciju [7].

Digitalno vršnjačko nasilje i mentalno zdravlje

Digitalno ili elektronsko nasilje (engl. *cyberbullying*) je korišćenje digitalne tehnologije (interneta i mobilnih telefona) sa ciljem da se druga osoba uznemiri, ponizi i da joj se nanese šteta. Osim ovih termina, u literaturi se sreću i termini nasilje na internetu, sajber nasilje, maltretiranje u digitalnom svetu i drugi. [8].

Bez obzira na to što za većinu onlajn servisa postoji formalno propisana donja uzrasna granica (npr. 13 godina za Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat, Viber), značajan broj dece počinje da ih koristi i na znatno mlađem uzrastu, te je tako pokazano da čak polovina dece uzrasta od 10 godina ima profil na nekoj od društvenih mreža (najčešće na Facebook-u) [8].

U skorije objavljenom obimnom istraživanju o korišćenju digitalne tehnologije, rizicima i zastupljenosti digitalnog nasilja, koje je obuhvatilo 3768 učenika iz 34 osnovne i srednje škole, autori Popadić i Kuzmanović [9] iznose podatke koji ukazuju da se sa uzrastom učenika povećava učestalost korišćenja interneta, posledično i broj učenika koji su izloženi digitalnom nasilju. Mlađe generacije na sve ranijem uzrastu pristupaju internetu – prosečan učenik 4. razreda osnovne škole je prvi put pristupio internetu u 7. godini života, stariji osnovnoškolac u 11. godini, a srednjoškolac u 13. godini, pri čemu velika većina i srednjoškolaca (92%) i starijih osnovaca (88%) ima profil na nekoj društvenoj mreži. Sa uzrastom raste učestalost digitalnog nasilja. U periodu od godinu dana unazad od ispitivanja, četvrtina učenika 4. razreda

osnovne škole je bar jednom bila izložena digitalnom nasilju. Što se tiče starijih osnovaca, taj iznos je oko trećine, a u slučaju srednjoškolaca raste na dve trećine. Iako u pogledu ugrožavanja preko interneta i preko mobilnog telefona nema upadljivih razlika, neke ipak postoje, te sa porastom uzrasta ugrožavanje putem interneta postaje zastupljenije. Istovremeno, sa povećanjem uzrasta smanjuje se izloženost klasičnim oblicima nasilja. Pored ovoga, nalaz studije je da postoji značajna povezanost između digitalne viktimizacije i digitalnog nasilništva: učenici koji su žrtve digitalnog nasilja češće su i sami nasilnici [9].

U odnosu na različite varijable povezane sa digitalnim nasilništvom, prikazaćemo rezultate meta-analize koja je obuhvatila 131 studiju i koja se bavila korelatima digitalnog nasilništva, grupisanim u tri kategorije – faktori rizika, protektivni faktori i ishodi [10]. Kao najjači prediktor digitalnog nasilništva, pokazala se prethodna izloženost digitalnom nasilju, kao što je prethodno dobijeno u studiji na našoj populaciji. Pored ovoga, klasično nasilništvo i normativni stavovi o nasilju pokazali su se kao prediktori digitalnog nasilništva na nivou umerene veličine efekta. U odnosu na digitalnu viktimizaciju, kao najjači prediktor pokazala se klasična, tradicionalna viktimizacija. Kao protektivni faktori, pokazali su se školska bezbednost i atmosfera, socijalna inteligencija, i roditeljski nadzor nad upotrebom digitalnih tehnologija, sa malom veličinom efekta, dok se roditeljska kontrola (u smislu davanja dozvole/zabrane) nad upotrebom digitalnih tehnologija nije pokazala kao značajan protektivni faktor. Što se tiče ishoda, u smislu problema mentalnog zdravlja, sa digitalnim nasilništvom je umereno bila povezana zloupotreba alkohola i drugih supstanci, dok su depresija i anksioznost imale značajnu povezanost, ali niskog intenziteta. Sa digitalnom viktimizacijom su, na nivou umerene ka jakoj veličini efekta, bili povezani suicidalna ideacija, stres, anksioznost i depresija. [10].

U ranije navedenoj meta-analizi studija na zdravoj populaciji, dobijeno je da žrtve digitalnog nasilja imaju oko 3 puta veću verovatnoću da planiraju pokušaj suicida i/ili izvrše pokušaj suicida, kao i da je efekat izloženosti tradicionalnom i elektronskom nasilju kumulativan, u smislu povećavanja rizika za suicidalnu ideaciju i ponašanje [7].

Pokazano je, dakle, da je digitalno nasilništvo prevalentno i povezano sa različitim oblicima psihopatoloških ispoljavanja, kao što su i tradicionalni oblici vršnjačkog nasilja. U kakvom međusobnom odnosu oni stoje? Rezultati meta-analize koja je obuhvatila 80 studija koje su se bavile zastupljenošću i oblicima ispoljavanja različitih vrsta vršnjačkog nasilja, pokazali su da su prevalence tradicionalnih oblika nasilja oko dva puta veće nego elektronskog nasilja [11]. Pored ovoga, tradicionalni i elektronski oblici vršnjačkog nasilja su umereno povezani ($r=0.40$) i na planu bihevioralnih ispoljavanja imaju više sličnosti nego razlika, a veoma mali broj dece izložene vršnjačkom nasilju je izloženo digitalnom nasilju kao jedinom obliku [11]. *U čemu su onda specifičnosti digitalnih oblika nasilja?* U prvom redu, u doživljaju

anonimnosti (i realno visokom stepenu anonimnosti) nasilnika, kao i odloženoj gratifikaciji za nasilništvo; potom u stalnoj dostupnosti žrtve i mogućnosti da se u nasilništvo nad njom uključi veći broj osoba, kao i zbog brzog širenja informacija [8,11].

Zaključak

Danas, više nego ikada deca trpe različite vidove nasilja. Iako je podignuta društvena svest o potrebi zaštite dece kako od klasičnog tako i digitalnog nasilništva, broj žrtava različitih vidova zlostavljanja (pa tako i vezane psihopatologije) beleže ogroman porast. Čija uloga je u tome najveća? Porodice da obuču decu o bezbednom korišćenju interneta ili škole da edukuje đake u tom pravcu, policije i pravosuđa da isprati žrtve i nasilnike ili pak stručnjaka za mentalno zdravlje da ih uspešnije leči? Gde počinje a gde se završava ova komplikovana petlja? Čini se da je na svima nama odgovornost uključivanja i formiranja multidisciplinarnih timova vezanih najpre za školski sistem jer se tu najveći broj slučajeva registruje.

Jer, podsetimo se:

- Vršnjačko zlostavljanje ima nepovoljne efekte na mentalno zdravlje nezavisno od drugih faktora rizika.
- Žrtve nasilja i nasilnici, u celini, imaju povišeni rizik za suicidalnu ideaciju i ponašanje.
- Između tradicionalnih i elektronskih formi nasilja postoji značajan stepen preklapanja.
- Najvažniji faktor u ublažavanju posledica vršnjačkog zlostavljanja je rano prepoznavanje i intervencija.

BULLYING AND MENTAL HEALTH

Olivera Aleksic Hil, Marko Kalanj

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: The paper presents an overview of recent findings from several major cohort studies and meta-analyses related to the long-term effects of bullying on mental health. Exposure to bullying is associated with the risk of developing various psychiatric disorders, primarily anxiety and depression disorders, as well as reporting suicidal ideation and behavior, regardless of other risk factors, with the worst mental health outcomes for those in the category of bully / victims. Further, the paper presents a review of recent data from our population on the use of digital technology, the risks and the frequency of cyberbullying among children. The use of digital technologies is widespread among children and adolescents, and with age the frequency of use increases, and thus the degree of exposure to cyberbullying - from a third of junior primary school pupils to two-thirds of high school students. The adverse effects of cyberbullying on mental health are comparable with the effects of classical, traditional forms of bullying, and there is a significant degree of overlap between these two categories of bullying.

Key words: *bullying, cyberbullying, school bullying*

Literatura:

1. Olweus D. Bullies on the playground: The role of victimization. Children on playgrounds: Research perspectives and applications. 1993;85-128.
2. Popadić, D. Nasilje u školama, Beograd, Institut za psihologiju, 2009.
3. Smith PK, Slee P, Morita Y, Catalano R, Junger-Tas J, Olweus D, editors. The nature of school bullying: A cross-national perspective. Psychology Press; 1999.
4. Lereya ST, Copeland WE, Zammit S, Wolke D. Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. European child & adolescent psychiatry. 2015 Dec 1;24(12):1461-71.
5. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. The Lancet Psychiatry. 2015 Jun 1;2(6):524-31.
6. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. Archives of disease in childhood. 2015 Sep 1;100(9):879-85.
7. Katsaras G, Vouloumanou E, Kourlaba G, Kyritsi E, Evagelou E, Bakoul, C. Bullying and Suicidality in Children and Adolescents Without Predisposing Factors: A Systematic Review and Meta-analysis. Adolescent Research Review. 2018 3. 193-217. 1
8. Kuzmanović D, Lajović B, Grujić S, Medenica G. Digitalno nasilje – prevencija i reagovanje, Beograd, Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja; i Pedagoško društvo Srbije; 2016
9. Popadić D, Kuzmanović D. Mladi u svetu interneta, Beograd, Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja; 2016.
10. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological bulletin. 2014 Jul;140(4):1073.
11. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. Journal of Adolescent Health. 2014 Nov 1;55(5):602-11.

Dr Olivera ALEKSIĆ HIL, dečji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Olivera ALEKSIC HIL, MD, child psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Email: o.alexix@gmail.com

UDK 159.922.8

159.923.5-053.6

COBISS.SR-ID 275813132

ZNAČAJ ASERTIVNE KOMUNIKACIJE U ŠKOLSKOM I SOCIJALNOM FUNKCIONISANJU ADOLESCENATA

Željka Košutić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Asertivnost predstavlja “skup ponašanja koje osoba manifestuje u interpersonalnom kontekstu a koja izražavaju njena osećanja, stavove, želje, mišljenja, ili prava na direktan, odlučan i iskren način, poštujući osećanja, stavove, želje, mišljenja i prava drugih”. Podrazumeva korišćenje sopstvenih prava bez narušavanja prava drugih, odnosno izražavanje sopstvenih osećanja bez doživljaja značajne anksioznosti. Asertivnost doprinosi boljem sporazumevanju u emocionalnim i profesionalnim odnosima. Ova uverenja se usvajaju još od ranog detinjstva kroz proces socijalizacije. Deca koja usvajaju asertivne oblike ponašanja, bolje se suočavaju sa stresom, efikasnije koriste svoja znanja i sposobnosti. To pogoduje razvoju samopouzdanja i samopoštovanja u detinjstvu, ali i kasnije u adolescentnom i odraslom dobu. Za razliku od asertivnog, postoji i agresivno i pasivno ponašanje, koji predstavljaju dva pola komunikacionog kontinuuma. Strah je zajednički imenitelj koji povezuje agresivne i submisivne osobe. Asertivnost je veština koja se uči i koja se vežba. Asertivni treninzi, širom sveta, imaju sve veći značaj zbog mnogostruke koristi. Profesionalno vođenje kroz asertivni trening može predstavljati uvod u sve bitne aspekte asertivne komunikacije i prevazilaženje strahova vezanih za socijalne interakcije što doprinosi boljem funkcionisanju adolescenata u socijalnim interakcijama i školskom funkcionisanju.

Ključne reči: asertivnost, adolescent, školsko funkcionisanje, asertivni trening

Definicija asertivnosti

Asertivnost predstavlja "skup ponašanja koje osoba manifestuje u interpersonalnom kontekstu, a koja izražavaju njena osećanja, stavove, želje, mišljenja ili prava na direktan, odlučan i iskren način, poštujući osećanja, stavove, želje, mišljenja i prava drugih" [1]. Asertivnost i asertivno ponašanje su pojmovi koji sve više ulaze u svakodnevnu upotrebu. Izvedene su iz engleskog jezika od reči *assertive*, koja označava samosvesnost, upornost i samopouzdanost i *to assert*, v (*glagol*) = izjaviti, izneti (mišljenje), braniti. U našem jeziku se za asertivno ponašanje koristi i termin „samopotvrđno ponašanje“.

Za razliku od agresivnog i pasivnog ponašanja, kada su narušena prava jedne osobe u komunikaciji [2], asertivnost podrazumeva korišćenje sopstvenih prava bez narušavanja prava drugih, odnosno izražavanje sopstvenih osećanja bez doživljaja značajne napetosti i osećanja krivice u odnosu na drugu osobu [3]. Ona doprinosi boljem sporazumevanju u interpersonalnim relacijama [4] i doprinosi osećanju sopstvene vrednosti i samopoštovanja [5] što je posebno značajno u adolescentnom periodu.

Asertivnost u adolescenciji

Asertivnost doprinosi samopouzdanju što je vrlo značajno u periodu adolescencije kada mladi ljudi uspostavljaju i formiraju nove načine komunikacije sa roditeljima, vršnjacima, profesorima i stupaju u emotivne veze. Zbog izražene nesigurnosti u ovom razvojnem periodu, usvajanje veština asertivne komunikacije može značajno pomoći uspešnom prevazilaženju razvojnih zadataka i razvoju zdrave ličnosti. Osim što asertivnost doprinosi boljem školskom i socijalnom funkcionisanju, jer povećava interpersonalnu efikasnost, ima i prediktorski značaj u razvoju mentalnih poremećaja [6].

Uspešno funkcionisanje u socijalnoj sredini, uključujući školu, porodicu i vršnjake, podrazumeva adekvatan i konstruktivan odnos prema drugima i mogućnost prilagođavanja na promene u spoljnoj sredini, odnosno efikasnost u procesu socijalizacije i dostizanja socijalne zrelosti [7]. Neka istraživanja govore u prilog tome da socijalna zrelost podrazumeva adekvatan nivo ekscitacije regulatornih sistema CNS-a, dobru kontrolu anksioznih, agresivnih i histeriformnih reakcija na frustracione i pseudofrustracione situacije, dobre ego formacije i odsustvo disocijativnih, regresivnih, infantilnih, narcističnih reakcija, kao i asocijalne i antisocijalne agresivnosti [7]. S obzirom da je adekvatna komunikacija, odnosno asertivno ponašanje povezano sa dobrom adaptacijom u interpersonalnim relacijama i socijalnim funkcionisanjem, asertivnost bi mogli dovesti u vezu sa stepenom socijalne zrelosti.

Problemi u interpersonalnim relacijama, posebno u adolescenciji, dovode često do stresnog reagovanja, zbog značaja drugih osoba u njihovim životima, s obzirom na nedovoljnu zrelost njihovih *coping* mehanizama (me-

hanizama prevladavanja stresa) [8], pri čemu nedostatak socijalnih veština dodatno pojačava nesigurnost i komplikuje ovaj razvojni period.

Asertivni trening

Asertivnost nije osobina sa kojom se rađamo, asertivno ponašanje se može naučiti [4].

Iako asertivni trening ima svoju dugu istoriju, prvi važniji nalazi o razvoju asertivnog treninga dolaze od Josepha Wolpea i Arnolda Lazarusa [9]. Ovi autori su prvi utvrdili značajnu razliku između asertivnosti i agresivnosti i upotrebili tehnike igranja uloga kao deo terapijske procedure. Veliki doprinos u razvoju asertivnog treninga dali su, takođe, autori Lange i Jakubovski [9], koji asertivnost definišu kao "slobodno izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, iskren i socijalno adekvatan način uz uvažavanje prava drugih ljudi". Oni ističu da cilj asertivnosti nije uspeh po svaku cenu i ekskluzivna borba za svoja prava (takvo ponašanje određuje se kao manipulativno), već je cilj asertivnosti izražajnost, komunikacija i ostvarivanje zdravih interpersonalnih odnosa, zbog čega su predložili termin „odgovorna asertivnost”. Kada je struktura treninga asertivnosti u pitanju, pomenuti autori, uzimajući u obzir uzroke neasertivnog ponašanja, napominju da svaki asertivni trening treba da uključi četiri osnovne terapijske procedure:

- 1) učenje o razlikama između asertivnosti i agresivnosti, između pasivnosti i učtivosti;
- 2) procedure prepoznavanja i prihvatanja svojih asertivnih prava i prava drugih ljudi;
- 3) redukovanje postojećih kognitivnih i afektivnih prepreka;
- 4) razvijanje asertivnih veština pomoću praktičnih metoda [2,4].

Istraživanja su, takođe, pokazala da je grupni pristup asertivnom treningu efikasniji u odnosu na individualni [9]. U okviru grupnog treninga, učesnici lakše usvajaju principe asertivnog treninga jer mogu vežbati sa ostalim članovima grupe. Pokazano je da ovaj oblik asertivnog treninga dovodi do značajnog povišenja asertivnosti i redukcije socijalne anksioznosti [10].

Zaključak

Asertivnost je veština koja se uči i koja se vežba. Asertivni treninzi, širom sveta, imaju sve veći značaj zbog mnogostruke koristi. Profesionalno vođenje kroz asertivni trening može predstavljati uvod u sve bitne aspekte asertivne komunikacije i prevazilaženje strahova vezanih za socijalne interakcije, što doprinosi boljem socijalnom i školskom funkcionisanju adolescenata.

THE IMPORTANCE OF ASSERTIVE COMMUNICATION IN SCHOOL AND SOCIAL FUNCTIONING OF ADOLESCENTS

Zeljka Kosutic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Assertiveness is a “set of behaviors that a person manifests in an interpersonal context that expresses his/ her feelings, attitudes, desires, opinions or rights in a direct, decisive and honest way, while respecting the feelings, attitudes, desires, opinions, and rights of others.” This implies the use of one's own rights without violating the rights of others, meaning expressing of one's feelings without experiencing significant anxiety. Assertiveness contributes to better communication in emotional and professional relationships. These beliefs are adopted since early childhood through the process of socialization. Children who adopt assertive behaviors, better deal with stress, more effectively use their knowledge and abilities. This fosters the development of self-esteem and self-respect in childhood, and later in adolescent and adulthood. Unlike assertive, we define aggressive and passive behavior, which represent two opposite ends on communication continuum. Fear is a common denominator that connects aggressive and submissive people. Assertiveness is a skill that is taught and practiced. Assertive trainings around the world are increasingly important because of their multiple benefits. Professional guidance through assertive training can represent an introduction to all important aspects of assertive communication and overcoming fears about social interactions, which contributes to better functioning of adolescents in social interactions and school functioning.

Key words: *assertiveness, adolescents, school functioning, assertive training*

Literatura

1. Galassi MD, Galassi JP. Assert yourself: How to be your own person. New York: Human Sciences Press; 1977.
2. Tovilović S. Asertivni trening: efekti tretmana, održivost promena i udeo terapeuta u terapijskom ishodu. Psihologija. 2005; 38(1):35-54.
3. Alberti RE, Emmons ML. Your perfect right: A guide to assertive living. 6th ed. San Luis Obispo, CA: Impact Publishers; 1990.
4. Zdravković J. Veština vladanja sobom. Niš: Zograf; 2004.
5. Eskin M. Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. Scand J Psychol. 2003;44(1):7-12.
6. Calkins AW, Otto MW, Cohen LS, et al. Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: results from a prospective 3-year longitudinal study. J Anxiety Disord. 2009; 23(8):1165-69.
7. Momirović K, Hošek A, Džamonja Z, Džamonja Ignjatović T. Baterija testova socijalizacije: priručnik. Beograd: Nacionalna služba za zapošljavanje; 2004.
8. Levitan MN, Nardi AE. Social skill deficits in socially anxious subjects. World J Biol Psychiatry. 2009; 10(4):702-09.
9. Lange A, Jakubowski P. Responsible assertive behavior: cognitive/behavioral procedures for trainers. Champaign: Research Press; 1976.
10. Lin YR, Wu Mei-Hsuen, Yang CI, et al. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. J Clin Nurs. 2008;17(21):2875-8.

Dr Željka KOŠUTIĆ, psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Zeljka KOSUTIC, MD, psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: zeljka.kosutic@gmail.com

DECA, SOCIJALNA ZAŠTITA, OBRAZOVANJE

Emina Garibović

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Apstrakt: Deca lišena roditeljskog staranja, čije se odrastanje odvija u institucijama socijalne zaštite lišena su obima i kvaliteta nege koja se dobija u uobičajenim dijadnim odnosima, tako da je njihov razvoj od početka depriviran suboptimalnim uslovima. Stoga, institucionalna nega predstavlja glavni faktor rizika za atipičan psihološki razvoj. Deca u institucionalnom smeštaju su u visokom riziku za ispoljavanje razvojnih kašnjenja i psihopatoloških fenomena u poređenju sa decom iz opšte populacije. Školski uzrast dece se razmatra kao dinamičan period rasta i razvoja jer deca prolaze kroz fizičke, psihičke, mentalne, emocionalne i socijalne promene. Podaci o obrazovnom statusu dece u institucijama socijalne zaštite pokazuju nepovoljne trendove u vidu malog procenta korisnika koji su obuhvaćeni bilo kakvim vidom obrazovnog procesa, kao i porast onih koji su napustili školovanje.

Ključne reči: *deca, razvoj, institucionalni smeštaj, obrazovanje*

Uvod

Ljudska bića su na rođenju nezrela i nesposobna za samostalni razvoj i rast. Da bi mogla da prežive i da se razviju neophodna je nega i briga drugih, najčešće roditelja ili njihovih zamena. Teorija afektivne vezanosti naglašava značaj dijadnog odnosa; odnosa roditelja ili njegove zamene i deteta, kao krucijalne veze u razvoju ličnosti kroz obezbeđivanje stabilnosti, sigurnost i zaštite. Takvo okruženje je evolutivno očekivano, i njegovo odsustvo ima značajne posledice po razvoj i zdravlje bebe [1].

Rast i razvoj dece lišene roditeljskog staranja odvija se u institucijama socijalne zaštite. Zbog toga su ova deca lišena kvaliteta nege koja se dobija u uobičajenim dijadnim odnosima, te se od samog početka njihov razvoj odvija u suboptimalnim uslovima ili uslovima deprivacije. Izmenjeni početni uslovi za sobom povlače neophodnost prilagođavanja razvojnog sistema kako bi se osiguralo i promovisalo samostalno funkcionisanje. Adaptacije koje nastaju u ovakvim uslovima mogu da generišu samostalno funkcionisanje u kratkom vremenskom roku, ali dugoročno, one mogu u velikoj meri narušiti sposobnost pojedinca da se suoči sa promenama u zahtevima okruženja koji se dešavaju tokom odrastanja [1,2]. Institucionalna nega, stoga, predstavlja glavni faktor rizika za atipičan psihološki razvoj.

Čak i u najboljim mogućim uslovima institucionalno zbrinjavanje je po svojoj prirodi suboptimalno. Pre svega, pružaoci nege su timsko osoblje i druge institucionalne instance osmišljene kao roditeljska zamena. Osoblje, na primer, menja smene što uslovljava njihovu intermitentnu prisutnost i odsutnost, a zbog pritiska da zadovolje potrebe velikog broja dece postoji značajno nizak kontinuiran odnos pružaoca nege i deteta [2,3]. Stoga, uprkos najboljim namerama osoblja u institucijama, nega dece u njima ne može da kopira brigu koju deca dobijaju u porodičnom okruženju. S obzirom na to, ovaj tip ranog iskustva nosi značajne rizike za razvojni ishod.

Mnoge socijalne institucije u svetu nastoje da budu prihvatljive u pogledu medicinske nege, ishrane, higijene, sigurnosti, igračaka i druge opreme, uz razvoj i unapređenje mera za prevenciju fizičkog i seksualnog zlostavljanja. Nasuprot fizičkog zdravlja i sigurnosti, socijalna i emocionalna interakcija između davaoca nege i dece je veoma ograničena i vrlo često izrazito deficitarna [1-3].

Dok ovakve opservacije omogućavaju razumevanje karakteristika institucionalnog smeštaja, nažalost postoji veoma malo dostupnih informacija o iskustvu svakog pojedinčanog deteta. Nepouzdana dokumentacija za pojedinačno dete u pogledu nege, ishrane ili eventualnog maltretmana ostavlja istraživače bez mogućnosti opisivanja i razumevanja kako specifični faktori mogu uticati na ishod razvoja deteta. Ali je jasno da poboljšanje u pružanju nege ili uklanjanje deteta iz institucije značajno poboljšava taj ishod.

Potrebe i problemi: empirijska istraživanja

U okviru velikog projekta zajedničke istraživačke grupe stručnjaka za mentalno zdravlje iz Rusije i SAD sprovedene su kvazieksperimentalne intervencije u domenu socio-emocionalnih odnosa kod dece u institucionalnom smeštaju u ove dve zemlje [4]. Eksperimentalne intervencije su imale za cilj da poboljšaju fizičko okruženje zapošljavanjem osoblja koje je obučavano za specifične dnevne procedure u negovanju dece. Poboljšanje nege je uključivalo naglašavanje topline, senzitivnosti, dostupnosti negovatelja u interakciji sa detetom, povećane responsivnosti na potrebe deteta. Važan aspekt projekta bila je i implementacija strukturalnih promena u kreiranju okruženja koje će unaprediti odnos negovatelj-dete [4].

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da su deca koja su bila uključena u pomenute vidove intervencije pokazala značajan razvojni napredak, ne samo u društvenim i ličnim domenima, već i u verbalnoj komunikaciji, motornim veštinama, fizičkom rastu i interakciji između dece i njihovih negovatelja. Uspeh intervencije se ogledao u transformisanju institucionalne kulture u okruženje slično porodičnom miljeu koje je pogodnije za razvoj deteta [4].

Deca u institucionalnom smeštaju su pod povišenim rizikom za ispoljavanje razvojnih kašnjenja u odnosu na decu uobičajenog razvoja. Neka od tih kašnjenja kako opisuju Johnson i Dole su fizičkog tipa: niži rast, obim glave i mišićni tonus. Prema ovim autorima razvojni motorni miljokazi mogu nedostajati zbog deprivacije motorne aktivnosti [5]. Institucionalna nega utiče kako na kognitivni razvoj, tako i na razvojno kašnjenje govora [6].

Povoljan faktor je to što razvojni sistem pokazuje visoku plastičnost i što uprkos navedenim razvojnim kašnjenjima deca mogu da pokažu značajan napredak u različitim domenima. U slučaju da se insitucionalni smeštaj zameni zbrinjavanjem u adekvatnoj porodici deca pokazuju relativno brza i skokovita poboljšanja u različitim značajnim razvojnim domenima [7-9], uključujući težinu i obim glave [10,11], kao i poboljšanje kognitivnih funkcija tokom detinjstva i adolescencije [12-14].

Uprkos ovim značajnim mogućnostima da se uz adekvatnu negu razvojni miljokazi sustignu, postoje oblici ponašanja koji su, međutim, manje podložni promeni i često takva ponašanja imaju izvorište u emocionalnoj sferi. Mnogo je pisano o visokom riziku institucionalno zbrinute dece za razvoj problema u sferi socijalnog vezivanja, u emocionalnoj regulaciji, kao i facijalnoj ekspresiji emocija [15-18]. Kao specifična rizična grupa, deca u institucijama su u mogućnosti da ostvare vezivanje sa mogućim usvojiteljima, ali zbog gore već opisanih problema u dostupnosti i stalnosti ovih objekata, uglavnom se ostvaruje nesiguran obrazac vezanosti [17,19-22].

Ponašajni obrazac koji se često viđa kod ove dece je neselektivno priateljstvo sa nepoznatim odraslim osobama koji može perzistirati godinama nakon usvojenja. Zašto ova deca razvijaju ovakvu vrstu intimnosti, još uvek

nije sasvim jasno. Iako su te vrste prijateljstava površne, one se opisuju i konceptualizuju kao vid adaptacije na institucionalnu negu koja retko dolazi samo od jedne osobe u instituciji i deca koja pokazuju ovakav vid neselektivnog prijateljstva prema nepoznatim odraslim su u većini slučajeva miljenici od strane osoblja [19].

Deficit u facijalnoj produkciji emocija verovatno je pokazatelj emocionalnih problema. Ovo je kompleksan problem pre svega zato što se ne javlja kao izolovan fenomen već ima i drugu komponentu – deca u institucijama slabije i razlikuju emocionalnu ekspresiju lica kod drugih što je važna socijalna veština i u vezi je sa učenjem izražavanja sopstvenih emocija. Istovremeno, facijalna ekspresija emocija drugih ima tendenciju da poveća diskontrolu impulsa kod dece u institucionalnom smeštaju [18,19]. Mogućnost da regulišu ponašanje koje je uslovljeno postojanjem određenog emocionalnog konteksta je zajednički izvor teškoća za decu u institucionalnom smeštaju. Ove teškoće regulacije su evidentirane povećanjem internalizacije i eksternalizacije ponašanja kod neke dece sa istorijom institucionalne zaštite [8,9]. Ovi problemi nisu karakteristika sve dece koja su institucionalno zbrinuta, ali je život u instituciji važan provokirajući faktor za iskazivanje i nastanak ovakvih problema, a pored toga oni mogu trajati godinama i mogu se pogoršati naročito prelaskom u adolescenciju.

Protektivni faktori kao budući pravac istraživanja

Dok podaci ukazuju na to da je odrastanje u instituciji značajan faktor rizika za razvoj emocionalnih problema, postoje mnogi primeri gde to nije nužno slučaj. Prikazani podaci do sada se oslanjaju na statističke testove koji izračunavaju prosečne rezultate za svaku grupu dece. U okviru prosečnih vrednosti postoje ogromne individualne razlike. Institucionalna zaštita sama po sebi ne determiniše loš emocionalni ishod, međutim, drastično se povećava rizik. Istraživački izazov od prvorazrednog kliničkog značaja je da se utvrdi koji su to faktori koji mogu uticati na pozitivan ishod.

Jedan poznati faktor jeste uzrast deteta u kom je prvi put smešteno u instituciju. Doba kada dete počinje život u instituciji je važna varijabla jer predstavlja period u kome su deca bila izložena raznim rizicima. Ona deca koja su rano usvojena su izložena kraćem trajanju rizika od dece usvojena u starijim godinama. Međutim, postoje i individualne razlike u razvoju uprkos izloženosti istom riziku.

Konstrukcija povezana sa rizikom je otpornost, potencijalno moćan koncept koji se bavi pitanjem zašto dvoje dece koja doživljavaju istu nesreću mogu pokazati veoma različite ishode, i to ostaje kao empirijski izazov za identifikaciju faktora otpornosti. Postoji nekoliko mogućih faktora uključujući fizički rast i genetiku.

Školski uzrast dece je dinamičan period rasta i razvoja jer deca prolaze kroz fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne promene. Kognicija predstavlja kompleksan, višedimenzionalni skup sposobnosti: učenje, pamćenje,

rešavanje problema i prezentovanje znanja od perioda odojčeta kroz detinjstvo [23]. Kvalitetna ishrana je važna podrška rastu i dostizanju maksimalnog potencijala za učenje. Nutricija ima efekat na nivo energije, raspoloženje, memoriju, jasnoću i emocionalno i mentalno blagostanje. Deca koja u ovom periodu nemaju optimalan rast moguće da to neće nadoknaditi čak i u povoljnim uslovima u kasnijem životu. Pravilna ishrana je važna za dobor moždano funkcionisanja i utiče na poboljšavanje učenja. Adekvatna moždana funkcija je preduslov za efikasnu kogniciju i organizaciju ponašanja. Prema tome efekat pothranjenosti, tako čest u institucionalnom smeštaju, usporava fizički i motorni razvoj koji potom utiču na kognitivni razvoj, što rezultira smanjenim količnikom inteligencije, redukovanom pažnjom i nižim obrazovnim dostignućima.

Sistem socijalne zaštite u Srbiji

Prema podacima Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu u Srbiji postoji 21 ustanova socijalne zaštite za decu i mlade bez roditeljskog staranja [24]. Prema trenutnoj klasifikaciji, postoji tri tipa ustanova:

- ustanove za decu i mlade (nekada nazivane domovi za decu bez roditeljskog staranja)
- ustanove za decu i mlade sa smetnjama u razvoju
- ustanove za vaspitanje dece i mladih (bivši zavodi za vaspitanje)

Osnovni razlozi za smeštaj u domove za decu i mlade su nemogućnost roditelja da adekvatno odgovore na potrebe deteta, odsustvo roditeljskog staranja (roditelji umrli ili potpuno lišeni roditeljskog prava i poslovne sposobnosti) i neadekvatno porodično staranje [24]. Najveći broj dece je osnovnoškolskog uzrasta, a najmanje je korisnika uzrasta od 15-17 godina.

Najviše korisnika je sa intelektualnim teškoćama, a podaci o obrazovnoj strukturi pokazuju da od ukupno 649 dece i mladih, koliko ih je bilo na smeštaju zaključno sa 31.12.2014. godine, njih 72,9% nisu obuhvaćeni obrazovnim procesom.

Podaci o obrazovnom statusu korisnika pokazuju sledeće nepovoljne trendove:

- mali procenat korisnika je obuhvaćen bilo kakvim obrazovnim modalitetom
- neznanat je obuhvat redovnim školovanjem
- porast je onih osoba koje su napustile školovanje

Izražene su potrebe za rad sa decom sa agresivnim ponašanjem u svim domovima za decu i mlade bez roditeljskog staranja. Rezultati istraživanja ukazuju na to da deca i adolescenti smešteni u domovima procenjuju svoj kvalitet života kroz sledeće domene: fizičko, emotivno, socijalno i školsko funkcionisanje. Kada se u ovim domenima samoprocena štićenika socijalnih institucija uporedi sa adolescentima i decom iz hraniteljskih ili bioloških porodica, rezultati su značajnije niži, što ukazuje na ozbiljne deficite ovog vida zbrinjavanja dece [25].

Vezano za obrazovni proces dece u institucijama, podaci o školovanju i dostignutom nivou obrazovanja u velikoj meri su dostupni i date informacije spadaju u najvalidnije dostupne informacije koje se o detetu dobijaju. Ti rezultati ukazuju da su ishodi dece u ovoj oblasti posebno loši. Studije u drugim evropskim državama imaju slične podatke. Goddard (2000) je utvrdio da svega 20% dece u domovima nastavlja redovno obrazovanje nakon navršene šesnaeste godine, u poređenju sa 68% u opštoj populaciji [26]. Prateći podatke iz literature postoji konsenzus u vezi sa tim koji faktori determinišu ovakav proces i ishod edukacije dece koja su institucionalno zbinuta. Oni su predstavljeni kao visok nivo isključenosti u široj socijalnoj sredini kao i niska očekivanja od strane nastavnog osoblja [27].

MacLean [28] je naznačio da su dobra školska postignuća moguća u kvalitetnijim ustanovama za decu bez roditeljskog staranja. Ovaj istraživač se takođe slaže sa drugim istraživačima da loša školska postignuća i ponavljanje razreda mogu biti vezani za dužinu boravka u domu.

Otkriveno je da postoji negativna sprega između dužeg boravka u domu i akademskih postignuća deteta. Duži boravak utiče negativno na kogniciju, što se posledično održava na njihovo ponašanje i doprinosi njihovom lošijem socijalnom i akademskom napretku. Nalven pominje da deca koja provedu više od dve godine u domu ispoljavaju intelektualni deficit što rezultira lošim školskim postignućima uključujući i ponavljanje razreda [29].

U dodatku *Save the Children* iz 2009. pominje se da deca mlađa od pet godina u domovima bez stabilnog pružaoca nege tokom boravka pate od dezorganizovanog, dezorijentisanog ili dezinhibiranog poremećaja afektivnog vezivanja [30]. Ovaj podatak može se dalje generalizovati i reći da poremećaji afektivnog vezivanja uopšteno češće nastaju kod dece koja su veći deo ranog detinjstva provela u domu [31]. Ipak, prema istraživanjima, formiranje ovakvog obrasca nije neizbežna posledica rane deprivacije i postoje posredni efekti različitih drugih varijabli koji mogu poboljšati ishod kao što je npr. senzitivnost pružaoca nege. Primera radi, deca sa ograničenom mogućnošću selektivnog afektivnog vezivanja imaju niža postignuća na testu inteligencije i postaju sporiji učenici koji stalno traže pažnju drugih [30].

U mnogim domovi pružaoci nege nemaju formalno obrazovanje za adekvatnu asistenciju u sprovođenju obrazovnog procesa kod dece, što takođe utiče na siromaštvo edukativnog procesa i krajnji loš ishod [32].

Zaključak

Deca smeštena u institucionalnom smeštaju imaju brojne teškoće u široj socijalnoj, a posebno školskoj sredini. Mnogi od ovih problema imaju uporište u činjenici da deca i mladi u institucionalnom smeštaju osećaju da nigde ne pripadaju. Da bi se osećali dobro, njima je potrebna sigurnost koja je slična sigurnosti u porodičnoj sredini. Nijedno učenje ne može biti dovoljno efikasno ako se dete oseća nesigurnim. Fundamentalna značaj sigurnosti koji proističe iz organizovane i strukturisane sredine i uspostavljanja odnosa sa

brižnim starateljima proizilazi veoma jasno iz Maslovljeve teorije o hijerarhiji potreba – teško je i zapravo skoro nemoguće zadovoljavanje viših potreba kao što su vera u sebe i samoaktualizacija, ukoliko nisu zadovoljeni bazični nivou potreba kao što su fizičke potrebe, pripadanje i bezbednost [33].

Brojna empirijska istraživanja koja su ovde predstavljena upućuju nas na to da je potrebno više znanja o tome šta ova deca mogu dostići, ali i o tome kako da se u praktičnom radu njihova edukativna performansa poboljša. Štićenici doma za decu bez roditeljskog staranja su vulnerabilni učenici sa očajničkom željom za domom i porodicom.

CHILDREN, SOCIAL WELFARE, EDUCATION

Emina Garibovic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Children without parental care whose development takes place in institutions of social protection are deprived of the scope and quality of care received in usual dyadic relationships so that their development takes place from the beginning in deprived, suboptimal conditions. Therefore, institutional care is the main risk factor for atypical psychological development. Institutionalized children are at higher risk for developmental delays and psychopathological phenomena compared to typical children. School age is considered to be a dynamic period of growth and development because children undergo physical, psychological, mental, emotional and social changes. The available data about the educational status of institutionalized children show unfavorable trends; for example, a small percentage of users are part of any kind of educational process, and there is also a trend of those that have abandoned their education.

Key words: *children, development, institutional care, education*

Literatura

1. Tottenham N. Risk and developmental heterogeneity in previously institutionalized children. *J Adolesc Health*. 2012 Aug;51(2 Suppl):S29-33.
2. Taneja V, Sriram S, Beri RS, Sreenivas V, Aggarwal R, Kaur R. Not by bread alone': impact of a structured 90-minute play session on development of children in an orphanage. *Child Care Health Dev*. 2002 Jan;28(1):95-100.
3. Tirella L, Chan W, Cermak S, Litvinova A, Salas K, Miller L. Time use in Russian Baby Homes. *Child: Care, Health and Development*. 2008; 34(1):77-86.
4. St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2008;73(3):vii-viii, 1-262, 294-5.
5. Johnson AE, Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Growth delay as an index of allostatic load in young children: predictions to disinhibited social approach and diurnal cortisol activity. *Dev Psychopathol*. 2011; 23(3):859-71.
6. Loman MM, Wiik KL, Frenn KA, Pollak SD, Gunnar MR. Postinstitutionalized children's development: growth, cognitive, and language outcomes. *J Dev Behav Pediatr*. 2009 Oct;30(5):426-34.
7. Johnson DE, Dole K. International Adoptions: Implications for Early Intervention. *Infants and Young Children*. 1999; 11(4):34-45.
8. Van Ijzendoorn MH, Luijk MPCM, Juffer F. IQ of Children Growing up in Children's Homes: A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2008;54(3):341-66.
9. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Adoptees do not lack self-esteem: a meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychol Bull*. 2007 Nov;133(6):1067-83.
10. Rutter M, Colvert E, Kreppner J, et al. Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007; 48:17-30.
11. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*. 2003; 15(1):19-38.
12. Beckett C, Maughan B, Rutter M, et al. Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Dev*. 2006 May-Jun;77(3):696-711.
13. Fox NA, Almas AN, Degnan KA, Nelson CA, Zeanah CH. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care

- intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):919-28.
14. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev*. 2010 Mar-Apr;81(2):435-56.
15. Hodges J, Tizard B. IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Jan;30(1):53-75.
16. Moulson MC, Westerlund A, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. The effects of early experience on face recognition: an event-related potential study of institutionalized children in Romania. *Child Dev*. 2009 Jul-Aug;80(4):1039-56.
17. O'Connor TG1, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA. English and Romanian Adoptees Study Team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol*. 2003 Winter;15(1):19-38.
18. Tottenham N, Hare TA, Quinn BT, et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Dev Sci*. 2010 Jan 1;13(1):46-61.
19. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Dev*. 1998 Aug;69(4):1092-106.
20. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Jan;30(1):77-97.
21. van Londen WM, Juffer F, van Ijzendoorn MH. Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: short-term outcomes after international adoption. *J Pediatr Psychol*. 2007 Nov-Dec;32(10):1249-58.
22. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev*. 2005 Sep-Oct;76(5):1015-28.
23. Kamath SM, Venkatappa KG, Sparshadeep EM. Impact of Nutritional Status on Cognition in Institutionalized Orphans: A Pilot Study. *J Clin Diagn Res*. 2017 Mar;11(3):CC01-CC04.
24. Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2014. Republički zavod za socijalnu zaštitu Beograd, jul 2015.
25. Damjanovic M. Karakteristike kvaliteta života i mentalnog zdravlja dece i adolescenata koji su u sistemu socijalne zaštite (doktorska disertacija). Univerzitet u Beogradu Medicinski fakultet. 2012.
26. Goddard H. Guidance should end mystery of learning difficulties. *Nurs Stand*. 2010 Sep 1;24(52):33.

27. Gallagher B, Brannan C, Jones R, Westwood S. Good Practice in the Education of Children in Residential Care. *The British Journal of Social Work*. 2004; 34(8):1133-1160.
28. MacLean K. The impact of institutionalization on child development. *Dev Psychopathol*. 2003;15(4):853-84.
29. Nalven L. Strategies for addressing long-term issues after institutionalization. *Pediatr Clin North Am*. 2005 Oct;52(5):1421-44, viii.
30. UNICEF. 2009. Swaziland Progress Report on support for UNICEF's Education in Emergencies and Post-Crisis Transitions programme. Mbabane: UNICEF.
31. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF; Carlson E. Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*. 2005;76(5):1015-28.
32. Magagula, Thabsile Nokulunga. The role of children's homes in the educational performance of primary school learners in Mbabane, Swaziland, University of South Africa, Pretoria, 2015. <http://hdl.handle.net/10500/19835>
33. Maslow, AH.(1943). "A theory of human motivation" *Psychological Review*.50(4):370 -96. doi:10.1037/h005436.

Dr Emina GARIBOVIĆ, dečji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Emina GARIBOVIC, MD, child psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: egaribovic@gmail.com

KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNA TERAPIJA U ŠKOLSKOM OKRUŽENJU

Marija Mitković Vončina^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Apstrakt: Iako veliki broj dece i mladih ima neki mentalni poremećaj, samo mali broj dobije stručnu pomoć dovoljno rano. Jedan od načina da se poboljša dostupnost tretmana jeste primena kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), terapijskog modaliteta čija je efikasnost u razvojnem periodu pokazana za različite internalizujuće i eksternalizujuće probleme, u školskom okruženju. To okruženje predstavlja koristan terapijski seting, jer s jedne strane, smanjuje stigmatizaciju vezanu za psihijatrijsko lečenje i povećava dostupnost intervencija za probleme mentalnog zdravlja mladih, a s druge strane, pruža mogućnost specifične integracije informacija i uvežbavanja novostečenih veština. U radu je prikazan kratak presek nekih od KBT principa, indikacija i tehnika u radu sa mladima, važnih za primenu u školskom okruženju. Uz edukaciju stručnjaka, KBT u školskom setingu može predstavljati strukturisan, praktičan i prijemčiv način za pomoć mladima sa izazovima odrastanja.

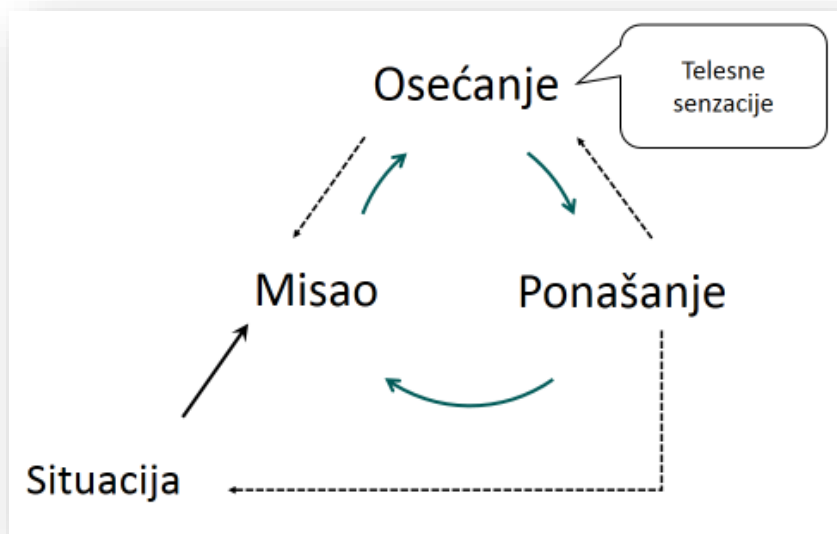
Ključne reči: kognitivno-bihevioralna terapija, škola, deca, adolescenti

Kognitivno-bihevioralna terapija u razvojnem dobu

Razvojno doba predstavlja specifičan prozor u vremenu – period mogućnosti stimulacije i razvoja, ali i period rizika za nastanak mentalnih poremećaja. Podaci ukazuju na to da čak 10 do 20% dece i adolescenata širom sveta ima neki mentalni poremećaj, i da se polovina svih mentalnih poremećaja prvi put javi do četrnaeste godine [1]. Neuropsihijatrijski poremećaji predstavljaju vodeći uzrok disfunkcionalnosti mladih ljudi u svim regionima sveta, i, ukoliko se ne leče, utiču na probleme razvoja, vode stigmatizaciji, izolaciji, i čine da mladi ljudi nikada ne dosegnu svoje akademske i druge potencijale [1]. Uprkos navedenom, smatra se da čak 70% dece i adolescenata zapravo ne dobije adekvatne intervencije na vreme [2].

Jedan od terapijskih pravaca koji kroz rezultate istraživanja pokazuje efikasnost za probleme iz domena dečije i adolescentne psihijatrije, jeste kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Efikasnost ovog modaliteta terapije pokazana je u lečenju anksioznih poremećaja, depresije [3], eksternalizujućih poremećaja [4], i drugih problema mentalnog zdravlja u razvojnem periodu [5].

U osnovi ovog terapijskog pravca leži model koji podrazumeva kognitivnu i bihevioralnu komponentu, koje se međusobno prepliću (Shema 1).



Shema 1. Osnova kognitivno-bihevioralnog modela

Kognitivna komponenta sugerise da su osećanja i prateća ponašanja rezultat kognitivne interpretacije situacija. Sistem bazičnih uverenja predstavlja filter kroz koji se procesiraju i interpretiraju percipirane informacije, i stvaraju se disfunkcionalne automatske misli koje dalje uslovljavaju nastanak

problematičnih osećanja (izraženih kroz različite telesne tegobe kao što su npr. lupanje srca, ubrzano disanje, trnjenje kod straha) i ponašanja (kakvo je npr. ponašanje izbegavanja u strahu). Važno je da su veze u okviru modela dvosmerne, dinamičke, što predstavlja i osnov promene [6,7]. Ova vrsta psihoterapije, dakle, pretpostavlja da identifikacija i izmena nečijih disfunkcionalnih kognicija sledstveno doprinosi promeni maladaptivnih emocija i ponašanja [3,6]. Bihevioralna komponenta odnosi se na to da naše reakcije na sredinske stimuluse formiraju naša ponašanja, i uključuje mehanizme učenja među kojima su učenje po modelu (učenje oponašanjem), instrumentalno učenje (uslovljeno potkrepljenjem), i klasično uslovljavanje (stvaranje uslovnih refleksa) [8]. Osobine KBT koje bi je mogle činiti posebno pogodnom za mlada-lacki uzrast jesu njena strukturisanost, relativno kratko trajanje, i aktivna uloga pacijenta.

Kada je u pitanju rad sa decom i adolescentima, važno je obratiti pažnju na pojedine principe KBT.

Kao i u drugim terapijskim modalitetima, i u KBT jedno od ključnih mesta pripada terapijskom savezu. Ovaj odnos podrazumeva prohodnu komunikaciju, kolaborativni pristup koji aktivno angažuje mladu osobu, stvara atmosferu poverenja i empatije, bez osuđivanja, i u kojem je sve orijentisano ka održanju motivacije za pronalaženje rešenja [7]. Početak i srž terapije predstavlja konceptualizacija mentalnog poremećaja, koja za zadatak ima sledeće: razumevanje okvira detetovog problema, odabir konkretnog problema na kojem će biti fokus u aktuelnoj intervenciji, određivanje terapijskog cilja u saradnji sa detetom odnosno adolescentom, plan terapijskih intervencija, predviđanje ponašanja i plan rešavanja nesaradljivosti u tretmanu [7]. U skladu sa vanvremenskim postulatima lečenja koji su orijentisani na ličnost a ne bolest [9], konceptualizacija slučaja i plan tretmana treba da budu vrlo individualizovani, uz poznavanje i uvažavanje mlade ličnosti, njenog načina izražavanja, motivišućih faktora, i okruženja.

Psihoedukacija takođe zauzima značajno mesto, posebno u radu sa mladima. Ona nije pasivni, već interaktivni, dinamički deo tretmana, koji facilitira proces promene [10]. Potrebno je koristiti uzrasno odgovarajuće načine da se informacije o mentalnom funkcionisanju prikažu i individualno prilagode [10]. Tako će psihoedukacija za mladu decu biti na konkretnijem nivou, uz korišćenje dečijih metafora i motivatora (npr. kreiranje stripa sa omiljenim junakom i pričom o tome šta se događa u njegovom umu i telu u slučaju straha; korišćenje nalepnica sa dečijim simbolima u motivaciji). Adolescentni uzrast zahteva metafore i motivatore koji uvažavaju njihov identitet u izgradnji, potrebu za autonomijom, kao i adolescentne uzore. Informacija o plastičnosti centralnog nervnog sistema u razvojnog periodu odnosno posebnoj prijemčivosti mladog mozga za promene [11], može biti od posebne koristi u psihoedukativno-motivacionom radu sa adolescentima i roditeljima.

U kognitivnim intervencijama centralnu ulogu uzima sokratovski pristup, odnosno postavljanje pitanja koja dovode do uvida u disfunkcionalne kognicije [6], uz prilagođavanje očekivanja i “terapijskog jezika” uzrastu [9, 7]. Kognitivne intervencije, međutim, mogu biti primenjene nakon što je dostignut odgovarajući nivo kognitivnog razvoja [12]. Podaci pokazuju da deca već na uzrastu od 4 do 7 godina imaju izvesnu mogućnost da naprave razliku između misli, osećanja i ponašanja [13] i da su pozitivni efekti ove terapije evidentirani i kod predškolske dece [12]. Ima podataka, međutim, koji govore o tome da su mala deca responsivnija prema bihevioralnim elementima KBT [12]. Važno je i uključivanje roditelja u tretman, što se posebno odnosi na tretman mlađe dece [12]. Roditelji mogu pomoći u proceni, psihoedukativno-motivacionom radu, modelovanju, sprovođenju intervencija između seansi kroz terapijske zadatke i primenjivanje sistema potkrepljenja, praćenju detetovog napretka, i najvažnije, u obezbeđivanju adekvatnog i toplog okruženja.

Značajno mesto zauzima i tehnika igranja uloga (“*role play*”), koja pomaže u analizi disfunkcionalnih kognicija i ponašanja, kao i modelovanju i uvežbavanju adaptivnih odgovora, a za mladalački uzrast od posebnog je značaja da ona ne bude suvoparna već kreativna i maštovita (npr. kroz igru improvizovanog pozorišta) [10]. Kada je u pitanju uzrasna specifičnost tehnika, važno je istaći i značaj terapijskih zadataka i vođenja dnevnika između seansi. Pojam “domaćeg zadataka” deci i adolescentima je blizak i razumljiv, on predstavlja deo njihove svakodnevice [5]. S jedne strane terapijske intervencije kroz domaće zadatke doprinose “normalizaciji” i destigmatizaciji, a s druge strane, podstiču autonomiju mlade osobe koja uzima aktivnu ulogu u poboljšanju svog funkcionisanja između seansi [7]. Još jedan od elemenata koji KBT čini značajnim u razvojnem periodu jesu vizuelni prikazi – kao što je korišćenje table i flomastera, crtanje shema, pravljenje kartica za nošenje sa problemom, ispunjavanje tablica i formulara. Kao i domaći zadaci, vizuelni prikazi jesu nešto sa čim se deca i adolescenti svakodnevno sreću u obrazovanju, i mogu podstaći veće interesovanje i saradljivost, usmereniju pažnju, bolje razumevanje, a mogu i gratifikovati njihove veštine vezane za sistematičnost i umetnost. U skorije vreme, sve se više prepoznaje moguća terapijska uloga digitalnih platformi (npr. mobilne aplikacije) koje mogu pomoći personalizaciji monitoringa, terapijskih zadataka i većoj saradljivosti, ali su u budućnosti potrebna istraživanja njihove efikasnosti u dečijoj i adolescentnoj populaciji [14].

Kada je u pitanju KBT dece i adolescenata, prikupljanje podataka i dijagnostika stalno se prepliću sa terapijskim intervencijama. Dobijanje podataka o doživljajima deteta kako bi se konceptualizovao problem može biti pravi izazov, i nekada je potrebno upravo primeniti terapijske intervencije koje bi pomogle ovaj proces (npr. primena sistema potkrepljenja i tehnika relaksacije kako bi se dobili podaci o disfunkcionalnim kognicijama). Stoga,

dijagnostika i terapija, odnosno konceptualizacija i intervencija u razvojnoj KBT počinju istovremeno, u prvom kontaktu sa detetom, uz kontinuirano i pažljivo održavanje ravnoteže između ova dva procesa.

KBT i školsko okruženje

Većina podataka o uspešnosti KBT kod dece i adolescenata odnosi se na populaciju koja se klinički leči. U novije vreme, međutim, sve više se govori o primeni principa KBT u školskom okruženju [5, 7], iz više razloga:

- ovaj seting pruža mogućnost da se dopre do većeg broja dece, i to na nestigmatizujući način za razliku od psihijatrijskih ustanova;
- forma KBT liči na obrazovne metode i prijemčiva je školskom kadru;
- vremenski je ograničena i orijentisana na rešenje u aktuelnom trenutku, pa se može lakše primeniti u ograničenjima školskog setinga i lakše modifikovati u odnosu na neke druge terapijske modalitete;
- terapeuti u školi imaju pristupa paleti interakcija koje učenik obavlja – interakcija sa nastavnicima, vršnjacima, kao i o naporima koje učenik ulaže i rezultatima koje postiže, što sve daje detaljnu, realnu i integrativnu sliku o kognicijama učenika, koja nije uvek dostupna kliničarima izvan školskog setinga;
- terapeuti u školi imaju, takođe, pristup nastavnom kadru i mogućnost da psihoeducacijom i reorganizacijom utiču na to da školsko okruženje pogoduje željenoj promeni kod deteta odnosno adolescenta, kao i da mu pruži “siguran prostor” u kritičnim situacijama [5,7].

Imajući u vidu navedeno, školsko okruženje zapravo predstavlja neki vid “prirodne laboratorije” za opservaciju dinamike i skupljanje informacija o problemima učenika, kao i bezbedno okruženje da učenik neposredno oproba novostečene veštine [7].

Struktura KBT intervencija u školskom okruženju

KBT intervencije u školskom okruženju mogu se primenjivati kroz individualne i grupne seanse.

Individualne seanse u školi uglavnom su relativno kratke – traju oko 30 minuta, i uključuju nekoliko elemenata: 1) Inicijalnu procenu stanja putem kratkog upitnika (procena intenziteta osećanja, aktuelne misli i nošenje sa njima, da li je obavljen terapijski zadatak); 2) uvodni deo i planiranje seanse (5 minuta); 3) diskutovanje o tezama iz plana (20 minuta); 4) terapijski zadatak do sledeće seanse, rezime aktuelne seanse i povratne informacije (5 minuta) [7].

Posebno mesto u prevenciji i terapiji zauzimaju i grupne KBT intervencije koje se sve više primenjuju u adolescenciji, s obzirom na njihovu

specifičnu pogodnost usled posebnog uticaja vršnjačke grupe odnosno vršnjačkog modelovanja u ovom periodu. Postoji veliki broj strukturisanih programa za decu i mlade koji se mogu primenjivati u školi, a jedan od najpoznatijih je "FRIENDS program" [15], čija su uspešnost i održavanje rezultata pokazani i posle godinu dana [16]. Radi se o programu koji se može primenjivati i u preventivne i terapijske svrhe, sa ciljem smanjenja anksioznosti i postizanja emocionalne rezilijencije, ali je pokazano da deluje i na smanjenje depresivnih simptoma, poboljšanje socijalnih, kao i veština rešavanja problema. Mogu ga voditi stručnjaci iz domena mentalnog zdravlja, ali i edukovane školske medicinske sestre. Namenjen je deci 9-12 godina, podrazumeva 10 sedmičnih seansi i 2 roditeljske psihoedukativne seanse. Zasnovan je na učenju veština emocionalne regulacije pod akronimom FRIENDS i njegove komponente su: **F** = "Feelings" (prepoznavanje i odgovor na sopstvena i tuđa osećanja), **R** = "Remember to relax, have quiet time" (prepoznavanje fizioloških elemenata osećanja i relaksacija); **I** = "I can try my best (Inner Helpful Thoughts)" (trening pažnje, kognitivni model, kognitivna restrukturacija); **E** = "Explore solutions and coping step plans" (učenje veština nošenja sa problemima i prevazilaženja izazova); **N** = "Now reward yourself" (učenje potkrepljivanja sopstvenog truda); **D** = "Do it every day" (svakodnevno praktikovanje naučenih veština i nakon završetka programa); **S** = "Smile! Stay calm, and talk to support teams" (prepoznavanje eventualnog relapsa i plan adekvatnog reagovanja).

Odabrane indikacije i tehnike KBT u školskom setingu

Stručnjaci zaposleni u školi često se sreću sa problemima kontrole emocija i distresa kod učenika. Važno je proceniti da li su neprijatna osećanja i distres deteta odnosno adolescenta rezultat razumne reakcije na problematične okolnosti, ili su uzrokovane disfunkcionalnim mislima ili uverenjima i mogu biti povezani sa ozbiljnijim problemima mentalnog funkcionisanja. Ukoliko je u pitanju ono prvo, od značaja je primeniti metod zajedničkog rešavanja problema, kroz identifikaciju problema, identifikaciju mogućih rešenja, odabir rešenja i praćenje toga koliko je rešenje uspešno [5]. Kada su u pitanju ozbiljniji problemi, oni svakako zahtevaju procenu kliničara u savetovalištu ili psihijatrijskoj ustanovi, ali KBT intervencije u školi, usled destigmatizacije [7] mogu biti od izuzetnog značaja za saradljivost u tretmanu, pa samim tim i za brzinu oporavka. Ozbiljniji problemi koji bi se najčešće mogli manifestovati u školi odnose se na probleme emocionalne regulacije i regulacije ponašanja. Intervencije započinju opštom psihoedukacijom koja pomaže mladima da razumeju razlike između misli, osećanja i ponašanja, kao i njihove bidirekzione veze u okviru KBT modela, kao i edukacijom o konkretnom poremećaju i načinima rešavanja [7].

Kada su u pitanju internalizujući poremećaji, primenjuju se klasične kognitivne i bihevioralne intervencije specifične za ovu grupu poremećaja

[5,6,10], uvek uz razmišljanje kako da se terapijski cilj i zadatak što bolje dočara kroz mikrokosmos mlade osobe sa kojom se radi, uz korišćenje informacija iz školske sredine i uz korišćenje samog školskog setinga za sprovođenje intervencija. Kognitivne intervencije odnose se na identifikaciju osnova lošeg samopouzdanja odnosno ideja negativne procene sebe, okruženja i budućnosti (Beck-ov kognitivni trijas) u depresiji, i negativnih anticipacija uzrokovanih kognitivnim distorzijama (katastrofiranje, uskakanje u zaključak i dr). u anksioznim poremećajima. U kognitivnoj restrukturaciji od pomoći mogu biti različite metafore [5,10], kao što je "sudeње" iracionalnoj misli koje mlada osoba sprovede, tako što će pronalaziti argumente za i argumente koji govore suprotno, i razmisliti šta bi adolescent poručio drugu koji misli tu istu misao. Ovo se najbolje čini kroz strukturisani dnevnik odnosno kognitivni monitoring koji u vidu tabele adolescent vodi u specifičnim situacijama. Od bihevioralnih intervencija u depresiji, od značaja je bihevioralna aktivacija [5,10], koja se sprovodi po unapred utvrđenom planu (biraju se aktivnosti koje su ranije donosile zadovoljstvo, i meri se raspoloženje pre i posle), gde je važno skrenuti pažnju da je potrebno inicirati aktivnost da bi se aktivirala volja a ne obrnuto. Kada je u pitanju anksiozni poremećaj, neophodno je primeniti metode razuslovljavanja odnosno osmisliti plan postepenog izlaganja stimulusu iracionalnog straha (dovoljno dugog trajanja, prema unapred utvrđenoj hijerarhijskoj skali) ili plan sistematske desenzitizacije (izlaganje u prisustvu inhibitora straha kao što je mišićna relaksacija). Od posebnog je značaja identifikovati i eliminisati sve reakcije izbegavanja (među kojima mogu biti čak i talismani, srećna garderoba, kojima mladi mogu biti posebno skloni). Od značaja je i bihevioralni eksperiment koji omogućava da se u realnosti, na konkretan način evaluiira tačnost negativnih anticipacija [5,10]. Za regulaciju telesnih manifestacija anksioznosti, korisne su vežbe disanja i tehnike progresivne mišićne relaksacije, prema unapred utvrđenom skriptu zasnovanom na nekoj individualno i uzrasno prilagođenoj metafori [10] (npr. progresivna mišićna relaksacija može se postići tako što dete imitira određene aktivnosti junaka i kroz njih kontrahuje i dekontrahuje grupe mišića; vežbe sporog disanja mogu se obavljati kroz metaforu udisanja i izdisanja mehura od sapunice).

Jedan od problema čije se manifestacije ili njihove posledice neretko mogu ispoljavati u školskom okruženju jesu impulsivna ponašanja – agresivni ispadi, samopovređivanje, uzimanje psihoaktivnih supstanci, impulsivni obrasci u ishrani, i sl. Iako eksplozivna po karakteru, ova ponašanja se nikada ne javljaju u vakuumu, već im prethodi lanac specifičnih okidača - situacije, razmišljanja, emocije. S druge strane, ova ponašanja se održavaju kroz vreme jer dovode do kratkotrajnog olakšanja nakon pražnjenja – adolescenti imaju teškoće da izdrže negativne emocije i traže trenutno rešenje za njihovo pražnjenje u vidu impulsivnih acting out reakcija [11]. To olakšanje je kratkotrajna nagrada koja učvršćuje ovaj oblik ponašanja. Kada pražnjenje prođe, međutim, nastupaju dugoročne posledice najčešće u pogledu kvarenja odnosa

sa vršnjacima, porodicom, problemima u školi, stvaranja doživljaja nemogućnosti samokontrole i stida – što služi kao novi okidač za disfunkcionalne misli o sebi i zatvara začarani krug impulsivnih ponašanja. Zbog toga je važno da adolescent napravi lančanu analizu i prepozna svaku navedenu kariku koja prethodi impulsivnim ponašanjima, a tako i svaki korak na koji može delovati – da vizuelno prikaže ovaj začarani krug i izlaz iz njega [17]. Kroz analizu koraka adolescent uči kako da na svakom od njih primeni tehnike kontrole – odlaganje reakcije i izmeštanje iz situacije, odustajanje od obrazaca gomilanja negativnih osećanja i primena zdravih načina evakuacije (socijalna podela, kreativne aktivnosti, tehnike relaksacije), identifikacija situacionih, kognitivnih i emocionalnih okidača (uz “merenje” njihovog intenziteta), unutrašnji dijalog. Korisno je da adolescent nacrti svoj dijagram problema, kao i svoj dijagram izlaza, i da bude spreman da dogovorene “alate” na svakom nivou primeni kako do impulsivnog ponašanja ne bi došlo [17].

Kada je u pitanju modifikacija ponašanja, odnosno učenje poželjnih i eliminacija nepoželjnih ponašanja koja su često udružena sa školskim funkcionisanjem (npr. u poremećajima ponašanja, poremećaju pažnje i hiperaktivnosti), od koristi kod dece može biti sistem potkrepljenja. Osim pohvalom, privilegijama, potkrepljenje se može vršiti putem pozitivnih poena odnosno “žetona” (“*token economy*”) [10]. Unapred se definišu željena ponašanja i problematična ponašanja, kao i način potkrepljivanja (smajli, stiker, magnet koji se zalepi u nedeljni raspored). Za eliminaciju negativnih ponašanja kod starije dece mogu se uvesti negativni poeni (ali tako da se uvek balansira u korist pozitivnih). Na kraju nedelje, dobija se nagrada koja “košta” unapred definisan broj žetona. Uključivanje dece u pravljenje vizuelnog prikaza sistema potkrepljenja (crtanje rasporeda, pravljenje stikera) može biti dodatni motivator i pomoći boljem savezu sa roditeljima ili pedagogima u ostvarivanju ovih intervencija. Osnovni principi primene ove metode podrazumevaju dosledno primenjivanje potkrepljenja uz uvek staložen ton i toplinu, ne davanje potkrepljenja unapred, i oprez da pozitivno potkrepljenje ne izgubi motivišuće svojstvo prečestom upotrebom ili prevelikom dostupnošću. Jedna od metoda za redukciju nepoželjnih ponašanja jeste “*time-out*”, odnosno konsekvenc po dete u vidu provođenja određenog vremena u prostoru bez potkrepljenja, uz prethodno upozorenje i staložen ton [10]. Iako za njenu uspešnost postoje empirijski dokazi decenijama unazad, ova metoda je kontroverzna, s obzirom na nemogućnost da se učvrsti pozitivno ponašanje, kao i na neuspeh, frustraciju i potencijalno narušavanje odnosa sa detetom ukoliko se tehnika pogrešno primeni [18]. Kada su u pitanju repetitivna neurotska motorička ponašanja kao što su tikovi, metoda reverzne navike (“*habit reversal*”) podrazumeva primenu aktivnosti koja onemogućava tik ili mu je suprotna u osnovi [10]. Pomoć oko ove tehnike može imati poseban značaj u školi gde dete odnosno adolescent provodi veliki deo vremena i gde tegobe mogu biti izražene usled socijalnih okidača anksioznosti.

Zaključak

Školsko okruženje predstavlja koristan seting za modifikaciju disfunkcionalnih kognicija i ponašanja koja su u osnovi različitih problema regulacije emocija kod dece i mladih. Školski seting, s jedne strane, smanjuje stigmatizaciju vezanu za psihijatrijsko lečenje, a s druge strane pruža mogućnost integracije informacija i uvežbavanja novostečenih veština “sada i ovde”. Stoga, KBT u školskom okruženju može predstavljati strukturisan, praktičan i prijemčiv način za pomoć mladima. Supervizirana edukacija stručnjaka koji rade u školi iz oblasti osnovnih principa i tehnika KBT koji bi mogli biti primenjeni u školskom okruženju, kako individualnih tako i grupnih, mogla bi pomoći da se dopre do većeg broja dece i mladih kojima je potrebna pomoć u oblasti mentalnog zdravlja. Ovakva edukacija mogla bi pomoći i školskom osoblju da, kroz interne smernice i podršku u mreži sa edukovanim stručnjacima za mentalno zdravlje u školi, poveća svoje kompetencije i doživljava sigurnosti u svakodnevnom radu, a sve u cilju što kvalitetnije pomoći mladima sa izazovima odrastanja.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN SCHOOL SETTINGS

Marija Mitković Vončina^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Although a number of children and adolescents has a diagnosable mental disorder, only a small portion of them receives treatment early enough. One of the ways to enhance the availability of treatment is the application of cognitive-behavioral therapy (CBT), a therapeutic modality with shown efficacy in various internalizing and externalizing child and adolescent disorders, in school settings. School environment represents a useful therapeutic setting since, on one hand, it reduces the stigma of psychiatric treatment and increases the availability of intervention to young people, and on the other hand, it provides a possibility of specific information integration and mastering the acquired skills. This paper briefly summarizes some of the CBT principles, indications and techniques most important for working with youth in school environment. With education of school professionals, CBT in school settings may represent a structured, practical and adherable way to help the challenges young people face growing up.

Key words: *cognitive-behavioral therapy, school, children, adolescents*

Literatura

1. World Health Organization. Child and adolescent mental health. [Internet; cited 2018 Oct 20]; Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.
2. Mental Health Foundation. Fundamental Facts About Mental Health 2016. London: Mental Health Foundation; 2016.
3. Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2017 Jun;49:76-87.
4. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther.* 2015; 75:60-71.
5. Creed TA, Reisweber J, Beck AT. Cognitive Therapy for Adolescents in School Settings. New York: Guilford Press; 2011.
6. Beck J. Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond. New York: Guilford Press; 2011.
7. Mennuti RB, Christner RW, Freeman A (eds). Cognitive-behavioral interventions in educational settings: a handbook for practice (2nd edition). New York: Routledge; 2012.
8. Zdravković J. Bihevioralna (psiho) terapija u psihijatriji. Niš; 1980.
9. Lecic Tosevski D. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. *Psihijat. Dan.* 2005; 37 (Suppl. 1): 9-15.
10. Freidberg RD, McClure JM, Hillwig Garcia J. Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents. New York: Guilford Press; 2009.
11. Pejović-Milovančević M, Krgović I, Mitković-Vončina M. The adolescent brain: Changes and challenges of development. *Medicinski podmladak.* 2017;68(2):8-13.
12. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015; 2: CD004690.
13. Quakley S, Reynolds S, Coker S. The effect of cues on young children's abilities to discriminate among thoughts, feelings and behaviours. *Behav Res Ther.* 2004;42(3):343-56.
14. Grist R, Porter J, Stallard P. Mental Health Mobile Apps for Pre-adolescents and Adolescents: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2017;19(5):e176.
15. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol.* 2001;30(4):525-35.

16. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *Behav Ther.* 2012;43(2):450-64.
17. Dennis Ougrin, Tobias Zundel, Audrey V Ng. *Self-Harm in Young People: A Therapeutic Assessment Manual*. Boca Raton: CRC Press; 2009.
18. Drayton AK, Andersen MN, Knight RM, Felt BT, Fredericks EM, Dore-Stites DJ. Internet Guidance on Time Out: Inaccuracies, Omissions, and What to Tell Parents Instead. *JDBP.* 2014;35(4):239-46.

Dr Marija MITKOVIĆ VONČINA, dr sci med, psihijatar, klinčki asistent,
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Marija MITKOVIC VONCINA, MD, PhD, psychiatrist, assistant professor, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Email: mitkovic_marija@yahoo.com

RUČNO IZRAĐENE IGRAČKE – POSREDNIK U KOMUNIKACIJI I OBRAZOVANJU

Julijana Vasić¹, Danica Janković¹, Milena Karović Banjac²

¹Predškolska ustanova „Savski venac“, Beograd

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Apstrakt: Značajno mesto u radu sa decom sa teškoćama iz autističnog spektra u Dnevnoj bolnici za decu “Prof. dr Svetimir Bojanin” Instituta za mentalno zdravlje, imaju ručno izrađene igračke. To su igračke koje privlače pažnju dece, doprinose razvoju igrovinih veština i dobar su posrednik u uspostavljanju kontakta i komunikacije. One su perceptivno stimulativne, jednostavne za upotrebu, prilagođene individualnim potrebama i senzornim specifičnostima dece. Svaka igračka se izrađuje sa određenim ciljem: postizanje zadovoljstva dodirima i pogledom, vežbanje pažnje, koncentracije i vizuomotorne kontrole, bogaćenje manipulativnih iskustava, stavljanje predmeta u različite odnose, opažanje različitih svojstava predmeta.

Ključne reči: *ručno izrađene igračke, rad sa decom sa teškoćama iz autističnog spektra, senzorne potrebe dece*

Dnevna bolnica za decu "Prof. dr Svetomir Bojanin" Instituta za mentalno zdravlje namenjena je dijagnostici i tretmanu dece uzrasta 3-12 godina, sa složenim razvojnim i emocionalnim problemima.

Smetnje u razvoju dece koja su na tretmanu u Dnevnoj bolnici, ispoljavaju se u različitom stepenu i zahvataju više područja psihomotornog i psihosocijalnog razvoja.

Teškoće, naročito izražene u domenu komunikacije i socijalne interakcije, otežavaju učenje dece. Zbog toga je težište vaspitno obrazovnog rada sa decom na razvijanju osnovnih socijalnih i komunikacionih veština i početnih veština igranja [1].

Deca sa teškoćama iz autističnog spektra, najčešće nemaju prirodnu motivaciju i radoznalost za svet koji ih okružuje. U grupnom i individualnom tretmanu se to ispoljava kao teškoća za uključivanje u zajedničke aktivnosti sa drugom decom i odraslima, i odsustvo socijalnih interakcija uopšte. Kada je dete motivisano, ono učestvuje, prihvata, raduje se, uči i napreduje. Odsustvo motivacije i želje usporava razvoj i proces učenja koji podrazumeva sticanje navika i veština, usvajanje znanja i informacija, proširivanje interesovanja i bogaćenje iskustva [1]. Drugi značajan problem ove dece je njihova fiksacija za određene predmete sa kojima najčešće ostvaruju nefunkcionalnu igru i koji ih dodatno inhibišu u učenju i usvajanju novih pojmova i igara.

Zbog navedenih teškoća repertoar njihovih interesovanja je ograničen, što zahteva od vaspitača i terapeuta stalno traganje za adekvatnim sadržajima, igrama, sredstvima, materijalima, koji bi ih privukli i zadržali njihovu pažnju, podstakli radoznalost, zadovoljili njihove potrebe i mogućnosti, i podstakli ih da se uključe u igru i grupne aktivnosti. Neophodno je posmatrati decu tokom čitavog dana u strukturisanim i nestrukturisanim aktivnostima i beležiti zapažanja o njihovim potrebama, interesovanjima, sposobnostima. Samo tako je moguće organizovati aktivnosti koje su u skladu sa razvojnim sposobnostima dece i koje obezbeđuju individualizovano učenje [2].

Posmatrajući koje igračke dete bira, kako ih koristi, kako reaguje na podsticaje odraslih, kako prihvata zajedničko učestvovanje u aktivnostima i koliko je moguće ponavljajuću i stereotipnu igru unaprediti u funkcionalnu, zapažamo da:

- određene fabrički izrađene igračke (naročito za manipulativne aktivnosti) nisu dovoljno podsticajne, te ih većina dece ne koristi adekvatno, ređe ih spontano bira i kraće se zadržava u igri sa njima;
- deca često za svoju igru koriste predmete, materijale i elemente koji nisu namenjeni za tu svrhu;
- ručno izrađene igračke, pravljene od različitog ambalažnog materijala i predmeta za svakodnevnu upotrebu više privlače i organizuju pažnju dece, odgovaraju njihovim specifičnim senzornim potrebama i interesovanjima, dobar su posrednik u uspostavljanju kontakta i komunikacije sa njima i podstiču razvoj procesa simbolizacije.

Stalna čulna interakcija sa sredinom i bogatstvo podsticaja doprinose povećanju i proširenju čulnih senzacija – osetljivosti, njihovom kvalitetu i kvantitetu. Zbog toga sredina u kojoj deca borave treba da obiluje senzorno podsticajnim elementima, raznolikim po vrsti, obliku, boji, veličini, nameni [3].

Poznato je da igračka ima vaspitno-obrazovnu vrednost ako odgovara nekoj od autentičnih potreba deteta i doprinosi njegovom razvoju i učenju. Kada igračka, koju smo napravili, privuče pažnju, posebno deteta koje inače ne pokazuje interesovanje za igrovne materijale, i kada se ono zadrži u igri sa njom, znamo da ona ima i funkcionalnu vrednost. Svaka pravljena igračka ima svoj cilj u radu sa decom, a samim tim i ulogu u učenju i razvoju.

Poznati predmeti pretvoreni u igračku mogu biti stari diskovi, plastične flaše, oslikane konzerve, različite kutije, rolne od kartona, folije. Sa malo svetlucavih ukrasa, oni postaju igračke koje privlače pažnju dece.

Plastične flaše punjene različitim šarenim elementima (Slika 1), sa i bez vode, mogu se koristiti kao igračke za senzornu stimulaciju i relaksiranje dece. Deca ovakve igračke sama biraju, zagledaju ih, mučkaju, osluškuju i zadržavaju pažnju na njima.



Slika 1. Plastične flaše punjene različitim šarenim elementima

Kutije sa različitim otvorima iz kojih deca vade i u koje ubacuju kartice (Slika 2), elemente od raznih prirodnih i veštačkih materijala (Slika 3), koje mogu da skupljaju, sortiraju, ređaju, često su put za prve kontakte dete-odrasli, bogate njihova manipulativna iskustva, doprinose uočavanju svojstava predmeta.



Slika 2. Kutije za ubacivanje kartica

Različite senzorne igranje, pravljene od ambalažnog materijala i predmeta za svakodnevnu upotrebu (veće kutije, materijali različitih boja i tekstura, gel, šljokice, dugmad, kanapi) doprinose razvoju vizuelne, taktilne i slušne percepcije, opažanju različitih svojstava predmeta i zadovoljavanju potreba za dodirivanjem različitih tekstura (Slika 4). Sem toga, zbog specifičnih senzornih potreba i interesovanja, koje su česte karakteristike ovih razvojnih problema, ovakve igranje doprinose bržem prilagođavanju deteta na nepoznat prostor, drugu decu i odrasle i ostvarivanju odnosa između odraslog i deteta.



Slika 4. Senzorne igranje

Korišćenjem igranaka pravljenih od materijala u bojama prijemčivim deci (Slika 5), koji je dostupan i jeftin (rolne od kartona, samolepljivi svetlucavi papir, klinovi u četiri boje, špatule, plastični zavrtnji i odvrtnji, daščica), deca uče da razlikuju predmete po boji i vežbaju pažnju, koncentraciju i vizuomotornu koordinaciju.



Slika 5. Igranje za prepoznavanje i učenje osnovnih boja

Finu motoriku, pažnju, koncentraciju, vizuomotornu koordinaciju, deca mogu da vežbaju i otvaranjem i zatvaranjem kutija od krema, nizanjem starih diskova na klin, hvatanjem, skupljanjem i ubacivanjem loptica u otvore različitih kutija, presipanjem vode iz suda u sud (Slika 6).



Slika 6. Igračke za finu motoriku, pažnju, koncentraciju, vizuomotornu koordinaciju

Za poklupalice po zadatoj šemi (Slika 7) potrebne su podloge većeg formata, marker i predmeti koji se mogu opcertati. Ove igračke decu spontano uvode u igru i otkrivanje njihove funkcije. Koristeći ih uočavaju i upoređuju položaj predmeta u odnosu na obrazac i pridružuju identične oblike.



Slika 7. Poklupalice

Efekti primene napravljenih sredstava u Dnevnoj bolnici za decu ogledaju se kroz pozitivne promene u ponašanju dece:

- Povećana radoznalost za igrovne materijale
- Širi obim interesovanja
- Duža i usmerenija pažnja
- Prihvatanje zajedničkih aktivnosti sa odraslima
- Spremnost za komunikaciju i saradnju
- Izražena prijatnost i uživanje u procesu aktivnosti

Zaključak

Ručno izrađene igračke, napravljene od materijala koji je perceptivno stimulativan, su jeftine, jednostavne za upotrebu i doprinose da situacije učenja budu očigledne, interesantne i razumljive deci sa teškoćama u razvoju, što može biti od pomoći i roditeljima kako bi obogatili igrovni materijal i igru sa svojim detetom.

Sem toga predmeti korišćeni za izradu ovih igračaka (kanap, poklopac, rolna...) često deci sa razvojnim teškoćama iz autističnog spektra služe u obavljanju repetitivnih aktivnosti, koje predstavljaju nefunkcionalnu igru. Međutim, prilagođavanjem ovih predmeta vrši se transformacija autogene senzorne stimulacije u funkcionalniju igru sa smislom, značenjem i deljenjem iste sa svojim terapeutom.

HANDMADE TOYS – THE MEDIATOR IN COMMUNICATION AND EDUCATION

Julijana Vasic¹, Danica Jankovic¹, Milena Karovic Banjac²

¹Preschool „Savski venac“, Beograd, Srbija

²Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Handmade toys represent significant tools in working with children with autistic spectrum disorders in Day hospital “Prof. dr Svetomir Bojanin” of Institute of Mental Health. These are the toys that draw the child’s attention, improve their playing skills and create a chance for contact and communication. They are easy to use, adapted to the individual needs and sensory specifics of children. Each toy is made for a specific goal: achievement of satisfaction by touch and sight, practicing visual and motor control, improving concentration, enrichment of manipulative experiences, placing objects in different relations, observing different characteristics of the object.

Key words: *handmade toys, children with autistic spectrum disorders, sensory needs of children*

Literatura:

1. Hannah L. Podrška učenju deci sa poteškoćama iz spektra autizma. Republičko udruženje za pomoć osobama sa autizmom, Beograd, 2007.
2. Danijels E, Staford K. Integracija dece sa posebnim potrebama. Centar za interaktivnu pedagogiju, Beograd, 2001.
3. Šain M, Marković M, Kovačević I, Danevski D, Pađan M. Korak po korak. Kreativni centar, Beograd, 1996.

Julijana VASIĆ, Predškolska ustanova „Savski venac“, Beograd, Srbija

Julijana VASIC, Preschool „Savski venac“, Belgrade, Serbia

PRIKAZ KNJIGE

Zašto? SLAB USPEH U ŠKOLI – neuropsihički pristup

Autor: Prof. dr Svetomir Bojanin
Izdavač: Pomoć porodici, 2018, Beograd

I u 2018. godini, profesor Svetomir Bojanin nas je obradovao svojom novom knjigom sa temom koja ga godinama zaokuplja – škola i kako školu prilagoditi deci, odnosno kakva je uloga nas profesionalaca koji se bavimo problemima mentalnog zdravlja dece u približavanju škole deci, odnosno dece školi. Posle knjige „Škola kao bolest“ u kojoj se bavio „spašavanjem dece“ odnosno načinima na koje škola kao institucija utiče na mentalno zdravlje dece (“spašavajmo ih našim slobodoumljem, slobodoumljem naše dece i slobodoumljem školstva, čija je uloga u tome presudna“) ovom knjigom profesor objašnjava zašto dolazi do slabog uspeha u školi [1].

O profesoru Bojaninu, učitelju mnogih generacija dečjih psihijatara u Srbiji, utemeljivaču neuropsihologije razvojnog doba, inovatoru u radu s decom sa razvojnim problemima već je dosta bilo govora i ranije. Međutim, novine koje je postavio u dečjoj psihijatriji naše zemlje kao što su socijalno-psihijatrijski pristup u psihijatriji razvojnog doba, uvođenje naučnih oblasti kod nas kao što su neuropsihologija razvojnog doba, reedukacija psihomotorike, uz fenomenološko-egzistencijalni pristup, samo su neke od onih po kojima ćemo pamtit i našeg profesora Bojanina. Edukativni program čiji je on jedan od utemeljivača „Mentalna higijena razvojnog doba“ traje i dalje, spajajući sve nas koji se bavimo

decom – pedijatre, dečje psihijatre, psihologe, pedagoge, nastavnike, vaspitače. Pored napomenutog, još jedan značajan i jedinstven edukativni program je postavio – „Reedukacija psihomotorike”, koji je osposobio brojne defektologe za sprovođenje reedukacije psihomotorike dece u njihovoj sredini.

Izdavač ove knjige je organizacija Pomoć porodici sa posebnim fokusom na obrazovanje i izdavačku delatnost, a sa ciljem stručnog usavršavanja nastavnika, vaspitača, defektologa, lekara. Posebno je značajan njihov rad posvećen teškoćama u učenju i ponašanju u vrtiću i školama. Stručni tim ove organizacije već godinama se posvećeno bavi unapređenju razumevanja teškoća kod dece i mladih, ispoljenih pre svega u obrazovnom sistemu.

U knjizi „Zašto slab uspeh u školi“ profesor Bojanin navodi „život neke postaje baš težak, u vreme kada se drugima otvara radovanjem, a škola o tome ništa ne zna. Čak i danas se smatra da su oni koji ne znaju matematiku – glupi, oni koji ne znaju da čitaju ili ružno pišu – preispoljeno lenji, da su oni nespretni – smešni i nesposobni za ljudsku utakmicu na tržištu erotske ljubavi i društvenog ugleda“.

Knjiga počinje rečenicom „škola se bitno ogrešila o decu sa disharmoničnim neuropsihičkim razvojem“, ... „jer nije blagovremeno uvidela potrebu da podesi svoj pristup i način obuke prema...osobinama dece“. Sva deca imaju pravo da idu u školu, da završe školovanje i dobiju kvalitetno obrazovanje i samo kroz obrazovanje deca će ostvariti svoje pune potencijale. Zbog toga je društvo dužno da svakom detetu pruži priliku da se uključi u aktivnosti u vrtiću i školi, da se razvija i uči zajedno sa svojim vršnjacima.

Uključivanje sve dece u obrazovanje postalo je zakonska obaveza u Srbiji 2009. godine kada je usvojen Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja [2]. Treba naglasiti da je pored uslova za razvoj dece koji garantuje država, važno i da porodična sredina bude podsticajna za učenje, osamostaljivanje i jačanje socijalnih veština dece.

Knjiga „Zašto slab uspeh u školi“ pomaže nam da se podsetimo značaja saradnje različitih sistema u procesu pomoći deci. Čini se da se, poslednjih godina, mi koji se bavimo mentalnim zdravljem dece i mladih isuviše zatvaramo u svoje „probleme“ – kako odgovoriti na sve veći pritisak dok nas je kadrovski sve manje, kako ući u trku sa savremenim naučnim metodologijama, a bez resursa ili tehnologije, i dr. Svoj rad posvećujemo razumevanju uzroka određene pojave odnosno ponašanja deteta, težeći put molekularnog razumevanja pojave, a zaboravljajući da omogućimo tom istom detetu i porodici radost učenja i saznanja kroz bolje ostvarivanje saradnje sa učiteljima i nastavnicima, odnosno kroz pojednostavljivanje i individualizovanje obrazovnog procesa.

U svom radu profesor Bojanin je, čini se, posebno bio ponosan na timski rad i model „mentalno-higijenskog rada“ i sveobuhvatne zaštite na polju mentalnog zdravlja u lokalnim zajednicama, što iznova objašnjava i u ovoj svojoj najnovijoj knjizi. On s ponosom objašnjava da su u vremenima iza nas postojali timski sastanci sa učiteljicama/učiteljima dece koje su on i njegov tim upoznivali sa uzrocima problema koje ta deca imaju u školi i učenju. Upoznivali su

ih sa preporučenim individualnim programima namenjenih ovoj deci, odnosno metodom reedukacije psihomotorike, i kao da su bili preteča onoga što je 2009. godine uvedeno kao oblik obrazovanja – inkluzija. Tim stručnjaka Klinike za decu i omladinu Instituta za mentalno zdravlje trudio se da ukaže šta se od škole očekuje za dato dete sa smetnjama; to je započeto pre više od 30 godina, trajalo godinama naročito u Beogradu na teritoriji opštine Stari grad (na kojoj se Institut za mentalno zdravlje i nalazi) i polako nestajalo i odlazio u zaborav sa smanjenjem kadrova, novim školskim programima i opštom državnim i zdravstvenom politikom. Međutim praksa se nastavlja i danas (iako u smanjenom obimu) kroz timske sastanke zaposlenih na Klinici za decu i omladinu kojima prisustvuju roditelji i stručnjaci iz zajednice značajni u detetovom životu i njegovom obrazovnom procesu.

Profesor Bojanin navodi da je „savremeno školstvo evroameričkog kruga“ stvorilo „pravu šikanu“ za decu sa disharmoničnim razvojem navodeći niz opisa i razloga za njihovu disharmoniju. Tada je i kritičan prema inkluzivnom školstvu, smatrajući je „pukim političkim trikom, izvan svakog humaniteta, kao što su to obično i svi do sada viđeni leporeki projekti odnosa u društvu, bez pokrića“. On nastavlja sa idejom da škola zasluđuje punu samostalnost i problem i školstva i zdravstva vidi kao nadređen problemima ekonomije jednog društva, jer su deca i mladi osnovni motiv njenog formiranja i postojanja, i „svaka država bi trebalo da se vrednuje nivoom brige o opštoj dobrobiti i dobrobiti dece u njoj“.

Profesor Bojanin podseća da bi, zbog boljeg razumevanja, stručnjaci zaposleni u savetovalištim za decu i mlade pri domovima zdravlja, zatim socijalni radnici, pedagozi, psiholozi u školama, vaspitači, učitelji, i nastavnici morali u svojim posleddiplomskim aktivnostima da se upoznaju sa konceptom razvojnih smetnji odnosno, kako ih on naziva, „disharmoničnim razvojem“ odnosno konceptima koji bolje objašnjavaju „specifične šanse za bogatiji i plodniji pristup prevenciji i tretmanu navedenih teškoća učenja i komunikacije sa drugima“. On se zbog toga, kako sam navodi, „osećao obaveznim“ da napiše jedan „ovakav praktikum“ u kojem čitaocima upoznaje sa specifičnostima dece sa teškoćama u razvoju.

Knjiga ima devet izdvojenih celina, gde su prve tri posvećene opštem upoznavanju metoda neuropsihičke analize saznajnih procesa, odnosno značaju vremena i prostora u organizovanju ljudskog postojanja. Nakon toga on čitaocima upoznaje sa neuropsihičkim razvojem odnosno razvojem ličnosti (od doba bebstva do adolescencije). Nakon ovog uvodnog dela slede opisi disharmoničnog razvoja i klasifikacija kliničkih slika, odnosno opisi razvojnih poremećaja psihomotorike, razvojne dispraksije, razvojne disgnoze i poremećaja govora. Posebno su zanimljive kliničke vinjete koje slede po svakoj opisanoj kategoriji.

Za dečje psihijatre novijih generacija ova knjiga je iskorak iz uobičajenih termina i definicija koje se koriste u savremenom psihijatrijskom opusu. Opisani termini upotpunjuju razumevanje ranih razvojnih smetnji i šturo

definisanih poremećaja kao što su razvojni poremećaji govora, motorike ili školskih veština. I sam autor nas podseća na poznati Jaspersov citat da „psihijatri moraju da znaju šta znaju, da znaju kako su to saznali i da znaju šta ne znaju“ i da to slobodno smeju da kažu i sebi drugima. Tako nas ova knjiga podseća na ono što nažalost više ne znamo, a trebalo bi da znamo, ako ne u cilju savremenog proučavanja smetnji, onda bar u cilju shvatanja razvoja kako same psihijatrijske misli, tako i generalnog razumevanja dečjeg razvoja.

Kada govori o disharmoničnom razvoju, terminu za koji će istorija pokazati da li je nepravedno isključen iz savremenih klasifikacija, u više navrata kroz knjigu napominje da se isti javlja kod 10% dece u populaciji, zbog čega ona ne mogu uspešno da ovladaju „funkcijama potrebnim za obavljanje složenih voljnih aktivnosti kao što su pisanje, čitanje, računanje, veština pravljenja nečega rukama, organizovanost prikladnog držanja tela i ponašanja u nekim situacijama, naročito tokom školskog uzrasta“. Profesor Bojanin izdvaja sedam važnih domena praćenja razvoja deteta, što se čini pretečom onoga što danas nazivamo razvojnim domenima i na kojima se zasniva Međunarodna klasifikacija funkcionalnost, preporučeni model utvrđivanja potreba deteta sa smetnjama [3]. Tako profesor izdavača liniju razvoja motorike, liniju razvoja praksije, linije razvoja gnozije i govora, zatim linije razvoja saznavnog procesa, osećajnosti i na kraju etičnosti. On smatra da se daljom analizom napomenutih linija može tumačiti klinička slika disharmoničnog razvoja.

Važan doprinos ove knjige je i istorijski osvrt na razvoj dečje psihijatrijske misli. U savremenim udžbenicima vrlo često nedostaje istorijski osvrt na nastanak i opis nekog kliničkog entiteta, zbog toga što ili mislimo da istorija počinje od nas, ili smo preokupirani laboratorijskim proučavanjem etiologije mnogih psihijatrijskih poremećaja. Ovom knjigom profesor Bojanin nas je podsetio na Diprea, Valona, Lebovisija, Ažirijageru ali i naše značajne naučnike tj. njihov rad – profesorke Koviljku Radulović i Veroniku Išpanović, Tatjanu Govedaricu. Zanimljivo je pročitati kako se tada posmatrao jedan od najčešćih poremećaja u dečjoj psihijatriji – hiperkinetički sindrom – prema profesorovom mišljenju: „nestabilnost psihomotorike ili hiperaktivno ponašanje ove dece javljaju se kao pojava nesklada u toku razvojnog doba i vezane su za pojedine njegove faze“.

Pozivajući se na misao Montesorijeve koja smatra da „deci nisu potrebne ni naše petice i pohvale ni jedinice i kazne, nego težnja da im otkrijemo tajnu, da im pokažemo kako se to što njega interesuje radi...“, on zaključuje da deci sa smetnjama u ponašanju tj. deci sa hiperkinetičnim ponašanjem neophodno je ponuditi nešto što im je blisko, treba im nuditi znanje i veštine, što će uvesti red u njihovu osećajnost i misli; „ono je samo to što čini sad, a ono što beše pre i što se javlja kao anticipacija budućeg iz tog sadašnjeg ponašanja, uopšte ga se ne dotiče“.

U svojoj knjizi autor se uglavnom bavio razvojnim fenomenima opisujući šta su osnovni znaci ovih problema, kako pomoći deci kroz opise terapijskih tehnika (podržavajući pre svega reedukaciju psihomotorike kao model

rada – npr. reedukacija rukopisa, orijentacije u prostoru, rad sa roditeljima i školom, primena opštih mera mentalne higijene). Međutim, on napominje i razrešavanje problema kroz puki razvoj, gde smo svi mi pomagači u pronalaženju razvojnog diskursa za većinu dece – „to je ono doba (misli na pubertet) kada se prevazilaze opšti psihomotorni i praksički oblici odnosa preko kojih se ostvaruje udruživanje sa drugima i kada se otkriva polje apstraktnih pojmova kao oblasti mogućih udruživanja vlastitih težnji za drugima“. Ovakvim stavom približava se poznatoj krilatici Duška Radovića – „uprkos svima nama deca ipak rastu“.

Profesor svoju knjugu završava, čini se, sa setom: „onda smo napredovali u službi, menjali radne timove po potrebi, odlazili, dolazili, nestajali po penzijama, i sada vidim, sve je ostalo samo kao započet eksperiment, samo kao zamisao...“. Želimo da verujemo i težimo da će se „započeti eksperiment“ nastaviti možda u nekom drugom obliku, prilagođen savremenim zahtevima, brzini vremena u kojem živimo. Iskreno se nadamo da će se aktivnost saradnje sa obrazovnim sistemom nastaviti, možda ne nekom novom nivou i na neki novi način, jer samo uzajamnim razumevanjem i poznavanjem, podržavajući se, a ne osuđujući jedni druge, možemo pomoći onima zbog kojih postojimo – deci i njihovim porodicama.

I u ovoj, kao i u svojoj prethodnoj knjizi, kritiku obrazovnog sistema (ali ništa manje ne bi bio kritičan ni prema zdravstvenom sistemu) treba shvatiti kao poziv da se i škola i društvo u celini izvuku iz egzistencijalne bede i pomognu detetu da se ostvari kao puna ličnost u bogatstvu njegovih kreativnih mogućnosti.

Literatura

1. Bojanin S. Škola kao bolest; Pomoć porodici, Beograd, 2017.
2. Vlaović Vasiljević D, Miloradović S, Pejović-Milovančević M. Vodič za rad interesornih komsija za procenu potrebe za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene ili socijalne podrške detetu i učeniku. Centra za socijalnu politiku, Beograd 2016.
3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth, Version, WHO, Geneva, 2007.

Milica Pejović Milovančević

Doc. dr Milica PEJOVIĆ MILOVANČEVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Doc. dr Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC, Belgrade University School of Medicine, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: milica.pejovic@imh.org.rs

UPUTSTVA SARADNICIMA

PSIHIJATRIJA DANAS je zvanični časopis Udruženja psihijatarata Srbije koji objavljuje radove iz psihijatrije, psihologije i srodnih disciplina. Časopis izlazi dva puta godišnje, a po potrebi objavljuje tematske brojeve i priloge u okviru redovnih svezaka. Časopis **Psihijatrija danas** dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Radovi mogu biti napisani na srpskom i engleskom jeziku, apstrakti su obavezno i na srpskom i na engleskom jeziku.

Časopis objavljuje originalne, prethodno neobjavljene radove: pregledne i istraživačke radove, prikaze slučajeva, prikaze knjiga i pisma uredniku.

- **Pregledni radovi** treba da budu napisani od strane samo jednog autora, osim ako drugi autor nije psihijatar. Oni treba da sadrže i sopstvene rezultate koji su već objavljeni, i ne smeju imati više od 7500 reči.
- **Istraživački radovi** moraju se zasnivati na istraživačkom protokolu i sadržavati statističku procenu nalaza. Ne smeju imati više od 3000 reči.
- **Prikazi slučaja** treba da sadrže zanimljive kliničke izveštaje i opise slučajeva u kojima su primenjeni novi dijagnostički i terapijski metodi. Ne smeju imati više od 1500 reči.
- **Opšti radovi** sadrže stavove o teoriji i praksi psihijatrije, o psihijatrijskim službama, o graničnim oblastima psihijatrije i drugih disciplina, itd. Ne treba da imaju više od 2000 reči.
- **Specijalni radovi** pokrivaju oblasti od posebnog značaja i najčešće se pišu po pozivu.
- **Prikazi knjiga** sadrže kritičke prikaze izabranih knjiga.
- **Pisma uredniku** – kratka pisma (maksimum 400 reči), mogu sadržavati komentare ili kritike radova štampanih u **Psihijatriji danas**, komentare o važnim psihijatrijskim temama, preliminarne istraživačke izveštaje, predloge redakciji, itd.

Obaveze urednika. Glavni urednik časopisa **Psihijatrija danas** donosi konačnu odluku koji će se rukopisi objaviti. Urednik se prilikom donošenja odluke rukovodi uređivačkom politikom vodeći računa o zakonskim propisima koji se odnose na klevetu, kršenja autorskih prava i plagiranje. Urednik ne sme imati bilo kakav sukob interesa u vezi sa podnesenim rukopisom. Ako takav sukob interesa postoji, o izboru recenzenata i sudbini rukopisa odlučuje Uredništvo. Ako identitet autora i/ili recenzenata ostaje nepoznat drugoj strani, urednik je dužan da tu anonimnost garantuje.

Urednik je dužan da sud o rukopisu donosi na osnovu njegovog sadržaja, bez rasnih, polnih/rodnih, verskih, etničkih ili političkih predrasuda. Urednik ne sme da koristi neobjavljen materijal iz podnesenih rukopisa za svoja istraživanja bez pisane dozvole autora.

Obaveze autora. Autori snose svu odgovornost za sadržaj podnesenih rukopisa, kao i validnost eksperimentalnih rezultata, i moraju da pribave dozvolu za objavljivanje podataka od svih strana uključenih u istraživanje. Autori koji žele da u rad uključe slike ili delove teksta koji su već negde objavljeni dužni su da za to pribave saglasnost nosilaca autorskih prava i da prilikom podnošenja rada dostave dokaze da je takva saglasnost data. Materijal za koji takvi dokazi nisu dostavljeni smatraće se originalnim delom autora. Autori garantuju i da rukopis ne sadrži neosnovane ili nezakonite tvrdnje i ne krši prava drugih.

Autori se moraju pridržavati etičkih standarda koji se odnose na naučnoistraživački rad i rad ne sme biti plagijat. **Plagijarizam**¹, odnosno preuzimanje tuđih ideja, reči ili drugih oblika kreativnog izraza i predstavljanje kao svojih, predstavlja grubo kršenje naučne etike. Plagiranje može da uključuje i kršenje autorskih prava, što je zakonom kažnjivo. Rukopisi kod kojih postoje jasne indicije da se radi o plagijatu biće automatski odbijeni. Ako se ustanovi da je rad koji je objavljen u časopisu **Psihijatrija danas** plagijat, od autora će se zahtevati da upute pisano izvinjenje autorima izvornog rada.

U slučaju da autori otkriju važnu grešku u svom radu nakon njegovog objavljivanja, dužni su da momentalno o tome obaveste urednika ili izdavača i da sa njima sarađuju kako bi se rad povukao ili ispravio.

Prateće pismo/fajl

- U pratećem pismu, glavni autor treba da potvrdi da **studija nije ranije objavljivana** i da dostavljeni rad nije na razmatranju za

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

- doslovno ili gotovo doslovno preuzimanje ili smišljeno parafraziranje (u cilju prikrivanja plagijata) delova tekstova drugih autora bez jasnog ukazivanja na izvor ili obeležavanje kopiranih fragmenata (na primer, korišćenjem navodnika);
- kopiranje jednačina, slika ili tabela iz tuđih radova bez pravilnog navođenja izvora i/ili bez dozvole autora ili nosilaca autorskih prava za njihovo korišćenje.

objavljivanje na nekom drugom mestu. Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reprodukovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje informacija o poznatim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprineli izradi rada.

- **Autorstvo.** Uz rad prihvaćen za štampu koji je autorizovan treba poslati i popunjen formular o potvrdi autorstva. Svaki autor treba da je učestvovao dovoljno u radu na rukopisu kako bi mogao da preuzme odgovornost za celokupan tekst i rezultate iznesene u radu. Autorstvo se zasniva samo na: bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata, planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja, završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje. Autori treba da prilože opis doprinosa pojedinačno za svakog koautora. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu navedeni u Zahvalnici s opisom njihovog rada, uz pisani pristanak.
- **Izjava o sukobu interesa.** Uz rukopis se prilaže potpisana izjava kojom se autori izjašnjavaju o svakom mogućem sukobu interesa ili njegovom odsustvu – npr. finansijska dobit, lični odnosi, politička ili religiozna uverenja itd. (*"Politika izjave o sukobu interesa"* na internet stranici Svetskog udruženja urednika medicinskih časopisa – World Association of Medical Editors – WAME, <http://www.wame.org>).
- **Etika.** Kada se izveštava o eksperimentu na ljudima, naglasiti da li je procedura sprovedena u skladu sa etičkim standardima Komiteta za eksperimente na ljudima ili sa Helsinškom deklaracijom. Obavezna je i **saglasnost nadležnog etičkog komiteta**. Ne iznositi imena, inicijale ili bolničke brojeve ispitanika, naročito ukoliko je materijal ilustrovan. Primeri etičkog odobrenja:
 - Sve sprovedene procedure u studijama koje uključuju ljude bile su u skladu sa institucionalnim i/ili etičkim standardima nacionalnog istraživačkog odbora i u skladu sa Helsinškom deklaracijom iz 1964. godine i njenim kasnijim amandmanima ili sličnim etičkim standardima. / *Izjava o dobrobiti ljudi*
 - Za ovu vrstu studija formalna saglasnost nije potrebna. / *Retrospektivne studije*
 - Ovaj članak ne sadrži nikakve studije sa ljudskim učesnicima ili životinjama koje

obavljaju bilo koju od autora. /*Izjava ako članak ne sadrži studije sa ljudima ili životinjama*

Recenzija

Dostavljeni radovi (osim uvodnika i radova po pozivu) prihvataju se za objavljivanje nakon dvostruke, anonimne stručne recenzije. Izbor recenzenata spada u diskreciona prava urednika. Recenzenti moraju da raspolazu relevantnim znanjima u vezi sa oblašću kojom se rukopis bavi. Recenzent ne sme da bude u sukobu interesa sa autorima ili finansijerom istraživanja. Ukoliko postoji sukob interesa, recenzent je dužan da o tome momentalno obavesti urednika. Recenzent koji sebe smatra nekompetentnim za temu ili oblast kojom se rukopis bavi dužan je da o tome obavesti urednika. Recenzija mora biti objektivna. Komentari koji se tiču ličnosti autora smatraju se neprimerenim. Sud recenzenata mora biti jasan i potkrepljen argumentima. Recenzenti nisu plaćeni.

Recenzija mora biti završena u 30 dana od slanja rukopisa.

Primerbe i sugestije recenzenata dostavljaju se autoru na korekciju.

Nakon ispravki autora, rad se ponovo šalje recenzentima ukoliko je bilo značajnih korekcija, a nakon saglasnosti recenzenta autorima se šalje Proof. U ovoj fazi (Proof) moguće su samo ispravke slovni i drugih sitnih grešaka. Eventualne korekcije treba izvršiti u roku od 2 dana inače će se smatrati da autor nema primerbe.

Rukopisi koji su poslani recenzentu smatraju se poverljivim dokumentima.

Tokom čitavog procesa, recenzenti deluju nezavisno jedni od drugih. Recenzentima nije poznat identitet drugih recenzenata. Ako odluke recenzenata nisu iste (prihvatiti/odbiti), glavni urednik može da traži mišljenje drugih recenzenata.

Redakcija je dužna da obezbedi solidnu kontrolu kvaliteta recenzije. U slučaju da autori imaju ozbiljne i osnovane zamerke na račun recenzije, redakcija će proveriti da li je recenzija objektivna i da li zadovoljava akademske standarde. Ako se pojavi sumnja u objektivnost ili kvalitet recenzije, urednik će tražiti mišljenje drugih recenzenata.

Povlačenje već objavljenih radova. Objavljeni rukopisi biće dostupni dokle god je to moguće u onoj formi u kojoj su objavljeni, bez ikakvih izmena. Ponekad se može desiti da objavljeni rukopis mora da se povuče (npr. ispravka grešaka u cilju očuvanja integriteta nauke, u slučaju kršenja prava izdavača, nosilaca autorskih prava ili autora; povrede profesionalnih etičkih kodeksa, tj. u slučaju podnošenja istog rukopisa u više časopisa u isto vreme, lažne tvrdnje o autorstvu, plagijata, manipulacije podacima u cilju prevare i slično). U

nekim slučajevima rad se može povući i kako bi se ispravile naknadno uočene greške u rukopisu ili objavljenom radu.

Standardi za razrešavanje situacija kada mora doći do povlačenja rada definisani su od strane biblioteka i naučnih tela, a ista praksa je usvojena i od strane časopisa **Psihijatrija danas**: u elektronskoj verziji izvornog članka (onog koji se povlači) uspostavlja se veza (HTML link) sa obaveštenjem o povlačenju. Povučeni članak se čuva u izvornoj formi, ali sa vodenim žigom na PDF dokumentu, na svakoj stranici, koji ukazuje da je članak povučen (RETRACTED).

Otvoreni pristup

Časopis **Psihijatrija danas** dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Članci objavljeni u časopisu mogu se besplatno preuzeti sa sajta <http://imh.org.rs/publikacije/psihijatrija-danas-2> ili <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0350-2538> i smeju distribuirati u edukativne i nekomercijalne svrhe.

Autorska prava

Za objavljene radove se ne isplaćuje honorar, a autorska prava se prenose na izdavača. U slučaju da rukopis ne bude prihvaćen za štampu u časopisu, autori zadržavaju sva prava. Rukopisi i prilozi se ne vraćaju. Za reprodukciju ili ponovno objavljivanje nekog segmenta rada publikovanog u **Psihijatriji danas** neophodna je saglasnost izdavača.²

²Na izdavača se prenose sledeća prava na rukopis, uključujući i dodatne materijale, i sve delove, izvode ili elemente rukopisa / Izdavač može da, ali ne mora da preuzme sva navedena prava.:

- pravo da reprodukuje i distribuira rukopis u štampanom obliku, uključujući i štampanje na zahtev;
- pravo na štampanje probnih primeraka, reprinti specijalnih izdanja rukopisa;
- pravo da rukopis prevede na druge jezike;
- pravo da rukopis reprodukuje koristeći fotomehanička ili slična sredstva, uključujući, ali ne ograničavajući se na fotokopiranje, i pravo da distribuira ove kopije;
- pravo da rukopis reprodukuje i distribuira elektronski ili optički koristeći sve nosioce podataka ili medija za pohranjivanje, a naročito u mašinski čitljivoj/digitalizovanoj formi na nosačima podataka kao što su hard disk, CD-ROM, DVD, Blu-ray Disc (BD), mini disk, trake sa podacima, i pravo da reprodukuje i distribuira rukopis sa tih prenosnika podataka;
- pravo da sačuva rukopis u bazama podataka, uključujući i onlajn baze podataka, kao i pravo prenosa rukopisa u svim tehničkim sistemima i režimima;
- pravo da rukopis učini dostupnim javnosti ili zatvorenim grupama korisnika na osnovu pojedinačnih zahteva za upotrebu na monitoru ili drugim čitačima (uključujući i čitače

Slanje rukopisa

Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se na e-mail: psihijatrija.danas@imh.org.rs

Nakon prijema, rukopisi prolaze kroz preliminarnu proveru u redakciji kako bi se proverilo da li ispunjavaju osnovne kriterijume i standarde. Pored toga, proverava se da li su rad ili njegovi delovi plagirani. Autori će o prijemu rukopisa biti obavešteni elektronskom poštom. Samo oni rukopisi koji su u skladu sa datim uputstvima biće poslani na recenziju. U suprotnom, rukopis će, sa primedbama i komentarima, biti vraćen autorima.

Priprema rukopisa

U pripremi rukopisa treba se pridržavati uputstva sačinjenog prema Jednoobraznim zahtevima za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima Internacionalnog komiteta urednika biomedicinskih časopisa.

Za tekst koristiti tekst procesor (Word for Windows), font Times New Roman veličine 12 pt, latinicu, dupli prored, levo poravnanje i uvlačenje svakog pasusa za 1 cm, bez deljenja reči (hifenacije) i bez upotrebe tabulatora. Za simbole i specijalne znake koristiti font Symbol.

Rad treba da je odštampan sa jedne strane lista A4 i sa marginom od 3.5 cm. Sve stranice treba da budu numerisane, uključujući i naslovnu stranicu. Uz štampan tekst dostaviti i elektronsku verziju rada u formatu .doc, .docx ili rtf (disk CD Windows kompatibilni, samo sa fajlom koji će biti štampan ili poslati e-mail-om). Odštampana kopija rada u potpunosti treba da odgovara elektronskoj verziji. Tabele, grafikoni i slike često se moraju ponovo uraditi pa treba dostaviti i njihovu odštampanu kopiju.

Naslovna stranica treba da sadrži naziv rada (ne više od 12 reči), imena i prezimena autora, njihove akademske titule i ustanove u kojima rade, kao i ime, prezime, adresu, broj telefona i e-mail autora zaduženog za korespondenciju.

Širi apstrakt (do 300 reči) treba dati na drugoj, zasebnoj stranici. Apstrakt treba da sadrži glavne činjenice iz rada, kao i 3-6 ključnih reči. U izboru ključnih reči koristiti Medical Subject Headings – MeSH

(<https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). U apstraktu ne treba navoditi reference. Apstrakt i ključne reči treba dostaviti na srpskom i engleskom jeziku

elektronskih knjiga), i u štampanoj formi za korisnike, bilo putem interneta, onlajn servisa, ili internih ili eksternih mreža.

Tekst treba podeliti u delove (npr. za istraživačke radove: Uvod, Metod, Rezultati, Diskusija). Rezultate koji se pojavljuju na tabelama ne treba detaljno ponavljati.

Fusnote nisu dozvoljene u člancima.

Tabele, grafikone i slike priložiti na posebnim listovima papira (u posebnom fajlu), sa odgovarajućim naslovom, arapskim brojem (Tabela 1) i u tekstu označiti njihovo mesto. Izbegavati vertikalne i horizontalne linije u tabelama. Slike, crteži i druge ilustracije treba da budu dobrog kvaliteta u jednom od sledećih formata: TIFF, JPEG, EPS.

Skraćenice koristiti samo kad je neophodno i za svaku navesti pun termin pri prvom navođenju u tekstu. Korišćene skraćenice u tabeli i grafikonu treba objasniti u legendi.

Zahvalnica: Navesti sve one koji su doprineli stvaranju rada a ne ispunjavaju merila za autorstvo (npr. tehnička pomoć, pomoć u pisanju rada i sl.). Primeri:

- 1) Članak u časopisu: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.
- 2) Poglavlje u knjizi: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGrawHill; 2002. p. 93-113.
- 3) Knjiga: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 4) Disertacija: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of

Takođe navesti finansijsku i materijalnu pomoć (sponzorstvo, stipendije, naučno-istraživački projekti, oprema, lekovi itd.).

Literatura: Spisak treba da uključi samo one publikacije koje su citirane u tekstu. Literaturu treba naznačiti u tekstu arapskim slovima u uglastim zagradama onim redom kojim se prvi put pojavljuje (Vankuverski stil – http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), npr. Kernberg [1] tvrdi da...

Naslove časopisa skraćivati prema Index Medicus-u (spisak časopisa se nalazi na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>).

Ne treba upotrebljavati skraćenice za časopise koji tamo nisu navedeni. Posle skraćenica časopisa staviti tačku. Stranice se citiraju tako što se navede početna stranica, a krajnja bez cifre ili cifara koje se ponavljaju (npr. od 274 do 278 stranice navodi se 274-8).

Za radove koji imaju do šest autora navesti sve autore. Za radove koji imaju više od šest autora navesti prvih šest i et al.

Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

- 5) Neobjavljen materijal (u štampi): Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Forthcoming 2002.
- 6) Članak iz časopisa u elektronskom obliku: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm#Article>.

Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher
INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE
11000 Beograd, Palmotićeve 37
Tel/Faks: 011 3226 925; 3236 353
e-mail: imz@imh.org.rs
www.imh.org.rs

Direktor – Director
Prof. dr Dušica Lečić-Toševski

Tehnički urednici – Technical Editors
Ivana Gavrilović

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

PSIHIJATRIJA DANAS (*Psychiatry Today*) is an official journal of the Serbian Psychiatric Association that publishes papers in psychiatry, psychology and related disciplines. The journal is published twice a year, and as needed publishes thematic issues and contributions within the regular volumes. The journal *Psihijatrija danas* is freely accessible. Papers may be submitted in the Serbian or English languages, but the abstracts have to be written in both Serbian and English.

The journal publishes original, previously unpublished papers: review papers and research studies, case reports, book reviews and letters to the editor.

- **Review papers** should be written by a single author, unless the other is not a psychiatrist. They should include own, previously published results and should not exceed 7500 words.
- **Research papers** have to be based on study protocol and include statistical analysis of the findings. They should not exceed 3000 words.
- **Case reports** should cover interesting cases and descriptions thereof when new diagnostic and treatment methods are applied. They should not exceed 1500 words.
- **General papers** present positions on psychiatric theory and practice, psychiatric services, borderline areas of psychiatry and other disciplines, etc. They should not exceed 2000 words.
- **Special papers** cover areas of special interest and are usually written as invited contributions.
- **Book reports** contain critical reviews of selected books.
- **Letters to the Editor** – short letters (up to 400 words) may contain comments or critical review of papers published in *Psihijatrija danas*, comments on relevant psychiatric issues, preliminary research reports, suggestions for the Editorial Board, etc.

Editorial duties. The *Psihijatrija danas* Editor-in-Chief makes the final decision on which papers will be published. In the decision making process the Editor-in-Chief is led by the editorial policy abiding by the legal regulations governing libel, breach of copyrights and pla-

giarism. The Editor should not have any conflict of interest relating to the submitted papers. If there is such conflict of interest, the Editorial Board shall decide on the appointment of reviewers and fate of the manuscript. If identity of the author and/or reviewers remains unknown to the other party, the Editor shall guarantee such anonymity. The Editor should judge the manuscript on the basis of its content, without any racial, gender-based, religious, ethnic or political prejudices. The Editor should not use unpublished material from the submitted manuscripts for his/her own research without written approval of the author.

Author's duties. Authors shall be fully accountable for the content of the submitted manuscripts, as well as validity of experimental results, and have to submit authorization for data publishing by all parties involved in the study. Authors who want to include figures or parts of text that have already been published elsewhere should obtain previous approval of the copyright holders and submit the proof of such approval with the submitted manuscript. Any material without such proof shall be treated as an original contribution of the author. Authors are also required to guarantee that the manuscript does not contain any unsubstantiated or illegal claims and does not violate rights of others.

Authors are required to abide by ethical standards relating to scientific research; therefore contributions must not include any plagiarism. **Plagiarism¹**, implies taking somebody else's ideas, words or other forms of creative expression and passing them as one's own. It represents major violation of scientific ethics. Plagiarism may also include violation of copyrights, which is punishable under the law.

¹ Plagiarism includes the following:

- Literal or almost literal taking or intentional paraphrasing (in order to cover up the plagiarism) parts of text of other authors without clearly quoting the source or marking the copied fragments (e.g. by using the inverted commas);
- Copies of equations, figures or tables from papers by other authors without proper quoting the source and/or author's permission or approval of the copyright owner to use them.

Manuscripts with clear indications of plagiarism will be rejected by default. If it is established that a paper published in *Psihijatrija danas* is a case of plagiarism, the author will be required to send a written apology to the authors of the original paper.

In case authors discover an important error in their manuscript after it has been published, they are required to notify the editor or publisher accordingly without delay, and cooperate with them in order to retract the paper or correct the errors.

Cover letter/file

- In the cover letter the author is required to confirm that the **study has not been published previously** and that the submitted paper is not submitted for review for publishing anywhere else. Copies of all required authorizations should be enclosed: for reprint of already published material, use of illustrations and information on public figures or acknowledgments to people who contributed to the study.
- **Authorship.** Authorized manuscript accepted for publication should be accompanied with a certificate of authorship. Each author should have participated in drafting of the manuscript sufficiently to be able to take over responsibility for the whole text and results presented. The authorship shall be based only on substantial contribution to the study concept, obtaining the results or analysis and interpretation of results, manuscript planning or its critical review of major intellectual importance, final drafting of the manuscript version prepared for publishing. Authors should submit description of contribution of each individual co-author. All others who contributed, but not to the authorship level, should be named in the Acknowledgment with description of their specific contribution, and their permission to include the name should be obtained.
- **Statement of conflict of interest.** Any manuscript should be accompanied with a signed statement in which the authors disclose any possible conflict of interest or the absence thereof – e.g. Financial gain, personal relations, political or religious beliefs, etc.. ("*Conflict of Interest Policy Statement*" on the website of the World

Association of Medical Editors – WAME, <http://www.wame.org>).

- **Ethics.** In papers reporting on human studies it should be highlighted that the procedure was conducted in compliance with ethical standards of the Committee on Human Studies or Helsinki Declaration. **Approval of the competent ethics committee** is mandatory. Names, initials or hospital file numbers should not be mentioned, particularly if the material is illustrated. Examples of ethics related statements:
 - All conducted procedures in the studies involving human subjects were fully compliant with institutional and/or ethical standards of the national research board and with provisions of 1964 Helsinki Declaration and its subsequent amendments or similar ethical standards. / *Statement of Human Wellbeing*
 - Formal consent is not required for this type of studies. / *Retropective studies*
 - This article does not contain any studies with human or animal subjects performed by any of the authors. / *Statement if the paper does not involve human or animal subjects.*

Review

All submitted papers (except for editorials and invited contributions) shall be accepted for publishing after double anonymous expert review. Selection of reviewers is a discretionary right of the editor. Reviewers have to be competent in the subject matter of the manuscript. A reviewer should not have any conflict of interest with authors or sponsors of the study. If there is a conflict of interest, the reviewer is required to notify the editor accordingly without delay. A reviewer that finds him/herself incompetent for the subject matter of the paper is required to notify the editor accordingly without delay. Any review has to be unbiased. Comments relating to authors' personality are deemed inappropriate. Reviewer's opinion has to be clearly formulated and substantiated by argumentation. Reviewers shall not be paid for their service.

A review has to be submitted 30 days after receipt of the manuscript at the latest. Reviewer's comments and objections are forwarded to the author for correction.

After the author has corrected the manuscript the paper is re-submitted to reviewers in case of major correction, and after approval of the reviewer the final Proof is sent. At this stage (Proof) only the typos and other minor errors may be corrected. Any corrections have to be made within 2 days; otherwise, it shall be deemed that the author has no objections.

Manuscripts sent to reviewers shall be treated as confidential documents.

During the whole process, reviewers shall be independent of each other. A reviewer shall not know the name of the other reviewer of the same manuscript. If the opinions of reviewers differ (accept/reject), the editor-in-chief may ask for opinion of other reviewers.

The Editorial Board is obliged to provide solid control of the quality of review. In case authors have substantiated objections to the review, the Editorial Board shall check whether the review was objective / unbiased and whether it met academic standards. If objectivity or quality of review are questionable, the editor shall ask for opinion of other reviewers.

Retraction of already published papers.

Published papers will be accessible as long as possible in the format in which they were published, without any changes whatsoever. It may occasionally be required to retract a published paper (e.g. correction of error in order to preserve scientific integrity, in case of violation of publisher's rights, rights of copyright holders, or authors themselves; in case of violation of ethical codes, i.e. in case the same manuscript was submitted to several journals at the same time, false statement of authorship, plagiarism, data manipulation aimed at cheating, and the like). In some cases, a paper may be retracted to correct subsequently identified errors in the manuscript or published paper.

Standards for overcoming the situations when a paper has to be retracted are defined by libraries and scientific bodies, and the same principle are adopted by the journal *Psihijatrija danas*: in e-version of the original paper (the one to be retracted) an HTML link is established with pertinent information on retraction. The retracted paper is kept in the original for-

mat, but with water mark RETRACTED on the pdf. document at each page.

Open access

Psihijatrija danas is accessible openly. Papers published in the journal can be downloaded free of charge from the website <http://imh.org.rs/publikacije/psihijatrija-danas-2> or <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0350-2538> and may be distributed for educational and non-commercial purposes.

Copyrights

Authors will not be paid for the publication of their papers, and the copyright is transferred to the publisher. In case a manuscript is not accepted for publishing the authors keep all their rights. The manuscripts and appendices will not be returned. Approval of the publisher is required for any reproduction or re-publishing of any segment of a paper published in *Psihijatrija danas*.²

²The following rights to the manuscript are transferred to the publisher, including any additional material and all parts, excerpts or elements of the manuscript (The publisher may, but does not have to, take all of the rights listed below.):

- Right to reproduce and distribute the manuscript in the printed format, including the reprints on request;
- Right to print galleyproof and reprints of special editions of the manuscript;
- Right to translate the manuscript into other languages;
- Right to reproduce the manuscript using photomechanical and other devices, including without limitation photocopies, and right to distribute the photocopies;
- Right to reproduce and distribute the manuscript electronically or optically using all data carriers or storage media, and in particular in machine readable/digitalized format on electronic data carriers such as hard disk, CD-ROM, DVD, Blu-ray Disc (BD), mini disk, data tapes, and the right to reproduce and distribute the manuscript from these data carriers;
- Right to store the manuscript in the databases, including on-line databases, and the right to transfer the manuscript in all technical systems and modes;
- Right to make the manuscript accessible to public or to closed groups of users on the basis of individual requests for use on a monitor or other readers (including e-book readers) and printed format for users, either via the Internet, on-line service or internal or external networks.

Submitting a manuscript

Any manuscript and all annexes thereto should be sent to the following e-mail address: psihi-jatrija.danas@imh.org.rs

Upon receipt, all manuscripts undergo preliminary checks in the office to see whether they fulfill the basic criteria and standards. Besides, plagiarism of the whole manuscript or parts thereof will also be checked. The authors will receive an acknowledgment of receipt of their manuscript by e-mail. Only manuscripts fulfilling the instructions will be forwarded for review. Conversely, the manuscript will be returned to authors with comments and objections.

Manuscript preparation

In manuscript preparation, instructions for authors ICMJE Uniform Requirements (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals) should be followed.

Use text processing for the manuscript (Word for Windows), font Times New Roman 12 pt, Latin alphabet, double spacing, left alignment and 1 cm paragraph indentation, without hyphenation and without the use of tabs. Use the Symbol font for symbols and special marks.

The paper should be printed on one side of an A4 paper with a 3.5 cm margin. All pages should be paginated, including the cover. The printed text should be accompanied with e-version in one of the following formats: .doc, .docx or rtf (disk CD Windows compatible containing only the file to be printed, or sent by e-mail). The printed copy should correspond to the e-version. Quite frequently, tables, graphs and figures have to be made again, so that their printed version is required, as well.

The cover page should spell out the paper title (no more than 12 words), first names and surnames of authors, their academic titles and affiliating institutions, as well as particulars of the corresponding author (first name, surname, address, phone # and e-mail).

Abstract (up to 300 words) should be provided on page 2, separately. The Abstract should contain the main facts from the paper as well as 3-6 key words. In the selection of key words, refer to Medical Subject Headings – MeSH (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). No references should be included in the

Abstract. The Abstract and keywords should be submitted in both Serbian and English.

The text should be divided into parts (e.g. for research papers: Introduction, Method, Results, Discussion). Results presented in the tables should not be repeated in detail.

Footnotes are not allowed in articles.

Tables, graphs, and figures should be submitted on separate pages (in a separate file) with pertinent title, number (e.g. Table 1) and their place in the text should be marked. Avoid vertical and horizontal lines in the tables. Figures, drawings and other illustrations should be of good quality in one of the following formats: TIFF, JPEG, EPS.

Abbreviations should be used only when absolutely necessary. Specify the full wording first time it is mentioned in the text. Abbreviations used in tables and graphs should be explained in the legend.

Acknowledgment: All other persons who have made substantial contributions to the work reported in this manuscript (e.g., technical assistance, writing assistance, etc.) but who do not fulfill the authorship criteria should be named. Financial and other assistance should also be acknowledged (sponsorship, grants, research projects, equipment, medicines, etc.).

References: The list should include only the publications quoted in the text. References are numbered consecutively in the order they are first used in the text and identified with a number in square brackets. (Vancouver style – http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), e.g. Kernberg [1] claims that...

Journal titles should be shortened according to the Index Medicus (the list of journals can be found at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>).

Abbreviations should not be used for journals not listed in the Index Medicus. A dot should be placed after a journal's name. Pages are cited by specifying the first page and the last page, which specified without the repeated numbers (e.g. from page 274 to page 278 is cited as 274-8).

For papers with up to six authors, names of all authors should be given. For papers with more than six authors, only the first six should be named, after which “et al.” should follow.

Examples:

- 1) An article in a journal: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7.
- 2) A book chapter: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGrawHill; 2002. p. 93-113.
- 3) A bBook: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 4) A dissertation: Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation].* Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- 5) Unpublished material (in press): Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A.* Forthcoming 2002.
- 6) An article from e-journal: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from:
<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

**PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 50/2018 ISSN-0350-2358**

Godišnja pretplata za

- ☐ pojedince 800,00 din.
- ☐ ustanove 1600,00 din.
- ☐ pojedinačni primerak 400,00 din.

Ime i prezime

Adresa

Pretplata se može izvršiti u Institutu za mentalno zdravlje ili na žiro račun Instituta broj 840-454667-44, sa naznakom – pretplata na Psihijatriju danas za 2018. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Palmotićeve 37, 11 000 Beograd.

✂
.....

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 50/2018 (2 issues) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
- ☐ Institutional 120 USD

Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia,
Tel/Fax: 381-11-3226 925, 3236 353.



CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
616.89(497.11)

PSIHIJARIJA danas : časopis Udruženja psihijatara
Srbije = Psychiatry today : Official Journal of the Psychiatry
Association of Serbia. – God. 8, br. 1/2 (1976)– . – Beograd:
(Palmotićeve 37) Institut za mentalno zdravlje, 1976– (Beo-
grad : Dosije). – 24 cm

Polugodišnje. – Nastavak publikacije : Anali Zavoda za
mentalno zdravlje = ISSN 0350-1442

ISSN 0350-2538 = Psihijatrija danas

COBISS.SR-ID 3372546

Institut za mentalno zdravlje
Palmotićeva 37, 11000 Beograd, Srbija
Tel/faks 3236-353, 3226-925
e-mail: imz@imh.org.rs

Institute of Mental Health
Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia
Tel/fax 3236-353, 3226-925
e-mail: imz@imh.org.rs